

01762

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

13  
2ej



FACULTAD DE PSICOLOGIA

"TERAPIA FAMILIAR CON EQUIPO  
REFLEXIVO"

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

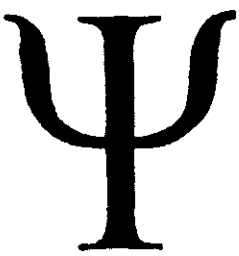
LIC. MARTHA GUADALUPE WILBURN GONZALEZ

L

DIRECTORA: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS  
COMITE DE TESIS: DRA. DOLORES MERCADO CORONA  
MTRO. GILBERTO LIMON ARCE  
DRA. MARIA BLANCA MOCTEZUMA YANO  
MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

MEXICO, D. F. 1999

2728 CA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

PAGINACION

DISCONTINUA.

**A MI ESPOSO**

**HORACIO RAFAEL**

*Por su valioso apoyo para alcanzar esta meta  
y por todas las experiencias compartidas a través  
del camino que hemos recorrido juntos.*

**TE QUIERO MUCHO.**

**A MIS HIJOS**

**LAURA CAROLINA Y**

**JORGE RAFAEL**

*Porque con su sonrisa  
iluminan mi vida día a día.*

**LOS ADORO.**

**A MIS QUERIDOS PADRES**

**JORGE Y M.A. GUADALUPE**

*Soy muy afortunada por tenerlos conmigo.*

*Gracias por su apoyo incondicional en todo momento.*

**A MIS HERMANOS**

**JOSE ANTONIO, RUTH ELNORA Y JORGE GERARDO**

**Y A MIS CUÑADOS CECILIA Y ALBERTO**

*Porque nuestra unión nos ha llenado de grandes y valiosas experiencias a través de la vida. Gracias por todo el apoyo.*

**A MI ABUELITA**

**FITA**

*Ejemplo de gran fortaleza.*

**A MIS SOBRINOS**

**LUIS ALBERTO, RICARDO,**

**PRISCILA, JOSE ANTONIO Y MARIO ENRIQUE**

*Porque siempre logren las metas que se tracen en la vida*

**A MARU**

*Por todo lo que hemos aprendido juntas  
desde que iniciamos la Maestría.  
GRACIAS POR TU AMISTAD.*

**A LA DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS**

*Por su valioso apoyo y estímulo para la realización de este trabajo.  
MIL GRACIAS.*

*Mi agradecimiento al personal de la Unidad Adolescentes Mujeres del  
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".  
Y en especial al Dr. Luis Ramírez Ortegón, encargado del  
Servicio Terapia Breve para Familias.*

*A todos mis maestro(a)s, amigo(a)s,  
compañero(a)s y familias que tanto me enseñaron  
y contribuyeron a mi formación profesional.  
MUCHAS GRACIAS.*

## INDICE

	PAG.
<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>INTRODUCCION</b> .....	5
<b>1. TENDENCIAS ACTUALES EN LA TERAPIA FAMILIAR</b> .....	9
1.1. Panorama General de la Terapia Familiar Sistémica. ....	9
1.1.1. Enfoque Estructural .....	10
1.1.2. Enfoque Estratégico .....	11
1.1.3. Enfoque del Mental Research Institute (M.R.I.) .....	12
1.1.4. Enfoque Sistémico: Escuela de Milán. ....	13
1.1.5. Terapia Enfocada a Soluciones. ....	14
1.2. Terapias Posmodernas y Narrativas. ....	16
1.2.1. La importancia del Lenguaje .....	18
1.2.2. La posibilidad de Cambio a través de la Conversación .....	19
1.2.3. El Cliente como Experto .....	22
1.2.4. La Colaboración entre Cliente y Terapeuta. ....	23
1.3. El Equipo Reflexivo. ....	25
1.3.1. Antecedentes .....	25
1.3.2. Diversas Formas y Contextos del Equipo Reflexivo .....	26
1.3.3. Algunas Limitaciones .....	28
1.3.4. Utilizaciones Clínicas previas de esta Modalidad. ....	29
<b>2. ADOLESCENCIA, SUICIDIO Y FAMILIA</b> .....	32
2.1. Adolescencia y Familia. ....	32
2.1.1. Pubertad y Adolescencia .....	32
2.1.2. El Punto de Vista Social. ....	33
2.1.3. Efectos de esta Etapa de Transición. ....	34
2.1.4. Problemas comunes de la Adolescencia. ....	35
2.1.5. La Familia y el Adolescente. ....	36
2.2. El Suicidio en la Adolescencia. ....	38
2.2.1. Definición de Suicidio e Intento de Suicidio. ....	39
2.2.2. Métodos de Suicidio y de Tentativa de Suicidio. ....	40
2.2.3. Tasas de Suicidio e Intentos de Suicidio .....	42

2.2.4. Valoración del Potencial de Autodestrucción. . . . .	45
2.2.5. Factores de Alto Riesgo en la Conducta Suicida en Adolescentes. . . . .	47
2.2.5.1. Trastornos Psiquiátricos . . . . .	48
2.2.5.2. Comportamiento Suicida Previo. . . . .	49
2.2.5.3. Factores Psicosociales . . . . .	49
2.2.5.4. Factores de la Dinámica Familiar . . . . .	50
2.3. Tratamiento de Adolescentes con Comportamiento Suicida. . . . .	52
2.3.1. El Plan de Tratamiento . . . . .	55
2.3.2. Modalidades de Tratamiento. . . . .	56
2.3.2.1. Psicoterapia de Grupo. . . . .	56
2.3.2.2. Psicoterapia Individual. . . . .	57
2.3.2.3. Farmacoterapia. . . . .	58
2.3.2.4. Terapia Familiar. . . . .	59
<b>3. METODOLOGIA. . . . .</b>	<b>62</b>
3.1. Problema de Investigación. . . . .	62
3.2. Definición de Variables. . . . .	62
3.3. Tipo de Estudio. . . . .	65
3.4. Diseño. . . . .	65
3.5. Método . . . . .	65
3.5.1. Muestra . . . . .	65
3.5.2. Instrumentos. . . . .	67
3.5.3. Procedimiento . . . . .	68
3.5.4. Análisis de Datos . . . . .	71
<b>4. RESULTADOS. . . . .</b>	<b>74</b>
4.1. Análisis de las Diferencias por Temas. . . . .	78
4.2. Análisis de las Diferencias por Categorías. . . . .	79
4.3. Análisis de las Diferencias entre Familias de Ambos Grupos . . . . .	88
4.4. Análisis de las Diferencias entre Padres, Madres e Hijas en Ambos Grupos. . . . .	100
<b>5. DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS . . . . .</b>	<b>112</b>
<b>BIBLIOGRAFIA. . . . .</b>	<b>132</b>
<b>ANEXOS</b>	



## RESUMEN

El campo de la Terapia Familiar ha cobrado gran relevancia en los últimos años, pues existen una gran variedad de modelos o enfoques para el tratamiento de los problemas familiares. *observándose una gran evolución en esta área de estudio.*

Una de las modalidades recientes y considerada dentro de las Terapias Posmodernas, es la utilización de equipos reflexivos que colaboran en la solución de los dilemas que presenta la familia que llega a consulta.

En el presente trabajo se describe la experiencia de utilizar equipos reflexivos, pero integrados por una familia, en lugar de terapeutas, como generalmente se conforman.

Participaron en la presente investigación familias que tenían una hija adolescente con uno o más intentos de suicidio internadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (S. S. A.) de esta ciudad. Se configuraron dos grupos; uno fue ayudado en su proceso de Terapia Familiar por otra familia que había experimentado una crisis similar y un procedimiento de Terapia Familiar en el pasado. El otro grupo de familias estuvo ayudado en su tratamiento solamente por terapeutas, pero sin utilizar la modalidad de equipo reflexivo.

Todas las familias fueron entrevistadas al final de su proceso, y se llevó a cabo un análisis de contenido del discurso de las entrevistas, empleando el programa computacional Tally 3.0. *de manera que desde el punto de vista de las familias, se evaluó y contrastó el efecto del tipo de tratamiento utilizado.*

Se utilizaron 10 temas principales para evaluar el efecto del proceso terapéutico en ambos grupos: Opinión del Trabajo Terapéutico, Lenguaje, Beneficios, Cambios Positivos, Relación Terapéutica, Ambiente Terapéutico, Sentimientos hacia la Familia Reflexiva o hacia los Terapeutas, Dificultades en el proceso, Cambios Negativos y Sugerencias. Se compararon las frecuencias de los temas entre los dos Grupos.

Entre los principales resultados encontrados tenemos que las familias que fueron ayudadas en su proceso por otra familia, se sintieron mejor “comprendidas y escuchadas” en comparación con el grupo de familias tratadas solo por terapeutas. Otro de los resultados que destaca es el referente a la utilización del lenguaje en las sesiones, las familias del grupo tratado por otra familia reportaron el lenguaje como “cotidiano” en contraste con el otro grupo, que reportó el lenguaje como “confuso” e incluso “agresivo”.

Finalmente, se concluye que el utilizar equipos reflexivos integrados por familias es una alternativa viable que a nivel institucional, representa una manera de optimizar recursos, ya que los beneficios son experimentados tanto por la familia que recibe ayuda como por la familia que la proporciona.

## INTRODUCCION

El estudio de la familia ha cobrado gran importancia en las últimas tres décadas. ya que se ha pasado de estudiar al individuo de forma aislada. a considerar su entorno familiar y social como co-generadores del síntoma o problema presentado.

Es especialmente en la última década en que han surgido una gran variedad de enfoques, escuelas o modelos respecto a la manera de percibir, evaluar y tratar a las familias o individuos que refieren tener algún problema.

La familia es una institución que tiene funciones importantes para el desarrollo de los individuos, como son el sentido de identidad y pertenencia, la satisfacción de necesidades básicas tanto materiales como afectivas y emocionales, y la socialización.

La familia tiene igualmente un ciclo de vida que consiste en la transición por varias etapas de desarrollo, desde su formación cuando una pareja se integra y decide vivir junta compartiendo un proyecto de vida, conviviendo en una serie de actividades tanto internas como externas de lo que es el núcleo familiar, la llegada de los hijos, el desarrollo y crecimiento de éstos, la adolescencia. el que los hijos se hagan adultos, y el que abandonen el hogar para formar su propia familia. Justamente una de las etapas cruciales para casi todas las familias es cuando los hijos son adolescentes. Esta etapa es la que señala precisamente la fase de transición entre dejar de ser niños, dejar de ser dependientes y comenzar a ser adultos, “jugando” a ser independientes y autosuficientes, buscando su propio lugar en el mundo. Es por ello que la adolescencia es una etapa particularmente importante para todo ser humano, y para casi todas las familias, ya que son necesarios una serie de cambios y ajustes en sus patrones de convivencia.

La adolescencia es una etapa vulnerable, en la que por lo general hay dificultades entre padres e hijos. en donde éstos creen que los primeros no los entienden, llegando a veces a pensar que están en su contra; en contra de su modo de vestir, de sus amistades, de sus gustos y preferencias, etc., originando esto una serie de conflictos de comunicación entre

padres e hijos, en los que son comunes las disputas, discusiones, fugas de casa, sintiendo el adolescente una mayor compenetración y comprensión con sus pares (otros adolescentes). lo que puede llevarlo fácilmente a caer en problemas de adicciones (alcohol, drogas, etc.), o a estados depresivos, de enojo o desesperación los cuales en ocasiones pueden terminar en el extremo de un intento de suicidio. Estos problemas también podrían verse incrementados en algunas familias cuando hay amenazas de una ruptura en la estructura familiar, por ejemplo por un divorcio, o cuando la ruptura se da en sí, y también cuando los cónyuges reconstituyen o rehacen sus vidas con otras parejas, incluso con otros hijos, ya que el adolescente podría sentir confusión, culpabilidad, falta de atención de los padres o bien sentir que no es querido.

Los intentos de suicidio se han visto incrementados en los últimos años y representan un serio problema de salud pública, ya que requieren hospitalización y son considerados como una urgencia psiquiátrica.

En México, son pocas las instituciones de salud pública que ofrecen un servicio de terapia familiar al suicida junto con su familia, considerando que el acto afecta en mayor o menor grado a todos los miembros que la integran, y considerando también que la dinámica y/o estructura familiar juega en muchas ocasiones un papel importante para la realización del acto.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (SSA), de la Ciudad de México, desde hace aproximadamente siete años se está llevando a cabo un programa de terapia familiar breve en la Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM). En este servicio se ofrece un tratamiento de terapia familiar para la adolescente suicida y su familia, que consiste en asistir a terapia por un período de 10 a 15 sesiones de una hora de duración aproximadamente.

Debido al incremento de casos con este diagnóstico, y el riesgo tan alto de salud que representa para estas adolescentes, se pensó poner en práctica una nueva modalidad de tratamiento: la utilización de un equipo reflexivo integrado por una familia que ha pasado

por una situación similar. es decir. que ha vivido la experiencia de un intento de suicidio en una hija adolescente, por lo que esta familia fue considerada como “experta” en esta problemática. puesto que ya vivieron y experimentaron tanto la crisis del problema, como un proceso terapéutico de tratamiento familiar. Estas familias fueron tomadas en cuenta como “consultoras” o “colaboradoras”, aportando su experiencia y conocimientos para la recuperación de otra familia, pues dos de los grandes problemas de contar con un equipo reflexivo integrado sólo por terapeutas son, primero, las cuestiones económicas, es decir los honorarios para dichos profesionistas y segundo. el tiempo disponible, pues es difícil que los profesionales coincidan en horarios para involucrarse en este tipo de investigación sin recibir ninguna remuneración a cambio.

Por otro lado, se consideró que este tipo de tratamiento o modalidad aportaría grandes beneficios para ambas familias, tanto para la que está atravesando la crisis en ese momento, como para la que ya la superó. La familia en crisis podría sentirse mejor entendida, mejor escuchada o mejor comprendida y con mayor confianza con un papá, una mamá o una hija que “ya ha estado en esos zapatos antes” y que además es gente cotidiana, que habla su mismo lenguaje, que juega sus mismos roles, y que entiende su situación porque ya la vivieron antes. Y la familia que integrara al equipo reflexivo o consultante, obtendría también beneficios, pues la oportunidad de ayudar a otra familia en situación semejante a la que vivieron seguramente les redituaria en mayor autoestima y sentido de éxito, mejorando aún más su propia dinámica familiar, y hasta podría suponerse que sería terapéutico para ellos mismos, puesto que el riesgo suicida podría seguir existiendo.

Este procedimiento o modalidad de trabajo es al parecer novedoso y no existe otro hospital o institución de salud en México que lo haya puesto en práctica, a pesar de que a nivel institucional, representaría una forma de optimizar recursos, ayudando a la familia en crisis a una más rápida recuperación, y a la familia recuperada a mejorar aún más su sensación de bienestar.

Debido a lo anterior, surgió la idea de llevar a cabo el presente estudio, cuyo objetivo fué analizar y contrastar el efecto de este nuevo procedimiento en el tratamiento de las familias

en crisis de suicidio. La presente investigación se centró en el estudio de las familias que llegaron a recibir terapia familiar y se estructuró de la siguiente forma: En el primer capítulo se expone un panorama general de la evolución de la Terapia Familiar; se revisan brevemente los principales enfoques ó modelos sistémicos dentro de este campo de estudio y también se revisa el enfoque de las Terapias Posmodernas, dentro de las cuales está considerado el Equipo Reflexivo. En el segundo capítulo se hace una revisión general de los temas de la Adolescencia, Familia y Suicidio, pues en esta investigación se trabajó con mujeres adolescentes internadas que habían presentado uno ó más intentos de suicidio y que fueron canalizadas al servicio de Terapia Familiar del Hospital para recibir tratamiento psicoterapéutico junto con sus familias. En el tercer capítulo se describe la Metodología empleada a fin de lograr el objetivo del presente estudio. En el cuarto capítulo está contenido el análisis de los resultados obtenidos. Y por último, en el quinto capítulo, se ofrece una serie de discusiones, conclusiones y sugerencias para futuras investigaciones. El apartado de anexos complementa la información de la presente investigación.

Otro trabajo de investigación-tesis se enfocó a analizar lo que sucedió con las familias-equipo que fueron consultadas y tomadas en cuenta como “expertas”, ya que seguramente se detectó un cambio significativo en ellas, hacia el bienestar; dicho trabajo se titula: “La Familia como Equipo Reflexivo”, y su autora es la Lic. Maria Eugenia Urbina Fuentes. Así, ambos trabajos de investigación están encadenados, logrando una mejor cobertura en esta área de estudio.

**MARCO TEORICO**

## **1. TENDENCIAS ACTUALES EN LA TERAPIA FAMILIAR.**

Actualmente, existen diversos enfoques para el estudio y atención de las familias que presentan algún problema. Cada uno de estos modos de intervención se ha derivado o ha tenido influencia de otros estilos de intervención, lo que ha dado como resultado una gran evolución en el campo de la Terapia Familiar.

### **1.1. Panorama General de la Terapia Familiar Sistémica.**

Parece que los orígenes de la Terapia Familiar pueden situarse hacia los finales de 1940 y principios de 1950 en distintos lugares de los Estados Unidos, y aparentemente, el movimiento se originó debido a las dificultades de trabajar con los pacientes esquizofrénicos por un lado, y con los problemas de conducta y delincuencia en niños, ya que la corriente predominante en esa época era la psicoanalítica, y al parecer no daba resultado con ese tipo de problemas. La investigación con las familias de los esquizofrénicos fue el principal objetivo de la mayoría de los pioneros del movimiento familiar: En Palo Alto, California. Gregory Bateson, Don Jackson, John Weakland y Richard Fish; en Topeka y Washington, Murray Bowen; en Baltimore y Nueva Haven, Lidz; en Atlanta, Carl Whitaker y Thomas Malone; en Filadelfia, Scheflen y Birdwhistle; en Nueva York. Nathan Ackerman, por citar algunos (Guerin, 1976).

Sin embargo, parece que el Instituto de Palo Alto, California, fundado en 1959 por Don Jackson fue el que tuvo gran influencia en el desarrollo de los modelos y escuelas de terapia familiar. Gregory Bateson, antropólogo de profesión y su grupo en ese lugar trabajaron haciendo investigaciones con los pacientes esquizofrénicos y sus familias, interesándose en sus pautas comunicacionales, y sostuvieron que las incongruencias encontradas en los diferentes niveles de comunicación era lo que provocaba el síntoma. Esto revolucionó el campo de la Terapia Familiar. (Guerin, 1976).

A continuación se hará una breve descripción de los modelos o escuelas más importantes dentro del campo de la terapia familiar sistémica.



### **1.1.1. Enfoque Estructural.**

Salvador Minuchin es el principal exponente e iniciador del enfoque Estructural. Este modelo tiene aparentemente su origen en los años 60's cuando Minuchin y sus colegas trabajaban en el Wiltwick School en Nueva York, Estados Unidos. Ellos notaban que la terapia orientada psicoanalíticamente no era efectiva con los niños delincuentes que ahí se atendían y decidieron experimentar con un enfoque más activo de terapia, en la cual comenzaron a incluir no solo a los muchachos delincuentes, sino a sus familias juntos en la misma sesión (Piercy, 1986).

La característica de este modelo es el énfasis en la distribución de jerarquías, los límites deben estar claramente marcados entre los distintos subsistemas para que la familia funcione bien es decir, deben existir límites entre el subsistema de los padres y el subsistema de los hijos por ejemplo, siendo el primero el que tiene una mayor jerarquía en cuanto al establecimiento de reglas. El Estructural es fundamentalmente un modelo normativo y se basa en gran medida en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorio, estructura, rol, alianzas, coaliciones, etc. (Hoffman, 1981; Piercy, 1986).

El supuesto principal de este enfoque es que un síntoma es el producto de un sistema familiar disfuncional, y si la organización familiar se vuelve más "normal", el síntoma automáticamente desaparecerá (Hoffman, 1981).

Así entonces, puede decirse que la meta típica de la Terapia Familiar Estructural consiste en: a) Corregir las jerarquías disfuncionales, b) Corregir la diferenciación entre los diferentes subsistemas dentro de las familias. La terapia se da por terminada cuando la estructura familiar ha sido alterada positivamente y es capaz de mantenerse por sí sola sin que sea necesaria la presencia del síntoma (Piercy, 1986).

Resumiendo con palabras de Lynn Hoffman (1981): *"Desde un punto de vista estructural, la terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a este modelo normativo"* (pág. 248).

### 1.1.2. Enfoque Estratégico.

El Enfoque Estratégico tiene sus raíces en Palo Alto, California, Estados Unidos, a principios de los 50's con un grupo de investigadores dirigido por Gregory Bateson, el cual llegó a considerar la esquizofrenia como resultado de una discrepancia entre los niveles de comunicación. La Terapia Familiar Estratégica estuvo también influenciada por el trabajo de Milton Erickson, con su énfasis en la hipnosis y en la paradójal terapia estratégica (Piercy, 1986). Sin embargo, el primero en acuñar el término como tal: Terapia Estratégica, fue Jay Haley, y como ejemplo de otros terapeutas que manejan este modelo, están Cloë Madanès, John Weakland, Paul Watzlawick, Richard Fish.

*En este enfoque, el terapeuta es quien diseña activamente las intervenciones para cada problema, basándose en las dificultades específicas que la familia presenta.*

A los terapeutas estratégicos no les interesa la estructura ni el sistema familiar y proponen que el síntoma está siendo mantenido por la "solución" es decir, al mismo tiempo que el problema está siendo atacado por los comportamientos que se le oponen, también está siendo encubiertamente apoyado por los comportamientos que lo provocan. El terapeuta busca este ciclo o secuencia, hacia el cual dirigirá la intervención (Hoffman, 1981).

En este modelo, el terapeuta se enfoca en la interacción presente, además de no interpretar la conducta de los miembros de la familia ni explorar el pasado; se centra no en la familia en sí, sino en la "unidad", que para ellos es la interacción entre dos miembros y además, con quién otro esta interacción tiene relación, o sea, básicamente se interesan en las triangulaciones, y por lo mismo, no se preocupan por ver unidos a todos los miembros de la familia, incluso hasta prefieren algunas veces ver por separado a individuos o subgrupos familiares, maximizando el cambio al colocar a un grupo de personas secretamente en contra de las demás (Hoffman, 1981; Piercy, 1986; Haley, 1993).

Puede decirse que la clave del cambio en este enfoque es el arte con que pueden reencuadrar la percepción que el cliente tiene sobre el contexto de su comportamiento. Es

decir, el terapeuta reestablece una situación de tal forma que sea percibida de una nueva manera. Para ello se vale de una gran variedad de dobles ataduras terapéuticas y para hacerlas más aceptables, utilizan toda una gran variedad de razones benévolas. Luchan con el problema presente, al cual consideran como una metáfora del problema real (Hoffman, 1981; Piercy, 1986; Haley, 1993).

De esta forma puede decirse que en el enfoque estratégico el control siempre lo mantiene el terapeuta y supuestamente obligan a cambiar a las familias con síntomas psiquiátricos (las cuales aparentemente tienen cualidades oposicionales) al resistirse a las órdenes de no hacer las cosas (Hoffman, 1981; Piercy, 1986; Haley, 1993).

### **1.1.3. Enfoque del Mental Research Institute.**

El enfoque del Mental Research Institute (M.R.I.) es mejor conocido como de Terapia Breve, y se enfoca a los procesos básicos de la pauta-problema, y no tanto a la organización familiar. Distribuye la jerarquía y el poder a los que no considera tan importantes como la secuencia interaccional. Se hace uso de la tarea (cualquier orden o paradoja) destinada a dividir en partes la secuencia conductual (Piercy, 1986).

En este enfoque se utiliza lo que el cliente trae consigo para ayudar a que viva bien dentro de sus posibilidades por medio de la focalización de síntomas y la planeación de metas específicas y objetivos claros (De Shazer, 1991a). Las metas pueden ser largas o cortas, pero con indicadores claros de cuando se hayan logrado, ya que es muy importante establecer cómo reconocer que el problema está resuelto, pues la gente a veces no se da cuenta o no dan crédito cuando esto sucede.

Así mismo, en esta modalidad de terapia siempre se explora la solución intentada para no caer en lo que llaman el "campo minado", pues sostienen que la solución se vuelve el problema: además, tampoco consideran que el síntoma tenga una "función". Simplemente investigan la pauta-síntoma y utilizan preguntas muy específicas: ¿Quién tiene el

problema?. ¿Para quién es problema?. ¿Quién está más preocupado por el problema?. ¿Con qué frecuencia se presenta?. ¿Cuándo?. ¿Dónde? Etc.

En este modelo es muy importante el seguimiento, el cual es obligatorio llevar a cabo después de tres o cuatro meses de terminada la terapia.

#### **1.1.4. Enfoque Sistémico: Escuela de Milán.**

Los Asociados de Milán, (Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Guiliana Prata) son los precursores del Enfoque Sistémico, el cual comparte raíces similares a las del M.R.I. y el Enfoque Estratégico, pues también fueron influidos por el trabajo de Gregory Bateson. Esta terapia toma una perspectiva más evolutiva, es decir, la familia es vista como un sistema en constante evolución.

Originalmente, el grupo de Milán consideraba tres temas o posturas principales que guiaban las sesiones: Hipotetizando, Circularidad y Neutralidad. Las intervenciones eran típicamente dadas a través del uso de un ritual o a través de prescripciones paradójicas que llamaban a la familia al no cambio (Selvini, Cecchin, Prata, Boscolo, 1980; 1988).

La contribución más significativa de este enfoque ha sido entre otras cosas, el que la sesión terapéutica es una sesión muy bien estructurada, dividida en cinco partes: a) Pre-sesión, b) Entrevista, c) Inter-sesión, d) Intervención, e) Post-Sesión. Y siempre se hace una clara distinción o separación entre los sistemas Terapeuta-Equipo / Familia (Tomm, 1984).

Otra de las aportaciones bastante útiles de este modelo es el uso de la connotación positiva, la cual consiste en reetiquetar conductas familiares con una luz positiva, es decir, esta intervención reorienta a la familia hacia formas más positivas de ver sus interacciones, y al mismo tiempo le permite al terapeuta ganar entrada dentro de la familia (Piercy, 1986).

El uso de tareas es algo que se emplea comúnmente en este modelo, así como los mensajes (que son la intervención en sí), ya sea orales o escritos, de parte del equipo de terapeutas que se encuentra detrás del espejo unidireccional y de los terapeutas en la sesión.

Los rituales han sido otra de las aportaciones importantes de este grupo. Los rituales que pueden prescribirse varían enormemente y están basados en las hipótesis del equipo respecto al dilema familiar prevaleciente (Tomm, 1994).

El grupo de Milán se separó años después (se mantuvieron juntos 10 años aproximadamente). pero continuaron trabajando en parejas, los dos hombres (Boscolo, Cecchin) dedicados a dar entrenamiento, mientras que las mujeres (Selvini, Prata) continuaron por la línea de la investigación, y son ellas las que han experimentado con la "Prescripción Universal", la cual puede ser empleada con todas las familias, y su utilidad radica esencialmente en clarificar los límites intergeneracionales (Simon, 1987; Tomm, 1984).

#### **1.1.5. Terapia Enfocada a Soluciones.**

En la Terapia Enfocada a Soluciones, se apunta hacia los recursos y fuerzas del cliente. Es un modelo cien por ciento pragmático. El Terapeuta deja de llamarse así para convertirse en "Facilitador".

En esta modalidad, no se toman en cuenta los términos que utiliza la patología diagnóstica, y son muy importantes las redes. Al oír al cliente hablar, se debe estar muy atento a "escuchar" tanto los recursos como las redes que el cliente menciona.

Al hacer notar los recursos y redes que el cliente posee, el cambio se identifica y amplía. Para lograr esto, es importante el cambiar nuestro lenguaje, por un lenguaje centrado en recursos y soluciones, utilizando más los tiempos verbales en gerundio, pues con ello se habla de la acción que está sucediendo, o sea, del cambio que ya está operando. Las preguntas son muy importantes, se comienza con preguntas pequeñas o cortas y luego se van alargando.

La terapia enfocada a soluciones parece ser muy práctica, toma en cuenta el pasado pero como recurso, no busca causalidad, no considera que existe un problema "de fondo", ni

busca causas “últimas”, “profundas” o “primarias”, y no considera que exista conexión entre un problema y otro (Furman y Alhoa, 1992).

A Steve De Shazer (1991b) por ejemplo, quien es considerado un terapeuta enfocado en soluciones, le interesa provocar un cambio mínimo, pequeño, sencillo, el cual luego reverbera en cambios mayores. El se centra en los juegos del lenguaje y no tanto en la técnica, lo cual resulta novedoso para los clientes, y les propone que se centren en las soluciones, no en el problema. Este autor utiliza mucho las escalas, por ejemplo, del cero al diez, para hacer que el cliente evalúe su problema y el cambio que esté teniendo lugar a través del tratamiento.

Así, puede notarse cómo cada escuela o modelo se enfoca o enfatiza distintos aspectos del proceso de la terapia, de acuerdo a su particular concepción de los problemas o dilemas que la familia presenta, y aparentemente se basan en el supuesto de que el “experto” es el terapeuta, quien aparte de “saber y decidir” lo que es bueno para cada familia, sabe cuál es también la “solución” al problema planteado. Viéndolo desde otra perspectiva, podría decirse que los profesionales son los “observadores” y las familias, los sujetos “observados” (Hoffman, 1995).

Sin embargo, es un hecho indiscutible que estos modelos o formas de intervención han demostrado su utilidad y eficacia en la solución de los problemas familiares, por lo que representan un abanico de posibilidades que el ámbito de la terapia familiar ofrece actualmente.

La terapia familiar hoy en día se ha ido moviendo poco a poco hacia una nueva visión de los problemas, a una nueva perspectiva, en donde se retoman ideas filosóficas y literarias; en donde la realidad es considerada como una construcción social, es decir la realidad se construye en el intercambio social entre los individuos, y tanto el lenguaje como los significados, juegan un papel importante.

## 1.2 Terapias Posmodernas y Narrativas.

En los últimos años, el campo de la terapia familiar ha sido influenciado por un movimiento filosófico bastante interesante: el Posmodernismo, el cual sostiene, entre otras cosas, que los objetos no están “en el mundo”, sino que más bien estos objetos son producto de nuestras muy particulares perspectivas (Gergen y Kaye, 1992). En otras palabras, el Posmodernismo cuestiona la “objetividad” de las ciencias sociales, puesto que, como lo menciona White: *“Todo conocimiento requiere un acto de interpretación”* (White y Epston, 1993, pág. 20), es decir, la realidad es construida socialmente, las ideas, los conceptos y los recuerdos emergen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. por lo que según esta postura, no podemos conocer la realidad objetiva, ya que nuestro conocimiento es entonces, una interpretación de lo que vemos. Se propone en base a esta perspectiva, que el conocimiento de los fenómenos sociales está siempre infiltrado de ideología y subjetividad (Tarragona, 1990).

La característica principal de las terapias posmodernas es la de relativizar y cuestionar las verdades establecidas, sosteniendo que no existe una verdad “única” sino que solo existen múltiples versiones, o visiones de la misma, por lo que se busca precisamente la diversidad, la polifonía, las diferentes perspectivas o puntos de vista, lo cual podría enriquecer y no limitar. Se pasa de una concepción de “esto o esto” a una concepción de “*esto y esto*”, y de una concepción de “uno u otro” a “*ambos*”, es decir, se pasa de un “o...o” a un “*ambos y*” (Hoffman, 1995).

Esta nueva tendencia en terapia está representada en Estados Unidos por Harry Goolishian y Harlene Anderson, y por el grupo de Brattleboro, entre quienes se encuentran William Lax, Judith Davidson y Darío Lussardi; en Noruega por el grupo Tromso con Tom Andersen y sus colegas; en Australia por Michel White; en Nueva Zelanda por David Epston (Hoffman, 1995).

Estos terapeutas incorporaron esta nueva actitud filosófica a su práctica profesional, debido a que no se sentían muy cómodos haciendo la terapia como la hacían y empezaron a

ensayar otras modalidades. tomando alguna parte y/o modificando algo de los modelos que usualmente seguían.

Dentro de las terapias Posmodernas está considerada la terapia Narrativa, cuyo término proviene del uso de la escritura y por la característica de cambiar historias a través del lenguaje hablado. recontando y reuniendo historias. por lo que la metáfora central de este tipo de terapia es la conversación, y el medio básico para la misma es también la conversación.

Se podría entender la conversación como una interacción entre dos personas, en la que hay cierto "espacio compartido", y en la cual se generan significados de pensamientos, sentimientos y acciones (Lax, 1995a).

También. este nuevo enfoque está menos orientado a los objetivos y es más participativo. se considera que el "experto" es el cliente. y se intenta que la relación cliente-terapeuta sea lo más horizontal posible, esfumándose las jerarquías, pasando a una relación cliente-terapeuta más igualitaria, en la que ambos tienen la misma responsabilidad en el proceso terapéutico.

Dicho de otro modo, se trata de una co-participación en la terapia, en la cual tanto el cliente como el terapeuta se influyen mutuamente para crear algo nuevo, una nueva historia, o muchas nuevas historias alternativas. de manera que el cliente solucione mediante este proceso su problema.

La actividad reflexiva es medular en este enfoque. Es decir, las principales técnicas utilizadas son las conversaciones reflexivas, las preguntas reflexivas, el uso del equipo reflexivo. *la utilización de cartas, carteles, notas, documentos escritos.*

Podrían resumirse de manera general y breve los puntos mas importantes sobre esta nueva postura. la de las Terapias Posmodernas y Narrativas. de acuerdo con Lax (1995a):

- Se pone énfasis en procesos. no en objetos.
- No se tienen objetivos predeterminados.
- No se tiene posición de "experto".
- Lo más importante en la terapia es la *conversación*.



### 1.2.1. La Importancia del Lenguaje.

La significancia del intercambio social y de la intervención del lenguaje en la construcción de conocimientos es una de las premisas principales del Posmodernismo (White, 1993) como se mencionó anteriormente.

Se entiende que el significado y la comprensión son construidos socialmente por las personas, a través de la conversación, del diálogo, y es dentro de esta construcción y diálogo donde tiene lugar la acción humana. Estas realidades narrativas construidas socialmente son las que dan sentido y organización a la propia experiencia (Gergen y Kaye, 1992; Anderson y Goolishian, 1995).

En base a lo anterior, se dice que el “yo” empieza a existir en relación con los otros, y en este sentido, Kenneth Gergen (1991) presenta una serie de argumentos muy persuasivos sobre la “Construcción social del Yo”, el cual es edificado dependiendo de con quien nos relacionamos, en lugar de conceptualizarlo como alguna esencia interior irreductible, representada por expresiones como “cognición” o “emociones”. Así entonces, puede decirse que constantemente nos autodefinimos, dependiendo de con quien estemos interactuando, del contexto en que nos encontremos y del momento histórico que estemos viviendo (Lax, 1995a). Puede concluirse que el “Yo” no es un concepto estático, sino que constantemente se está moviendo y cambiando, dependiendo de nuestra interacción social.

Siguiendo con la importancia del lenguaje en estas nuevas posturas, y de acuerdo con Andersen (1995a), parece que los primeros en enfatizar la importancia de éste en el campo de la terapia familiar fueron Harold Goolishian y Harlene Anderson. Ellos centran su atención en las interacciones sociales, en el lenguaje, en las conversaciones, y le dan mucha importancia a los contextos social e histórico. En opinión de Lynn Hoffman (1995), centran su trabajo en los procesos *entre* los individuos, más que en las metas a seguir en la sesión terapéutica.

El mismo Goolishian lo ha expresado de esta forma: *"Nuestras teorías sobre la terapia se están dirigiendo hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. En este enfoque se enfatizan los "significados" tales como son creados y experimentados por los individuos que participan en un diálogo"* (Fried y Fuks. 1992, pág. 38).

De acuerdo con este mismo autor, se entiende como diálogo a *"hablar con"* en vez de *"hablar a"*, y también debe entenderse que no es lo mismo *"hablar"* y *"estar en"* una conversación; la diferencia estriba en la generación de significados, en las conversaciones monológicas, no necesariamente existe esta generación, a diferencia de las dialógicas en las que sí existe creación de significados.

Penn y Frankfurt (1994), también sostienen que el lenguaje es el que da cuerpo a las percepciones que tenemos de nosotros mismos, en relación con otros, y que nuestras ideas solamente cobran vida a través del lenguaje, del diálogo, ya sea interno (con nosotros mismos) o externo, es decir en conversación con otros.

Por otro lado, Tom Andersen también postula que el conversar no solo implica informar, sino formar. Este autor explica que la parte informativa se da cuando una persona le explica sus pensamientos a otra persona que escucha. Y la parte formativa se da cuando la persona, por medio del lenguaje encuentra un significado, y en ese momento forma su estar-en-el-mundo. Así entonces, el lenguaje *"no es inocente"* (Andersen, 1995b).

Como puede verse, el lenguaje es el medio por el cual existimos en el mundo social y se forman nuestras experiencias, a través del cual nos definimos y definimos nuestras experiencias, por medio del cual le damos significación a nuestra vida, pero todo esto siempre se da en relación con los otros, con quienes interactuamos.

### **1.2.2. La Posibilidad de Cambio a través de la Conversación.**

La posibilidad de lograr cambios a través del diálogo, de la conversación, tiene que ver con la postura de Hans Georg Gadamer, filósofo Alemán, quien propone que cuando decimos o manifestamos algo, está implícito también en ello lo que no expresamos, lo *"no*

dicho" (Anderson y Goolishian, 1988). De esta forma, es posible investigar otras alternativas y soluciones que están ahí y "no se dicen", de manera que explorando lo no expresado, puede emerger nueva conversación, que enriquezca y facilite el surgimiento de nuevas historias. Esto podría coincidir con los "acontecimientos extraordinarios" o "hechos excepcionales" que maneja Michel White, quien sostiene que existen ciertas "historias dominantes" o de consenso general, que muchas veces son limitantes y oprimen, creando dificultades en el vivir de los individuos, (White y Epston, 1993). Para ilustrar esto, se pondrá un ejemplo: si un niño moja la cama, la idea general dominante es que se trata de la "expresión de un conflicto entre los padres", en lugar de ello, el autor se enfocaría a aquellas ocasiones en que el niño no moja la cama, resaltando las excepciones y explorando la manera de como el niño ha logrado no mojar la cama; y esto tiene sentido si pensamos que la vida y nuestras experiencias son tan vastas, ricas, plenas, que es imposible prestar atención a todo al mismo tiempo (Andersen, 1995a), y generalmente se presta atención, pero a lo malo, a lo negativo, a los errores, ignorando todo lo demás.

Harold Goolishian dice: *"En el lenguaje siempre existe la posibilidad de un cambio porque no hay una relación fija y única entre significado y significante"* (Fried y Fuks, 1992, pág. 40).

Esto quiere decir que los significados siempre están cambiando, así como nuestra propia definición, dependiendo de con quien nos relacionamos, y es precisamente en este diferir, en esta variación, donde es posible generar nuevos significados, nuevas alternativas, nuevas historias.

Es necesario entender lo que es una conversación terapéutica, y Andersen (1995a) la explica así: *"La llamada conversación "terapéutica" podría considerarse como una forma de búsqueda, una búsqueda de nuevas descripciones, nuevas comprensiones, nuevos significados, nuevos matices de las palabras, y en última instancia, de nuevas definiciones de uno mismo"* (pág. 88).

Cuando un terapeuta se encuentra en una conversación terapéutica, surgen muchas ideas al mismo tiempo, las cuales en numerosas ocasiones son ideas contradictorias, pero su

papel no es el de buscar la verdad o falsedad de las ideas. Anderson y Goolishian recomiendan adoptar una *postura abierta a múltiples ideas*, tratando de tener en cuenta todos los puntos de vista, para evitar caer en una conversación monológica, impidiendo la posibilidad de cambio, y es que como dice Andersen (1995a): *“Siempre existen muchas versiones de una situación, lo que significa que hay muchas maneras de describirla, y por lo tanto, muchas maneras de entenderla”* (pág. 84). La terapia entonces, es un desafío constante, que consiste en deconstruir la vieja historia, encontrar alternativas para crear una nueva o muchas nuevas historias, de tal manera que surjan nuevas y mejores posibilidades para los clientes.

Son varios los autores que coinciden en que la pregunta es el instrumento principal del trabajo terapéutico, ya que es de mayor utilidad preguntar que el emitir opiniones o interpretaciones, pues el hacer preguntas abre el espacio para facilitar el desarrollo de la conversación y el diálogo (Anderson y Goolishian, 1988; Tarragona, 1990; Andersen, 1994, 1995a).

Para entender un poco mejor la actitud del terapeuta que participa en una conversación terapéutica, Goolishian la resume en una serie de puntos, que serán transcritos a continuación (tomados de Fried y Fuks, 1992):

- El terapeuta mantiene una exploración-indagación dentro de los parámetros del(de los) problema(s) tal como lo(s) describe el(los) paciente(s).
- El terapeuta considera al mismo tiempo múltiples ideas contradictorias.
- El terapeuta elige usar un lenguaje cooperativo y no un lenguaje no-cooperativo.
- El terapeuta aprende, entiende y conversa dentro del lenguaje del paciente.
- El terapeuta es un receptor respetuoso y jamás comprende con demasiado apuro.
- El terapeuta hace preguntas, las respuestas a las mismas, requieren nuevas preguntas.
- El terapeuta se hace responsable de crear un contexto de una conversación que da lugar a una colaboración mutua en los procesos de definición y de disolución de problemas.
- El terapeuta mantiene una conversación dialógica consigo mismo.

Es importante señalar que existen autores que han incorporado la escritura (uso de cartas, documentos escritos, poemas, etc.) a la conversación que ocurre en la sesión, con lo cual se facilita la creación de más voces y versiones del problema presentado, enriqueciendo de esta forma la posibilidad de cambio a través de la combinación del lenguaje hablado y escrito. por ejemplo Penn y Frankfurt (1994). han utilizado la narrativa escrita con individuos, parejas y familias de distinto nivel socioeconómico, en problemas como duelos, divorcios, recuperación de abuso y enfermedades físicas. con excelentes resultados.

### **1.2.3. El Cliente como Experto.**

Anderson y Goolishian (1995) proponen como útil el que los terapeutas adopten una postura de “no experto”, una postura de “no saber” de tal manera que los profesionistas puedan “...*escuchar de tal forma que sus experiencias anteriores no los cierre al significado completo de las descripciones de las experiencias de los clientes*” (pág. 30).

Podría decirse que esta actitud es como una especie de ignorancia deliberada, cuyo propósito es facilitar que por medio de la conversación, surja una nueva o nuevas narrativas probablemente más útiles, pero estas nuevas narrativas deberán emerger de manera espontánea y no planificadamente.

El cliente es precisamente el experto en su problemática y como la vive, por lo que el terapeuta evitará imponer sus puntos de vista o ideas preconcebidas sobre la problemática que manifiesten los pacientes. Sin embargo, en algunos casos existen excepciones, como cuando está en peligro la vida o integridad de una persona (violencia, abuso sexual, infantil, etc.).

Exceptuando los casos anteriores, puede decirse que la actitud del terapeuta es aquella que expresa la necesidad o el deseo de saber más sobre lo que se ha dicho, tratando de no transmitir de ninguna forma opiniones o expectativas preconcebidas acerca del problema, acerca del cliente y menos aún acerca de lo que debe cambiarse (Anderson y Goolishian, 1995).

Una vez entendido que son los pacientes los verdaderos expertos sobre sus vidas y como las viven, el terapeuta no sabe de antemano o "a priori" cuales son las intenciones de un acto, no debe buscar el "fondo" haciendo interpretaciones, debe confiar en la explicación que le da el cliente, se une a él en el proceso de la comprensión y experiencia del paciente, con lo cual se garantiza la importancia de las diferentes versiones del mundo, de los significados y las comprensiones que el cliente manifiesta (Anderson y Goolishian, 1995).

Gianfranco Cecchin llama a esta postura de "irreverencia" es decir, cuestionar cualquier "verdad" establecida, pues los clientes a menudo acuden a terapia con historias o narrativas fijas y limitantes, contando sus historias como si fueran monólogos, es decir, una versión única, absoluta y cerrada, que pretende contener verdades, de tal forma que estas narraciones son sostenidas en una situación de privilegio y como explicaciones únicas. Entonces, es necesario que el terapeuta entienda los relatos familiares desde otra perspectiva, ir más allá del concepto común de lo que es una estructura funcional o disfuncional, con el propósito de negociar y co-construir nuevas historias o versiones alternativas y viables, que abran nuevas posibilidades al cliente (Cecchin, 1993; Penn y Frankfurt, 1994).

#### **1.2.4. La Colaboración entre Cliente y Terapeuta.**

La idea de que el cliente y el terapeuta "colaboran" en el proceso terapéutico, es otra de las premisas principales de este nuevo giro en la terapia. La terapia se aborda como una actividad de mutua colaboración, más que como un proceso en el que el papel del terapeuta es el de "experto" y el de los clientes de "enfermos" (Lax, 1995a).

Para ello es necesario entonces que el terapeuta sea visto como una persona sin distancia jerárquica, sino como alguien que, en unión con el cliente, buscan nuevas narrativas alternativas, en una actitud de mutua colaboración.

Fried y Fuks (1992) resumen este concepto en la siguiente cita: *"Terapeuta y cliente entablan una relación en la que ambos aportan recursos y en función de la cual pueden delinear el futuro"* (pág. 208).

En esta nueva postura se cuestiona el status del profesional, se pasa de un proceso jerárquico y unidireccional a un proceso de influencia mutua entre consultante e investigador, resaltando la importancia del prefijo "co" para describir una conversación terapéutica (co-autor, co-evolución, co-construcción, etc.) Hoffman (1995).

El sistema terapéutico puede ser conceptualizado de la siguiente forma, de acuerdo con Goolishinan (en Fried y Fuks, 1992):

- Los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y generadores de significado, o sea, creamos significación el uno con el otro.
- Un sistema terapéutico es un sistema generador de significación en el que el paciente y el terapeuta crean significación el uno con el otro.
- Todo sistema en terapia es un sistema que se ha cohesionado en torno a un "problema".
- Denominamos al grupo de personas con quienes hablamos en terapia, incluyéndonos a nosotros mismos, sistemas organizadores y disolutores de problemas.

En resumen, puede decirse que entre cliente y terapeuta existe una posición más horizontal, en la que ambos tienen responsabilidad en el proceso terapéutico, el terapeuta debe ser un maestro en el arte de la conversación, un facilitador en la creación de un contexto en el que sea posible la generación de nuevas historias alternativas.

Como ejemplo de colaboración entre cliente y terapeuta en el proceso terapéutico, está el artículo de London y Cols. (1998), en el cual incluso los clientes colaboraron en la creación de dicho documento.

### **1.3. El Equipo Reflexivo.**

La modalidad de equipo reflexivo está considerada dentro de este nuevo giro en la terapia y tiene sus orígenes en Noruega. con un grupo de terapeutas encabezado por Tom Andersen. quienes originalmente trabajaban al estilo Milán. es decir había un terapeuta entrevistando a una familia en el consultorio y en una cámara con espejo unidireccional. se encontraba un equipo de terapeutas siguiendo el curso de la sesión (Andersen, 1994: 1995a 1995c).

#### **1.3.1. Antecedentes.**

Debido a los sentimientos de incomodidad de Andersen y sus colegas de estar deliberando acerca de la familia sin que ésta escuchara, decidieron hacerlo ante ella, en una actitud de más respeto hacia la misma, y se dieron cuenta de que al poner en práctica el proceso de reflexión abierta. espontáneamente pasaban de un lenguaje "privado y profesional" a uno "público y cotidiano". y en lugar de utilizar opiniones e interpretaciones, comenzaron a utilizar preguntas. Así es como surgió el equipo reflexivo (Andersen, 1995a).

La base epistemológica de esta postura consiste en que un mismo problema puede ser entendido de manera diferente dentro de varias perspectivas. y cuando estas diferentes maneras de entender o perspectivas son puestas juntas (como en el proceso reflexivo), crean nuevas ideas sobre el problema en cuestión (Andersen, 1995c).

El equipo puede estar integrado por una persona (en este caso sería solamente el entrevistador) o hasta cuatro o incluso cinco es decir, el entrevistador y tres o cuatro miembros más que son los que integrarían el equipo. La parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa entre sí. es lo que se llama equipo reflexivo. (Andersen, 1994).

El equipo reflexivo compuesto por dos o más miembros que trabajen, ya sea dentro del mismo cuarto de la sesión o detrás del espejo, deben mantener una guía práctica importante:



Los miembros del equipo deben mirarse unos a otros a la cara mientras hablan y NO mirar a los miembros del sistema de entrevista. ya que si alguien los mirara. podría ocasionar el incitarlos a tomar parte de la discusión reflexiva. sacándolos así de su posición ventajosa de escuchar a distancia. (Andersen. 1994).

### **1.3.2. Diversas formas y contextos del equipo reflexivo.**

El equipo reflexivo puede tener diversas configuraciones, como lo explica Tom Andersen (1995c), quien como ya mencionamos, es el precursor de esta modalidad. Entre las diversas configuraciones que puede tomar el equipo reflexivo, tenemos las siguientes:

1. Puede estar el equipo en un cuarto contiguo, detrás de un espejo unidireccional. o puede utilizarse un solo cuarto. en donde el equipo escuche y reflexione desde una esquina.
2. Un terapeuta sin equipo puede tener un colega presente, con el cual hablar durante los intervalos "reflexivos".
3. Si el terapeuta está solo, puede hablar con uno de los miembros de la familia (persona "X") mientras los demás miembros escuchan. Después el terapeuta habla con estos otros mientras la persona "X" escucha, y luego el turno pasa a la persona "X" para que haga comentarios y eventualmente mayor conversación. En este caso, la familia y el terapeuta se convierten en equipo reflexivo.
4. Si el terapeuta está solo, con un solo cliente, ellos podrían hablar de algún tema desde la perspectiva de alguien que no esté presente (por ejemplo la esposa). Así, el cliente es invitado a hablar sobre lo que cree que su esposa pensaría (conversación interna) y decir (conversación externa) sobre esto o aquello. Cuando los pensamientos de la esposa se hayan expuesto. se le puede preguntar al cliente: ¿Cuáles son tus ideas sobre las ideas de tu esposa?.
5. Si un taller o conferencia consultiva se lleva a cabo en un salón amplio, en la que haya una audiencia escuchando. toda la audiencia puede servir como equipo reflexivo.

Y así, en palabras del propio Tom Andersen (1995c), “*las formas de aplicación son infinitas y supongo que el elemento limitante es nuestra propia inventiva*” (pág. 19).

Por otro lado, este proceso puede ser utilizado en diversos contextos, además del terapéutico, veamos algunos ejemplos (Andersen, 1995c):

1. En supervisión, el supervisado puede hablar con el supervisor mientras otros supervisados escuchan la conversación. Después los otros supervisados y el supervisor hablan mientras el supervisado escucha y luego el supervisado y el supervisor vuelven a conversar.
2. Las juntas administrativas o de personal pueden organizarse de tal manera que una mitad de los integrantes de la junta conversen sobre algún tema mientras la otra mitad escucha, posteriormente la segunda mitad conversa mientras la primera escucha, luego se regresa a la primera mitad y así sucesivamente.
3. Los gerentes o jefes administrativos pueden llegar a discutir juntos ciertos temas o problemas. El grupo puede ser dividido en pequeños grupos. Un grupo comienza a conversar sobre algún tema o problema particular mientras los otros grupos escuchan. Luego la conversación es transferida al siguiente grupo, el cual conversará un rato antes de que la conversación sea pasada al siguiente grupo y así sucesivamente.
4. En investigación cualitativa, el investigador puede conversar con otro, por ejemplo, sobre sus “datos” e intentos de encontrar algo en esos datos, ya sea sobre alguna categoría o algo desconocido o aún no “descubierto”. Otros que escuchen esta conversación pueden entonces conversar sobre lo que estuvieron pensando cuando escuchaban la búsqueda del investigador y el conocimiento aún no “descubierto”, antes de que el investigador comente acerca de lo que escuchó.

Por otro lado, Freedman y Combs (1996), sugieren tres tareas principales para los miembros que integran el equipo reflexivo: 1. Hacer acoplamiento (joining) con la familia, entendiendo el desarrollo de la narrativa, 2. Apoyar el desarrollo de nuevas narrativas, enfocándose a eventos o diferencias que no encajen en la narración dominante, 3. Facilitar la deconstrucción del problema, tratando de notar aquellas ideas, pensamientos, ideas o

contextos que apoyan las descripciones del problema, invitando a la deconstrucción de estas descripciones.

Estos mismos autores dicen que el equipo de reflexión puede estar integrado por 2 personas, pero que es mejor entre 3 y 6 ya que con dos las opiniones pueden ser iguales, con una tercera, puede haber discrepancia y mayor aporte.

Ellos también hacen lo siguiente: Si el equipo reflexivo está detrás de un espejo, por lo regular le preguntan a la familia si quieren conocer al equipo antes de comenzar o cuando refleje. Para algunas personas, reportan, es más cómodo conocer al equipo antes de que comience la entrevista, en cambio otras prefieren no conocerlo hasta que ellos reflejen.

En cuanto a los tiempos, usualmente dan de 30 a 40 minutos para la entrevista y de 10 a 15 minutos para las reflexiones (Freedman y Combs, 1996).

### **1.3.3. Algunas Limitaciones.**

Podría pensarse que una de las limitaciones de esta modalidad son los recursos humanos principalmente, pues quizás es difícil que un terapeuta cuente con un equipo de terapeutas que lo apoyen como equipo reflexivo, y como ya se había mencionado, para esto influyen factores tanto económicos (honorarios) como de tiempo disponible.

Por otro lado, Lax (1995b), quien es un autor que ha trabajado ampliamente con la utilización de equipos reflexivos en una gran variedad de contextos como son 1) En pacientes de Consulta Externa, 2) En pacientes Hospitalizados, 3) En trabajo basado en el Hogar, 4) Supervisión, 5) Investigación, 6) Asesoría, 7) Grupos de Entrenamiento, 8) Hospitales, 9) Exposiciones, 10) Enseñanza, etc. había encontrado que la actividad reflexiva era abrumadoramente positiva, por lo que estaba encantado, pero también empezó a notar, en consistencia con otros colegas (por ejemplo, Madigan, 1991 en Lax, 1995b), que en algunas ocasiones las reflexiones por sí mismas no habían sido útiles. Los clientes algunas veces habían sentido que las reflexiones resultaron confusas, no se enfocaban

precisamente a sus problemas, no se les daba suficiente dirección. eran muy largas o los dejaban con un sentimiento de haber sido malinterpretados por los terapeutas reflexivos. por lo que podría pensarse en esto como otra limitación en la utilización de esta modalidad de trabajo. pues una de las cosas de utilizarla es que no se puede saber de antemano el efecto preciso que tendrán los comentarios de reflexión. pues de todo lo que se dice. el cliente es el que tomará las ideas que más le sean útiles de acuerdo a su problema.

#### **1.3.4. Utilizaciones clínicas previas de esta Modalidad.**

Aunque la utilización de equipos reflexivos es bastante nuevo, algunos autores ya lo han incorporado a varios contextos clínicos, por ejemplo William Lax y colaboradores, del Instituto de la Familia de Brattlebóro, lo utilizan en todos los casos para la entrevista inicial de las parejas y familias que sea posible y les ha resultado bastante útil, ya que después de la entrevista inicial los terapeutas junto con la familia deciden si el equipo seguirá acompañándolos durante todo el proceso o no. a veces lo siguen utilizando hasta en tres ocasiones. y luego el terapeuta continúa solo. Pero entre los beneficios está el que empiezan el tratamiento con más recursos, ya que las ideas que se presentaron en la consulta inicial, están a disposición y pueden ser utilizadas. Además, el equipo siempre está disponible para incorporarse a la consulta o a la supervisión. en caso de que el proceso de la terapia se atore. (Lax. 1994).

Davidson y Lussardi (1994), han utilizado el equipo reflexivo para el entrenamiento y la supervisión de casos clínicos, y reportan que les ha sido de mucha utilidad en el caso de los procesos estancados, les ha permitido salir del atoramiento a los profesionales y sus supervisados se han sentido mejor con este modelo colaborativo.

Arlene Katz (1994), hace la propuesta de que en base a su experiencia, el equipo reflexivo puede utilizarse para el seguimiento de los casos, y que además permite que los clientes aporten sus reflexiones sobre la utilización del mismo.

Pero según la revisión de la literatura sobre utilizaciones clínicas en el proceso de terapia familiar, hasta este momento, al parecer nadie ha utilizado esta técnica para atender a familias con intentos de suicidio, y menos utilizando la participación de otra familia como equipo reflexivo, este casi siempre ha estado integrado por otros terapeutas.

Por ejemplo, Kjellberg, Edwardsson, Johansson, Oberg (1995), han empleado el proceso reflexivo para trabajar con familias en las que existe violencia y abuso infantil. Ellos encontraron que el trabajar con esta modalidad es especialmente valioso en aquellas situaciones en las que hay fuertes sentimientos de ira, miedo o ansiedad manifestados por el cliente, los miembros de la familia y/o los colegas.

Estos autores sostienen que el contexto creado con la modalidad de equipo reflexivo, permite hablar abiertamente unos a otros sin tener que probar qué es lo correcto, o qué es lo que está bien o está mal, y el poder hablar abiertamente sobre las dificultades que existen de manera que no se viole la integridad de las personas involucradas, parece disminuir los sentimientos dolorosos y las reacciones a éstos, ya que es un contexto seguro, protegido. En vez de hablar sobre cómo las cosas “deberían ser”, se habla de cómo las cosas “son”, y cómo estas afectan a todos, creando un nuevo entendimiento acerca de uno mismo y de los demás.

Por otro lado, Matthew D. Selekman (1995) ha utilizado en adolescentes con problemas de abuso de drogas y pandillas, a otros adolescentes como “consultores”, esto es que adolescentes que han abandonado las pandillas y el uso de drogas son invitados a una o más sesiones terapéuticas para fungir como consultores de otros adolescentes con el mismo problema. Los resultados principales que ha encontrado son cambios dramáticos en el comportamiento de los adolescentes, tanto dentro de las sesiones como fuera de éstas, y una reducción en el tiempo requerido para el tratamiento.

Usualmente él trabajaba con el formato de terapia breve orientada a soluciones, pero notó que ciertos adolescentes con problemas más crónicos de abuso de drogas y pandillerismo no respondían a este enfoque de tratamiento.

Este autor señala que a pesar de todas las investigaciones que indican la importancia y centralidad de los pares adolescentes en la vida de éstos, la mayoría de los terapeutas familiares han fallado en aprovechar este recurso potencialmente valioso cuando tratan al adolescente y su familia.

Sostiene que así como se ha perpetuado la creencia popular de que la presión de los pares adolescentes es influencia negativa, hay estudios que demuestran que los pares son influencia positiva que ayuda en el control y abandono del uso de drogas, para no usarlas nunca, o para abandonar relaciones no saludables con otros adolescentes ( Weinstein, Mier, Burkett y Hickman, 1984; en Selekman 1995).

Selekman (1995) también comenta que a menudo sus clientes adolescentes se muestran sorprendidos cuando él se interesa en su vida social, especialmente en sus amigos más cercanos y sobre todo por su recomendación de involucrarlos en el tratamiento. El autor indica que por lo general siempre existen uno o dos amigos que no tienen problema de abuso de droga o pandillerismo en la comunidad del adolescente problema, y que además están preocupados por él, éstos son los candidatos idóneos para ayudar al adolescente a salir de los problemas, y son invitados a las sesiones de tratamiento familiar del adolescente y su familia, para fungir como equipo reflexivo.

Pero cuando sucede que los amigos del adolescente-cliente presentan serios problemas de abuso de drogas u otros problemas de conducta y se considera que su presencia no sería útil en el tratamiento, se recurre a los adolescentes que han sido dados de alta y han superado satisfactoriamente sus problemas de drogas y pandillerismo, y se les llama para colaborar. Selekman llama a estos adolescentes “alumnos” (Selekman, 1995).

Así, se ha considerado que el utilizar un equipo reflexivo integrado no solo por adolescentes ex-suicidas, sino por sus familias también, como consultores de otros adolescentes y sus familias que estén atravesando por el mismo problema, podría resultar igualmente efectivo, ya que la familia en tratamiento probablemente alcance más rápido la solución a su problema.

## **2. ADOLESCENCIA, SUICIDIO Y FAMILIA.**

Debido a que la muestra con la que se trabajó en la presente investigación fue de mujeres adolescentes con intento de suicidio y sus familias, se consideró pertinente hacer una revisión general de los temas de la Adolescencia, del Suicidio y la relación de ambos con la Familia. Por lo tanto, esta sección está dedicada a la revisión de dichos temas, abarcando conceptos generales y la relación que existe entre ellos, es decir la adolescencia, y la influencia o papel que juega la familia en esta etapa de la vida, así como el suicidio y los intentos de suicidio, enfocados particularmente en los adolescentes, y los factores de la dinámica familiar que pueden intervenir en este comportamiento.

### **2.1. Adolescencia y Familia.**

En este apartado retomaremos algunos conceptos generales de la influencia del entorno familiar en la etapa de la adolescencia.

#### **2.1.1. Pubertad y Adolescencia.**

La adolescencia es una etapa de transición que se caracteriza por grandes e importantes cambios en el desarrollo físico y sexual, pero también en la esfera biopsicosocial; en otras palabras, el individuo pasa física, psicológica y socialmente de la condición de niño a la de adulto.

La pubertad marca el inicio biológico de la adolescencia pero no es su equivalente. La pubertad es el período en el que se producen los cambios en el sistema reproductivo y sexual. En general, aparece el vello púbico y axilar en ambos sexos, en las mujeres aparece la primera menstruación, en los hombres cambia la voz y experimentan la primera eyaculación.

El inicio específico de la adolescencia es difícil de establecer, pues la edad de la madurez sexual varía mucho entre los individuos. Como promedio, la adolescencia abarca de los 13 a los 18 años en las mujeres y de los 14 a los 18 años en los hombres (Hurlock, 1987).

Por otro lado, la adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *"el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, y la pubertad como el promedio entre 15 y 24 años"*.

Podemos decir entonces que en general, la adolescencia se inicia cuando en el individuo comienza la madurez sexual y culmina cuando se independiza legalmente de los adultos (Hurlock, 1987).

### 2.1.2. El Punto de Vista Social.

Desde el punto de vista sociológico en cambio, se considera que la adolescencia es *"el periodo de la vida de una persona durante el cual la sociedad en la que vive deja de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el status de adulto, sus cometidos y funciones"* (Hallengstead, 1982). Es decir, que entonces el adolescente es aquella persona que se encuentra en el período intermedio entre niño y adulto.

El grupo social o comunidad (en Estados Unidos) espera que los adolescentes dominen ciertas tareas evolutivas durante la transición de la infancia a la adultez. Estas tareas fueron detalladas por Havinghurst, 1956 (en Hurlock, 1987) y son las siguientes:

1. Establecer relaciones nuevas y más maduras con pares de ambos sexos.
2. Cumplir un rol social masculino o femenino.
3. Aceptar la propia constitución física y emplear el cuerpo de manera adecuada.
4. Alcanzar la independencia emocional respecto de los padres y otros adultos.
5. Convencerse del valor de la independencia económica.
6. Elegir una vocación y prepararse para ella.
7. Prepararse para el matrimonio y la vida familiar.
8. Desarrollar aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para el ejercicio de los derechos cívicos.
9. Desear y lograr una conducta socialmente responsable.
10. Procurarse un conjunto de valores y un sistema ético como guía para el comportamiento.



Sin embargo, tanto en Estados Unidos de Norteamérica como en nuestro País, México, la madurez legal o mayoría de edad se alcanza a los 18 años, edad en la que se asigna automáticamente al individuo el status de adulto, sin considerar si el adolescente ha alcanzado ciertas tareas o la madurez que se espera de él, que en pocas palabras sería el haber obtenido el sentido de identidad o sea, ser independiente y autosuficiente, ser capaz de establecer relaciones intensas con compañeros y tener la capacidad de tomar decisiones importantes en la vida.

### **2.1.3. Efectos de esta Etapa de Transición.**

Se mencionarán los principales efectos o problemas que enfrentan los adolescentes en esta etapa de transición.

La inestabilidad por ejemplo, es un concepto que ha sido tradicionalmente utilizado casi como sinónimo de la adolescencia, y es que el efecto combinado de los cambios físicos, psicológicos y sociales del adolescente puede crearle cierta confusión.

El adolescente, por un lado, ya no es un niño, no puede comportarse como tal, y por otro lado, tampoco se siente seguro de comportarse como la sociedad espera de él; sus nuevas funciones y posibilidades progresan pero desigualmente y a veces en direcciones diferentes, sus estados de ánimo cambian rápidamente y su conducta es muchas veces contradictoria (Pépin, 1975; Hurlock, 1987).

Los sentimientos de inseguridad que acompañan al adolescente van acompañados de tensión emocional, la cual puede expresarse exterior o interiormente, y así puede llegar a ser agresivo, tímido o retraído. Algunos adolescentes exageran su dedicación a la escuela, otros se lanzan a la práctica de deportes y otros dedican mucho tiempo a actividades sociales, en cambio otros manifiestan su inestabilidad alternando sus gustos e intereses, aspiraciones vocacionales y sus amistades (Hurlock, 1987).

Se podría concluir entonces que la inestabilidad en el adolescente es un estilo de comportamiento y como lo señala Pépin (1975) forma parte de la psicología normal del adolescente. Esta inestabilidad puede ser hasta necesaria, ya que el adolescente explora y conoce nuevos campos de actividad, ensaya comportamientos en la búsqueda de objetivos personales y de su propia identidad.

Sin embargo, en ese sentido, a veces la orientación escolar o profesional se dificulta, por los cambios de gustos y de ocupaciones que manifiestan los adolescentes.

#### **2.1.4. Problemas comunes de la Adolescencia.**

El adaptarse a situaciones nuevas casi siempre ocasiona problemas, y en la adolescencia los problemas parecen más graves de lo que en realidad son; Hurlock (1987) describe de manera general los problemas que más preocupan a los adolescentes; primero, los problemas personales, y luego los que son característicos de la adolescencia.

##### **1. Problemas personales:**

- a) Concernientes al hogar (disciplina, relaciones con los miembros).
- b) Escuela (calificaciones, relaciones con los pares).
- c) Estado Físico (salud, ejercicios).
- d) Apariencia (peso, atractivo físico).
- e) Emociones (estado an  mico).
- f) Adaptación (aceptación por los pares y por los padres, roles).
- g) Vocación (selección, capacidad).
- h) Valores (moralidad, drogas, sexo).

##### **2. Problemas característicos de la Adolescencia:**

- a) Alcanzar mayor grado de independenciaci  n.
- b) Ser mal comprendido o juzgado según estereotipos desfavorables.
- c) Contar con más derechos y privilegios y menos responsabilidades impuestas por los padres.

- d) Obtención de la independencia económica.
- e) Asunción del rol sexual aprobado.
- f) Preparación para la vida familiar.

El que los adolescentes alcancen la madurez, la estabilidad esperada y una mayor autoestima, dependerá sin duda no sólo de sus propios méritos en lograr desarrollarse, sino también de la forma en que su entorno social reaccione ante él. es decir los adultos, compañeros, familia y sociedad en general.

### **2.1.5. La Familia y el Adolescente.**

La unidad básica en la que se desarrolla el individuo es la familia, por lo que el papel que juega este grupo social en el crecimiento de los niños y el adolescente es muy importante y determinante. La mayoría de los valores, actitudes o intereses que forman parte del comportamiento adulto del individuo tuvieron sus comienzos e incluso cristalizaron debido a las influencias tempranas del hogar y la familia. Pero es también dentro de esta unidad donde se da la mayor parte del conflicto entre el mundo del adolescente y el del adulto, pues los padres son precisamente los adultos con los que los jóvenes tienen más contacto (Powel, 1981).

Por ello, Pépin (1975) por ejemplo, considera que es útil que los padres conozcan el carácter de sus hijos, para poder utilizar los puntos fuertes y ayudarlo a que se conduzca a las mejores posibilidades. Sostiene que los hijos deben ser tratados de acuerdo a sus necesidades, las cuales varían según la edad, el sexo, la salud y las aptitudes.

Por otro lado, Powel (1981) dice que la existencia de conflictos en los hogares donde hay adolescentes a veces tienen lugar a pesar de los esfuerzos de los padres por ayudar a sus hijos; esto debido a que los padres son inconstantes en su manera de tratarlos, pues a veces los tratan como a un niño, a veces como a un adulto, pero a menudo el adolescente es el responsable de este trato, pues alterna su conducta, entre adulta y aniñada.

Los padres casi siempre tienen preocupaciones respecto a los hijos adolescentes: que no obedecen, que no trabajan o estudian lo suficiente, que no colaboran en el hogar, respecto a la sexualidad, etc. por ello, los padres están constantemente angustiados y con frecuencia regañan o castigan al joven. Esto trae como consecuencia que a veces en lugar de ayudar, los padres restringen o inhiben los esfuerzos de los adolescentes por elegir una vocación o por emanciparse e integrar su propia conducta, y lo más grave es que el adolescente debe seguir siendo dependiente del ambiente hogareño, pues la sociedad no está preparada para concederle el status de adulto (Powel, 1981) y tampoco, al menos en la sociedad occidental, existen funciones claramente diferenciadas para los adolescentes (Minuchin, 1994).

Hurlock (1987) sostiene que cuando la atmósfera doméstica se caracteriza por la existencia de afecto, respeto, cooperación y tolerancia, el adolescente desarrollará un autoconcepto saludable que se reflejará en adaptaciones adecuadas a la vida, y que cuando el clima hogareño se distingue por desaveniencias resultantes del conflicto y de la competencia destructiva, conspirará contra la formación de un autoconcepto sano, y más aún si el joven tiene participación directa en el conflicto.

Así pues, se puede decir que la familia constituye el modelo en el que el niño contempla modos de expresar afecto, modos de relacionarse íntimamente, modos de acercarse a un compañero abrumado por dificultades y modos de afrontar conflictos entre iguales. Lo que observe se convertirá en parte de sus valores y expectativas en el mundo exterior (Minuchin y Fishman, 1994).

Durante la etapa de la adolescencia, cuando el joven anda en búsqueda de su identidad, la familia tiene un papel importante, ya que es quien provee al adolescente de este sentido, en palabras de Salvador Minuchin (1994): "*El sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica*" (pág. 80).

Continuando en este sentido, la familia a la que el adolescente pertenece es la que primordialmente determina tanto su conducta, como las diversas normas que lo guiarán a través de la vida; pues es en el hogar donde primero se establecen las normas de

interacción, y estas normas son las que a su vez rigen el funcionamiento de los miembros de la familia (Powel, 1981; Minuchin y Fishman, 1994).

Ahora bien, la familia es una unidad social que está integrada por un conjunto de personas relacionadas entre sí, esta unidad social no es estática, cambia, los integrantes cambian y cambian tanto sus relaciones como sus contextos sociales (Minuchin, 1994), estos cambios provocan modificaciones tanto en la estructura como en las relaciones. Es importante mencionar también que la familia está influida por el contexto social mas amplio, o macrocontexto, el cual igualmente marca el rol o papel a seguir por cada miembro de la familia.

Se puede concluir entonces que los adolescentes son afectados por el contexto familiar al que pertenecen, pero también ellos a su vez, afectan el contexto del que forman parte, y cuando existe un adolescente con problemas en la familia, es necesario prestar atención a todos los miembros encarando el problema en su contexto social, y la intervención terapéutica más efectiva para tratar a los adolescentes con dificultades es la terapia familiar (Fishman, 1995), pues hay estudios que apoyan el hecho de que la salud mental del adolescente está mayormente influida por la composición y estructura familiar y por el rol que desempeña dentro del grupo, que por la salud mental de sus miembros significativos (Reddy, 1967; Westley, 1960; en Hurlock, 1987).

## **2.2. El Suicidio en la Adolescencia.**

El suicidio, ya sea en tentativa o consumado, continúa representando un enigma para la humanidad, pues a pesar de las múltiples investigaciones que se han realizado al respecto, no puede generalizarse una teoría que sea común para comprender este comportamiento. Al suicidio se le ha abordado desde varias perspectivas, sociológica, por ejemplo Durkheim (1987), la perspectiva psicodinámica, representada principalmente por Sigmund Freud, y el enfoque biopsicosocial, mas recientemente representada por un gran número de autores como Stengel (1965), Farberow y Shneidman (1969), Berman y Jobes (1991), Davidson (1992) por citar algunos.

Las actitudes hacia el suicidio varían en todo el mundo, yendo desde la condenación completa hasta la aceptación e incorporación de las costumbres de la comunidad, pasando por diferentes grados de desaprobación. A pesar de la variedad, parece no existir duda de que la actitud predominante de la sociedad civilizada hacia el suicidio es la condenación (Farberow y Shneidman, 1969).

Lo interesante de esta cuestión es que todo suicidio, así como los intentos de suicidio, por lo regular implican una gran conmoción emocional, caos, perturbación, tristeza, impotencia, culpa, asombro, desesperación, etc. entre las personas que rodean al actuante, y generalmente hacen cuanto pueden por salvarle la vida o por tratar de deshacer el daño que se hizo, y estas reacciones de ayuda son comúnmente más marcadas entre los miembros del grupo familiar del que forma parte la persona, aunque a veces también interviene la comunidad más amplia a la que pertenece el afectado (Stengel, 1965; Farberow y Shneidman, 1969).

### **2.2.1. Definición de Suicidio e Intento de Suicidio.**

El suicidio es definido por Durkheim (1987) como *“todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”* (pág. 16).

En cambio, la definición de lo que constituye un intento de suicidio está lejos de ser simple, pues muchas personas niegan la intención del suicidio después de un acto de auto-daño, porque se sienten avergonzadas y culpables, pueda ser que no quieran decir la verdad o quizás la intención fue confusa en el momento, pues según Stengel (1965), la mayoría de la gente cuando comete un acto suicida está tan confundida como cuando hace algo importante bajo un estrés emocional.

Este mismo autor señala que para los intentos suicidas podría adaptarse una definición así: *“Un intento suicida es cualquier acto de autoperjurio infligido con intención*

*autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua. En ciertas ocasiones esa intención se tiene que inferir de la conducta del paciente” (pág. 98).*

### **2.2.2. Métodos de Suicidio y de Tentativa de Suicidio.**

Existen diferencias en los métodos empleados por las personas que mueren y por las que sobreviven. Los métodos de suicidio pueden dividirse en dos grupos:

- a) Aquellos que ocasionan la muerte en forma rápida.
- b) Aquellos en que la muerte se alcanza en forma gradual.

Los primeros incluyen la muerte por proyectil de arma de fuego, el ahorcamiento, saltar desde gran altura, etc. se identifican casi exclusivamente con los suicidios consumados, mientras que el cortarse las venas de las muñecas o de la garganta, se identifican casi por completo con intentos de suicidio, pero hay excepciones: el envenenamiento por monóxido de carbono, aunque no es de efectos inmediatos, constituye entre los varones, la tercera causa de muerte por suicidio, después del disparo de arma de fuego y del ahorcamiento. Otra segunda excepción son los barbitúricos que desempeñan un papel importante tanto en los intentos de suicidio como en los suicidios consumados. Es, en mucho, el método preferido por las mujeres (Shneidman y Farberow, 1969).

Existen marcadas diferencias en el método de atentar contra la vida según el sexo: los hombres emplean arma de fuego en el 41% de los casos mientras que las mujeres solo las emplean en el 18% de los casos. Las mujeres utilizan los barbitúricos para matarse en el 46% de los casos, mientras que los hombres los emplean con ese fin en el 13% de los casos (Shneidman y Farberow, 1969).

Entre los intentos de suicidio, los hombres utilizan el cortarse las venas (26 contra 15%) y el darse un tiro (5 contra 1%) con más frecuencia que las mujeres. Las mujeres usan los barbitúricos con más frecuencia que los hombres (59 contra 34%) (Shneidman y Farberow, 1969).

Por otro lado, Moron (1987) en un estudio de aproximadamente 20.000 tentativas de suicidio encontró lo siguiente: en las tres cuartas partes de los casos fueron utilizados medicamentos, mucho más frecuentemente entre mujeres: 82% de los casos. Esta cifra se eleva al 92% para sujetos menores de 21 años, en proporción más o menos similar para ambos sexos.

De acuerdo con Davidson (1989), los métodos utilizados por los adolescentes que se suicidan, según el Estudio de Ontario (Enero de 1970 a Agosto de 1978), 1554 casos, y cuyos hallazgos fueron repetidos también en los Estados Unidos, son de mayor a menor frecuencia:

1. Pistola (40%)
2. Ahorcamiento (20%)
3. Drogas (18%)
4. Inhalación de monóxido de carbono (7%)
5. Lanzados de un lugar alto (7%)
6. Lanzados de un vehículo en movimiento (4%)
7. Ahogado (2%)

Y los métodos de elección de intentos suicidas obtenidos en el mismo estudio fueron:

1. Sobredosis de drogas (88%)
2. Laceración (8%)
3. Ahorcamiento (2%)
4. Lanzamiento (1.5%)

Así, vemos que la sobredosis de drogas es por mucho, el método de elección más común de intento suicida entre los niños y adolescentes. Del 88% encontrado, 37% correspondió a analgésicos de uso casero: benzodiazepinas en 24%, barbitúricos 19%, fenotiacinas, solventes, inhalantes y drogas callejeras, 5% (Davidson, 1989).

Podría concluirse entonces que los resultados encontrados por estos tres estudios (Shneidman y Farberow, 1969; Moron, 1987; Davidson, 1989) son coincidentes: en los



intentos de suicidio en adolescentes. el método más empleado es el uso de sustancias o medicamentos.

### **2.2.3. Tasas de Suicidio e Intentos de Suicidio.**

Las tasas de suicidio varían según los diferentes grupos nacionales. de acuerdo a los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).Y una de las cosas más importantes en este rubro es que las estadísticas sobre suicidios no reflejan la realidad, y la de los intentos de suicidio menos; es decir, muy probablemente las estadísticas sobre suicidios e intentos de suicidio están reducidas debido a la fuerte presión social contra la extensión de certificados de muerte cuya causa sea el suicidio, en casi todas partes del mundo, según Farberow y Shneidman (1969).

Por otro lado, Davidson (1989) sostiene que en la literatura sobre el suicidio en niños y adolescentes resulta claro que el actual número de suicidios es significativamente más alto de lo que indican las estadísticas. y que según los investigadores, existen para ello varias razones:

- 1) Hasta el 50% de suicidios cometidos por niños pueden haber sido disfrazados como accidentes.
- 2) Los suicidios entre preescolares probablemente siguen sin ser reconocidos dada la incredulidad de los padres y médicos.
- 3) Por su deseo de no estigmatizar a la familia de la víctima del suicidio, algunos médicos se rehusan a registrar la muerte de un niño debida al suicidio aún cuando se encuentre una nota de éste por escrito.

Pero esto podría ser bastante cuestionado, pues como Moron (1987) lo indica, los gestos suicidas precoces son excepcionales, en vista de la concepción tan confusa que tiene el niño sobre la muerte, ya que el niño vive el momento presente, y la muerte para él, es simplemente una mera negación. Habría que preguntarse a qué edad el niño está plenamente consciente de un acto de auto-daño, como es un intento de suicidio, y cuya intención sea realmente acabar con su vida.

Por otro lado, y siguiendo con la cuestión sobre las tasas de suicidio, Stengel (1965) piensa que las clases sociales altas están menos representadas en los grupos de intentos suicidas y sobrerrepresentadas en los suicidas. pues sostiene que si un intento de suicidio ocurre en una familia de clase media o alta, se hace todo lo posible por mantenerlo en secreto, tanto por los pacientes como por los familiares, pues lo consideran como algo avergonzante, además de existir una fuerte oposición para la internación de hospitales, y según él, estas actitudes están menos marcadas en las familias de clases trabajadoras, lo cual es corroborado por Shneidman y Farberow (1969), quienes también sostienen que las dificultades para obtener datos fidedignos sobre los intentos de suicidio probablemente se deben en gran parte, a que las personas que no mueren tratan de ocultar su intento o éste es ocultado por la gente que las rodea, lo cual también es confirmado por Moron (1987). Por lo tanto, los datos sobre intentos de suicidio son mucho más escasos, mientras que las estadísticas sobre intentos consumados son relativamente fáciles de obtener, aunque algunas veces resulten engañosas.

Así, Shneidman y Farberow (1969) consideran que sería un error metodológico fundamental suponer simplemente que las características de la población que comete suicidio son las mismas que las de la población que intenta suicidarse. Pero Stengel (1965) dice que cualesquiera que sean los defectos de las estadísticas de suicidio, al menos permanecen relativamente constantes en una comunidad, no así las de los intentos de suicidio.

En el municipio de Los Angeles, California, Estados Unidos se llevó a cabo un estudio sobre personas que intentaron suicidarse y de personas que se suicidaron, en el año de 1957, y son de los pocos estudios que existen que abarcan los intentos de suicidio, los autores son Shneidman y Farberow (1969).

En este estudio se encontró que en ese año 768 personas se suicidaron y 5,906 intentaron suicidarse. La relación entre intentos de suicidio y suicidio consumado fue de 7.69 a 1 (5,906 a 768) o sea, *aproximadamente 8:1, una cifra realmente alarmante en cuanto a*

intentos de suicidio en relación al suicidio consumado, ya que el consenso general de suicidios e intentos de suicidio es de 6:1.

Como dato interesante, 11 de los 768 suicidios cometidos (1 %) correspondió a jóvenes menores de 19 años, siendo el más joven un niño de 11 años. Sin embargo, entre los intentos de suicidio, hasta un 8 % correspondió a menores de 20 años y entre éstos, cerca del 1 % correspondió a menores de quince.

De acuerdo a Davidson (1989) quien ha investigado el suicidio entre los Canadienses, la tasa de suicidios se ha incrementado en casi un 100 % en los veinte años comprendidos entre 1961 y 1981. Durante este mismo período, para ambos sexos, ha habido aproximadamente un 5.5 - doble incremento en la tasa de suicidio entre los 15 y 19 años de edad. En 1981, en el grupo de 15 a 19 años la proporción hombre : mujer de suicidios fue de 5.5 : 1. Por lo tanto, se observa un incremento significativo en la tasa de suicidio en Canadá en ese período (1969-1981) y este incremento es particularmente notorio en el rango de 15 a 24 años de edad.

El suicidio es la segunda causa de muerte tanto en los adolescentes y adultos jóvenes en Estados Unidos como en los niños Canadienses entre los 10 y 19 años, siendo los accidentes la primera causa común de muerte en este rango de edad, y la tercera por homicidio, tanto en Estados Unidos como en Canadá (Davidson, 1989; Fishman, 1995).

Es interesante mencionar que el sexo difiere entre los suicidios y los intentos de suicidio: más hombres que mujeres se suicidan, pero más mujeres que hombres intentan el suicidio, por lo que entonces los intentos de suicidio son más comunes en las mujeres (Stengel, 1965; Moron, 1987; Davidson, 1989). En cambio, en los adolescentes, la proporción es variable, mujer : varón en el rango de 2 a 4 : 1 (Davidson, 1989).

En este mismo sentido, y más recientemente, la investigación de González-Forteza (1992), confirma también que la diferencia de género determina la diferencia de factores de riesgo para los intentos suicidas en adolescentes hombres y mujeres: los hombres que

piensan en suicidarse se sienten estresados por la violencia dentro del hogar y por los castigos físicos de los padres. en cambio las mujeres adolescentes con ideas suicidas son las que tienden a sentirse en desventaja respecto a sus amigas. cuyos padres no se interesan en sus contactos sociales. cuyas madres no establecen lazos adecuados para comunicar sus experiencias e inquietudes. quienes gustan de hacer cosas impulsivamente, entre otras cosas.

Específicamente en nuestro País, México. la tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años pasó de 1.49 a 2.83; entre 1970 y 1990 ha habido un aumento del 90 %. Además, en el grupo de 15 a 24 años el suicidio fue la cuarta causa de muerte en 1990 (586 muertes) precedida por los homicidios (3,722 muertes), accidentes de vehículo automotor (3,142 muertes) y por ahogamiento (1,110 muertes). (González. Borges, Gómez, Jiménez, 1996).

Y según estudios realizados sobre las conductas suicidas en las escuelas, se encontró que la conducta suicida es infrecuente en niños escolares (12 %) pero aumenta progresivamente: en estudiantes de secundaria (35 %). preparatoria (65 %). y universidad (50-65 %). (Garrison. 1989 en González y Cols.. 1996).

#### **2.2.4. Valoración del Potencial de Autodestrucción.**

Uno podría pensar que los suicidios o tentativas de suicidio tienen el único propósito de autodestruirse. pero si se consideran y analizan las consecuencias que se generan de estos actos, se podrían encontrar cosas interesantes. Según Stengel (1965) puede que existan dos propósitos en estos actos: una tendencia podría ser el impulso de autodañarse y posiblemente autodestruirse, y la otra. el impulso de hacer que otras personas manifiesten interés. amor y actúen en consecuencia. ya que cuando se ha cometido un acto de esta naturaleza. por lo general el interés de las personas alrededor se centra en el actuante, y la situación de éste cambia, aunque sea temporalmente. y a veces hasta permanentemente, en otras palabras: el medio circundante reacciona.

En este sentido, Farberow y Shneidman (1969) sostienen que el grupo de mujeres jóvenes (entre 15 y 35 años), proporciona el número más grande de intentos de suicidio y por tanto, el número menor de suicidios consumados, y sobresale la meta de influir sobre la conducta de otra persona, teniendo poca o ninguna intención de morir; y otros factores que contribuyen a disminuir la inminencia de peligro en los casos femeninos, es su preferencia por métodos menos violentos de autodestrucción (píldoras mejor que pistolas) y su mayor deseo de comunicarse (pedir ayuda).

Esto concuerda con lo planteado por Stengel (1965) quien comenta que la mayoría de los intentos suicidas se producen en un escenario que hace posible y probable o hasta inevitable, la intervención de otros. Inclusive se aventura a decir que la gente que intenta suicidarse tiende a permanecer cerca de otros, para así posibilitar su rescate, dice que en muy escasos intentos se tomaron precauciones contra esa posibilidad. Esto lo dedujo de un estudio comparativo entre dos grupos: un grupo compuesto por 66 hombres y 101 mujeres que intentaron suicidarse y otro grupo conformado por 73 hombres y 44 mujeres que se suicidaron.

Además, de acuerdo con Berman y Jobes (1991), el cuándo, donde y cómo de los suicidios en adolescentes, dice mucho sobre la motivación e intención inherente a la conducta suicida, ya que no es lo mismo una adolescente que ingiere un puñado de aspirinas por ejemplo, frente a su madre o a su novio, a un hombre joven que sale a hurtadillas de su casa por la noche, camina hacia un parque lleno de árboles, y se dispara en la cabeza. Estos ejemplos tienen diferentes niveles de motivación conductual, diferente nivel de intención suicida y diferente nivel de letalidad del método empleado. El típico intento juvenil de acuerdo a estos mismos autores es la mujer joven que ingiere drogas en el hogar enfrente de otros (empleando una conducta de baja letalidad).

Sin embargo, cualquier intento hecho con cualquier nivel de letalidad, incrementa significativamente el riesgo de futuros y más serios intentos y cumplimiento del acto, y en esto coinciden la mayoría de los autores consultados (Stengel, 1965; Farberow y Shneidman, 1969; Moron 1987; Davidson, 1989; Berman y Jobes 1991). En palabras de

Stengel (1965): *“Las personas que han intentado suicidarse presentan un grupo altamente vulnerable, con un excesivo riesgo de suicidio”* (pág. 113).

Por lo tanto, es de suma importancia tomar las medidas convenientes para evitar que la persona repita el acto suicida con algún desenlace fatal, es decir ningún intento suicida debe subestimarse. Y específicamente en los adolescentes, se ha demostrado que la repetición de los intentos varía entre 8 % y 60 % (Davidson, 1989).

### **2.2.5. Factores de Alto Riesgo en la Conducta Suicida en Adolescentes.**

Para abordar el estudio del suicidio juvenil puede decirse que existen dos amplias perspectivas desde las que se ha estudiado: Una es el “modelo médico-psiquiátrico” que incluye como causales factores físicos y psicológicos; en este modelo se contempla al suicidio como un trastorno mental o padecimiento físico-orgánico heredado. La otra es el modelo “estadístico-social”, que pone especial acento en las influencias ambientales como las responsables de estados físicos y mentales.

Antes de pasar a la revisión de los factores de alto riesgo, es conveniente resaltar lo que dice Moron (1987) acerca de los intentos de suicidio: este autor cree que existen lo que él llama “factores desencadenantes” de los intentos, que pueden ser uno o varios hechos objetivos, un acontecimiento reciente, un motivo de preocupación o tristeza, pero que éstos solo desencadenan o precipitan el acto, porque en realidad motivaciones más profundas y menos circunstanciales ya existen de antemano en el suicida. En este mismo sentido, González-Forteza y Cols. (1996), en su artículo mencionan como factores precipitantes los siguientes: Experiencias humillantes, el fracaso escolar o laboral, conflictos con la pareja o con los padres, la humillación por conflictos en las preferencias sexuales, discusiones con la pareja en el noviazgo, con los padres, problemas escolares, y muy importantemente: el abuso físico o sexual en el caso de las mujeres.

En otra perspectiva, Davidson (1989) nos ofrece un cuadro que resume los factores de alto riesgo en el suicidio juvenil:

---

Factores de Alto Riesgo: A) Factores No Específicos

1) El efecto de la imitación

B) Factores Específicos

- 1) Síntomas médico-psiquiátricos pasados y presentes (incluyendo el abuso de drogas y alcohol)
- 2) Comportamiento suicida previo
- 3) Padecimientos psiquiátricos de la historia familiar
- 4) Factores de la dinámica familiar
  - a) Desacuerdo o rompimiento familiar
  - b) Empleo de los padres
  - c) Maltrato del menor
- 5) Rendimiento Escolar

---

Fuente: Davidson, (1989) -Suicidio- en "Agonía, Muerte y Duelo", Sherr, L. (Comp.) México: El Manual Moderno.

Por otro lado, la depresión parece ser un elemento común encontrado en los intentos de suicidio en los adolescentes, aunque según Carlson, 1981 (en Fishman, 1995), la depresión por sí misma no es suficiente para cometer el acto, ya sea que se manifieste abiertamente o de manera encubierta. Y una investigación que apoya esta hipótesis es la realizada recientemente por Lozano (1996), quien encontró que el enojo está claramente relacionado con los intentos suicidas, y no solamente factores como el abuso de drogas o alcohol, los desórdenes alimenticios, afectivos, los problemas emocionales, la desesperanza, la soledad y la depresión. Continuaremos revisando los factores que podrían ser riesgosos en los suicidios juveniles:

### **2.2.5.1. Trastornos Psiquiátricos.**

Los trastornos de este tipo son indicadores de riesgo suicida, pero inversamente para Moron (1987). la tentativa de suicidio es una manifestación de que existe un problema psiquiátrico.

La incidencia de trastornos psiquiátricos presentada en quienes contemplan suicidarse en Estados Unidos, varía entre un 50 y un 90 por ciento (Adam, 1983 en Davidson, 1989). Y en la literatura e investigación existe un consenso acerca de que la depresión está

estrechamente vinculada con el comportamiento suicida. como se comentó en párrafos anteriores. sea ésta manifiesta o encubierta por conducta hiperactiva o delictiva.

Entre los trastornos psiquiátricos específicos que se han encontrado entre quienes se suicidan están la neurosis, el alcoholismo, los trastornos afectivos y de personalidad, esquizofrenia y trastornos de adaptación. También hay estrecha vinculación entre el abuso de drogas, el alcoholismo y el suicidio (Turgay, 1985 en Davidson, 1989).

### **2.2.5.2 Comportamiento Suicida Previo.**

Casi todos los autores coinciden en que un intento de suicidio es un predictor de nuevos intentos o del suicidio consumado.

Según Davidson (1989) entre el 8 y el 60 por ciento de los pacientes que han tenido un intento suicida tienen otros intentos. González-Forteza y Cols. (1996), sostienen que más del 40 % de los que intentan suicidarse, ya lo han intentado en varias ocasiones y entre un 10 y un 40 por ciento lo logran. Estos mismos autores proponen una secuencia de la conducta suicida: 1º ideación suicida, 2º amenazas suicidas, 3º intentos de suicidio, 4º suicidio consumado, pero como se discutió anteriormente, hay diferencias entre quienes se suicidan y entre quienes lo intentan, por lo tanto, no necesariamente se llevan a cabo los cuatro pasos de la secuencia propuesta, quizás de uno o varios intentos se pase a un suicidio consumado, o de la ideación suicida no se llegue más allá; o las amenazas puedan no tener otro objetivo mas que el de llamar la atención de la gente cercana. Lo importante aquí es que cualquiera que sea el caso, cualquiera que sea el grado, paso o frecuencia de la conducta suicida, toda persona que muestre este comportamiento debe ser tomada en serio y evaluada por profesionales de la salud adecuados.

### **2.2.5.3. Factores Psicosociales.**

Entre los factores psicosociales de riesgo para el comportamiento suicida tenemos el abuso de drogas y alcohol, la influencia de medios masivos de comunicación, antecedentes familiares de suicidio, e inestabilidad social entre otros (González-Forteza y Cols. 1996).



Existen estudios en los que se ha relacionado también a los intentos de suicidio con la violencia sexual, por ejemplo Ottino (1995).

Por otro lado, hay un estudio reciente (Chagnon, 1996) en el que se demuestra la estrecha relación que hay entre el estrés y la habilidad para resolver problemas en los adolescentes suicidas.

#### **2.2.5.4. Factores de la Dinámica Familiar.**

De acuerdo a las investigaciones existentes referentes al suicidio en los adolescentes, existe poca duda respecto a que los problemas en la familia constituyen uno de los factores de riesgo más importantes. De hecho puede decirse, en base a lo encontrado por Shaffer, 1974 (en Davidson, 1989) que la falta de redes familiares de apoyo está considerada como uno de los factores causales del comportamiento suicida en la juventud. Así mismo, Morano, Cisler y Lemerond (1993) también apoyan esta idea. ya que aseguran que la falta o ausencia de apoyo familiar es uno de los mejores predictores de los intentos de suicidio en los adolescentes, por lo tanto, este es otro factor que debería ser agregado a la lista de los factores predictores de conducta suicida en los adolescentes.

Además, existen otros diversos estudios que han abordado los problemas familiares como factores de alto riesgo en la conducta suicida en adolescentes; y estas investigaciones se han hecho desde distintas perspectivas: Por ejemplo, la relación entre una familia nuclear desorganizada y los intentos de suicidio en los adolescentes (Williams y Lyons, 1976 en Fishman, 1995), este estudio se corrobora con el de Petzel y Riddle. 1981 (en Fishman, 1995) ya que constatan que los jóvenes suicidas experimentan una mayor desorganización familiar que los no suicidas, y que además la persistencia de la conducta suicida en los adolescentes puede estar asociada por una incapacidad para mantener relaciones familiares adecuadas.

Por otro lado, hay estudios que demuestran una correlación entre la historia familiar de padecimientos psiquiátricos y el comportamiento suicida, especialmente en parientes de

primero y segundo grado (Carlson y Cantwell, 1979 en Davidson, 1989). Incluso, se ha demostrado también la correlación entre el comportamiento suicida parental y el comportamiento suicida de los hijos (Pleffer, Zuckerman, Plutchik, Mizruchi, 1984 en Davidson, 1989).

Otros autores como Sabbath, 1969, 1971 (en Fishman, 1995) han encontrado que los adolescentes que han intentado suicidarse, tienden a percibir los conflictos con su familia como prolongados y extremos; estos adolescentes han manifestado que sus hogares están dominados por peleas frecuentes, malestar y desorganización emocional, además de existir resentimiento hacia los padres y/o padrastros, acompañados de creciente incomunicación.

Así, se puede ver que la familia juega un papel muy importante con respecto al intento de suicidio en adolescentes, y puede decirse entonces que factores tales como la pérdida de alguno de los padres, los conflictos familiares, problemas emocionales o de salud en los padres o en algún miembro de la familia, actitudes negativas en las relaciones padre-hijo o en la relación marital, la disolución de ésta, etc. son todos factores claves que coadyuvan a las tendencias suicidas en los adolescentes.

De acuerdo con Fishman (1995), si existe falta de coherencia dentro del contexto familiar, se puede producir cierta contradicción y desesperación incontrolables, que son características del adolescente deprimido en transición de suicidio.

Este mismo autor sugiere que aún en los casos en que los problemas principales del adolescente se encuentren en el contexto más amplio, la familia refleja, y a menudo exagera las presiones externas que sufre el joven, pues afirma que una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas por parte del adolescente, haciendo que las perciba como más catastróficas de lo que en realidad son.

La familia es el núcleo esencial para amortiguar las presiones de los pares, del colegio y de la sociedad, en fin, para aliviar el sufrimiento y para mantener el sentido del sí mismo y

del propio bienestar, por lo que el contexto que brinde la familia, debe ser lo más favorable y coherente posible (Hurlock, 1987; Fishman, 1995).

Resumiendo, es importante recalcar que es de suma importancia considerar el funcionamiento o la dinámica familiar en la evaluación y tratamiento de adolescentes con conducta suicida, como lo recomiendan además Adams, Overholser y Lehnert (1994) en un estudio que llevaron a cabo con 134 adolescentes cuyas edades fluctuaban entre 13 y 18 años.

En conclusión, son varios los factores de riesgo que contribuyen a la conducta suicida en niños y adolescentes: historia y dinámica familiar, forma individual de enfrentar la vida, factores de tensión social, historia médico-psiquiátrica y eventos precipitantes. A mayor número de factores de alto riesgo, mayor será el riesgo que presentará un adolescente para suicidarse.

### **2.3. Tratamiento de Adolescentes con Comportamiento Suicida.**

La actitud ante un intento de suicidio implica una intervención inmediata, en conjunto con una psicoterapia urgente, y la posibilidad de una hospitalización. El momento de la intervención en crisis puede ser cuando el intento de suicidio acaba de suceder, quizás al momento del lavado de estómago, o bien en el momento en el que el suicida en un último (o penúltimo) impulso, avisa que acaba de tragarse algún producto tóxico.

En la actualidad, hay poca duda respecto a que las tentativas de suicidio expresan en forma velada peticiones de ayuda que si no son atendidas, aumenta el riesgo de que el comportamiento suicida tenga un fatal desenlace (Farberow y Shneidman, 1969; Peña, 1986; Berman y Jobes, 1991).

Lo realmente importante en los intentos de suicidio es saber que el riesgo fatal está en su clímax, y la reincidencia sigue latente, por lo que casi siempre es necesaria la hospitalización, la cual puede ser corta o prolongada, dependiendo del caso, pues el

problema no solo es psicológico o psiconeurótico como ya se mencionó anteriormente, sino es un problema familiar y social (Moron, 1987).

Ningún intento o amenaza de suicidio debe contemplarse como algo trivial, todos y cada uno de los intentos suicidas deben considerarse con mucha seriedad y preocupación, sin importar la letalidad del intento o el nivel de toxicidad o la gravedad de la herida provocada por el que intenta suicidarse.

El Dr. Simón Davidson (1989) sugiere algunos principios generales para el manejo de los intentos suicidas:

1. Proteger la vida (tomando medidas médicas y quirúrgicas).
2. Establecer una alianza terapéutica con el paciente y sus familiares. Para esto, los elementos esenciales son: empatía, aceptación sin juicios y estar preparado para escuchar.
3. Hospitalizar cuando sea necesario (inclusive la admisión involuntaria puede ser requerida).
4. Cuando la hospitalización no es necesaria:
  - a) Planear la resolución de la crisis.
  - b) Brindar o disponer apoyo psicológico y ambiental.
  - c) Establecer un servicio telefónico de urgencia en caso de que ocurra una nueva crisis.
  - d) Hacer las gestiones necesarias para un seguimiento o una remisión.

Se puede decir que cuando sucede el caso de un intento de suicidio, por lo regular el paciente llega a un hospital general cercano, al cual es seguramente llevado por familiares y amigos; ahí el médico general es el que decide si es necesaria una consulta psiquiátrica, pues ha habido casos en los que el comportamiento suicida no es juzgado como una amenaza para la vida y los pacientes son retirados del servicio de urgencias sin ningún seguimiento como lo demostró Syer-Solursh (1987) (en Davidson, 1989).

Si es canalizado al servicio de urgencias psiquiátricas, generalmente se encontrará un equipo médico-psicosocial integrado por una enfermera, trabajadora social, psiquiatra y psicólogo, los cuales son considerados como la unidad de trabajo ideal del servicio psiquiátrico de urgencia, pues estos profesionistas complementan sus conocimientos profesionales, talento y habilidades (Voineskos, 1975 en Davidson, 1989).

Cuando se hace la evaluación psiquiátrica, es necesario explorar el estado mental y las circunstancias sociales del individuo, obviamente, es necesario entrevistar a los miembros de la familia y a las otras persona significativas, pues hay que recordar que la vergüenza y la desaprobación social con frecuencia conducen a la minimización o incluso la negación del acto suicida; cuando se trata de adolescentes, lo más probable es que los padres manifiesten sentimientos de culpabilidad, pero cuando se encuentran en crisis, todos los familiares pueden aportar información valiosa para considerar el riesgo suicida.

Aún cuando se decida que la hospitalización no es necesaria, debe de hacerse un seguimiento en la consulta externa para llevar a cabo una valoración y tratamiento de la conducta suicida, principalmente para su futura prevención, lo mismo para los pacientes que son internados temporalmente y luego dados de alta, también en estos casos e necesario el seguimiento y/o tratamiento en la consulta externa.

Como puede verse, le conducta suicida representa un serio reto para todos los profesionales de la salud mental, y especialmente para aquellos que se dedican específicamente a este campo.

Sin duda alguna, un adolescente identificado con riesgo suicida es un adolescente que requiere ayuda urgente. Pero desde otra perspectiva, podrían encontrarse adolescentes que se muestren renuentes a recibir ayuda, sobre todo si la ayuda viene de los profesionales de la salud mental, quienes muchas veces son considerados como “último recurso” (Aaronson, Underwood, Graffney y Rotheram-Borus 1989, en Berman y Jobes, 1991), y esto sencillamente porque los terapeutas pertenecen al mundo de los adultos, mundo contra el que el joven ha estado luchando para ganar autonomía, así que entonces consideran que ellos “no pueden entender sus problemas”.

Otras veces, son los padres de los adolescentes quienes se resisten a llevarlos a tratamiento, y Rinsley 1980 (en Berman y Jobes, 1991) menciona entre otras, las siguientes razones:

- a) Miedo de los padres a ser expuestos como que fallaron, como malos padres o "enfermos".
- b) Miedo de alguna represalia o castigo, incluyendo el que separen a los hijos de sus padres, por no considerarlos aptos o en condiciones de tener la custodia.
- c) La necesidad de mantener el control, reteniendo al chico enredado o triangulado (es decir, mantenerlo como el "paciente identificado").

Berman y Jobes (1991) indican que una de las principales tareas de los terapeutas es establecer una buena relación de trabajo desde un principio con el adolescente y su familia, pero principalmente con el primero. Otra tarea fundamental para la terapia es ayudar a que la familia del adolescente interprete la conducta de éste como un evento familiar, y cuando el adolescente es mayor o cuando la patología familiar es significativa, ayudarlo entonces a ganar autonomía de su familia, y uno de los caminos es ofrecer al adolescente terapia individual además de, o si fuera necesario, en lugar de terapia familiar. Esta postura contrasta con la de Fishman (1995) quien sostiene que el tratamiento idóneo para el adolescente suicida es la Terapia Familiar, pero más adelante se hará una revisión más detallada de estos aspectos.

### **2.3.1. El Plan de Tratamiento.**

En cuanto al establecimiento del plan de tratamiento para los adolescentes suicidas, según Berman y Jobes (1991) realmente no existen guías de modelos de tratamiento efectivos basados en la investigación, por lo que los clínicos deben decidir por sí mismos un plan de tratamiento lógico basado tanto en la teoría de intervención como en el conocimiento cabal del adolescente suicida, en ambos rubros, genérico y específico del caso presentado.

Existen estudios que demuestran que la mayoría de los terapeutas proveen a sus clientes de un tipo de terapia que es independiente del diagnóstico y más aún, lo más probable es

que los pacientes obtengan el tipo y formato de psicoterapia en la que el terapeuta sea más experimentado, entrenado o dedicado, como lo sostiene Beutler. (1989). Además, según Beutler y Mitchel (1981), parece que mucha de la variación o cambio de los tratamientos es atribuible más a la compatibilidad entre el cliente y el terapeuta y no a la técnica.

Sea lo que sea, lo que sí es claro es que en estos casos es necesario un plan terapéutico, que provea principalmente la prevención, tanto a corto, como a largo plazo del suicidio.

### **2.3.2. Modalidades de Tratamiento.**

Podrían agruparse en cuatro apartados principales las modalidades de tratamiento más usuales para el problema de los adolescentes con conducta suicida:

1. Psicoterapia de grupo
2. Psicoterapia Individual
3. Farmacoterapia
4. Terapia Familiar

Según Berman y Jobes (1991), la psicoterapia individual es el mejor soporte para los adolescentes suicidas, pero Fishman (1995), dice que es "absurdo" tratar a un adolescente al margen de su contexto social, y para él, la intervención terapéutica más eficaz para este tipo de problemas es la terapia familiar. Respecto a esto, nuevamente Berman y Jobes (1991) comentan que la terapia familiar puede ser considerada el tratamiento de elección, pero sobre todo cuando el conflicto o patología familiar es central para que el adolescente continúe con su conducta suicida, o cuando el enredo familiar está impidiendo la autonomía del adolescente.

#### **2.3.2.1. Psicoterapia de grupo.**

Son pocos los reportes existentes en la literatura acerca de esta modalidad de tratamiento para el problema del suicidio en adolescentes, en el que todos los participantes del grupo en

tratamiento presenten este riesgo. es decir que el grupo sea homogéneo en cuanto a diagnóstico.

Existe una experiencia acerca de este tipo de tratamiento reportada por Ross y Moto (1994) (en Berman y Jobes, 1991) ellos informan que trabajaron con un grupo externo de 8 adolescentes de alto riesgo de ambos sexos. seis de los cuales ya habían intentado suicidarse anteriormente, y que los temas principales que emergieron a lo largo de las sesiones fueron aquellos relativos a las relaciones familiares, relaciones con los pares y al potencial de posibilidad de controlar afecto o impulsos abrumadores; gracias al apoyo del grupo y a la amistad que se generó. los integrantes aprendieron estrategias alternativas para el estrés y el manejo del afecto, mejorando tanto su autocontrol como su autoestima, pero los autores sugieren el uso de psicoterapia de grupo como una modalidad suplementaria donde la terapia familiar no sea factible.

#### **2.3.2.2. Psicoterapia Individual.**

La modalidad de tratamiento de entrada para trabajar con el adolescente suicida es aquella de psicoterapia individual en una base externa, y la duración del tratamiento dependerá de la severidad de la patología y de la respuesta del paciente a las intervenciones terapéuticas (Berman y Jobes, 1991).

Si bien es cierto que es importante tomar en cuenta el contexto familiar-social del adolescente, hay estudios que demuestran que las habilidades individuales para por ejemplo enfrentarse a los problemas, son factores importantes que pueden relacionarse con la conducta suicida, como lo reporta Chagnon (1996). quien sostiene que existe una estrecha relación entre el estrés y la habilidad para resolver problemas en los adolescentes suicidas. Este autor describe una técnica de intervención de solución del problema (terapia enfocada a soluciones).

Por otro lado. Berman y Jobes (1994) en su artículo discuten la doble tarea que tiene el terapeuta al enfrentarse con el adolescente suicida: La intervención en crisis y la



psicoterapia a largo plazo. Según su experiencia, la psicoterapia individual es considerada como el mejor plan de tratamiento para estos adolescentes y las intervenciones cognitivo-conductuales enfocadas a aumentar habilidades instrumentales han sido estimadas como especialmente efectivas.

Continuando en este mismo sentido, hay autores que consideran que la psicoterapia individual ayuda a la resolución de la agresividad, de imágenes introyectadas, cuestiones sobre control omnipotente, y déficits en habilidades interpersonales, por ejemplo (Krenberg, 1994).

### **2.3.2.3. Farmacoterapia.**

Hasta el día de hoy, no existe una píldora que sea considerada como “antisuicidio”, pero en muchos casos se hace necesario considerar el tratamiento a base de fármacos, principalmente cuando el problema de suicidio se encuentra asociado por ejemplo a una depresión severa, en cuyo caso se utilizan los antidepresivos (comúnmente la imipramina o amitriptilina), de manera que al reducir los síntomas depresivos se pueda tener una mejor accesibilidad hacia otras formas de tratamiento, que son modos de intervención verbales.

También, es necesario señalar que por razones obvias, una vez que son prescritos los medicamentos, es necesario y esencial un monitoreo sobre su administración, lo mismo que sobre el acceso que el adolescente pueda tener a éstos. Es necesario que otra persona confiable y allegada al adolescente sea quien administre los medicamentos (Berman y Jobs, 1991).

El tratamiento farmacológico por sí mismo no es suficiente para resolver los problemas relacionado con el comportamiento suicida, por lo que este tratamiento debe ser administrado en combinación con otras modalidades de intervención, por ejemplo Hodgman (1990) enfatiza la importancia de combinar y equilibrar el tratamiento médico con intervención de consultoría en adolescentes suicidas deprimidos.

#### 2.3.2.4. Terapia Familiar.

Existe un buen número de investigaciones que apoyan la idea de que la familia juega un papel muy importante en la determinación del comportamiento suicida en los adolescentes, como se ha estado observando a lo largo de esta revisión, la familia forma parte del contexto social de los adolescentes, y dejarla fuera tanto en la evaluación como en el tratamiento de este problema, sería bastante desatinado.

Uno de los principales autores muy convencidos de que el tratamiento de terapia familiar para los adolescentes suicidas es lo mejor, es Fishman (1995), él mismo en su libro sobre el tratamiento de adolescentes con problemas, menciona a varios autores que han hecho investigaciones que apoyan su opinión, como Bruch (1973), el cual encontró que la terapia familiar comparada con el psicoanálisis o terapia individual, es un procedimiento breve que lleva a una mejoría más rápida de la sintomatología. También cita un estudio de Goldenberg y Goldenberg (1985), quienes encontraron que la terapia familiar tiene una eficacia igual o superior, comparada con otras formas de tratamiento.

Se podrían describir algunas razones específicas sobre el porqué la terapia familiar ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de adolescentes suicidas (Berman y Jobes, 1991; Fishman, 1995):

1° Conduce generalmente a una rápida mejoría de los problemas, empleando menos tiempo en el tratamiento, si se compara con los enfoques psicodinámicos por ejemplo.

2° Se incluyen en la terapia a todas las personas significativas en la vida del adolescente, de esta forma, no solo cambia el individuo, sino todo el sistema familiar, y de esta forma, la posibilidad de mantener las conductas nuevas y más productivas, es mayor.

3° Se respeta a todos los miembros de la familia, ya que se incluyen en el tratamiento es decir, no se ve a la familia como un estorbo externo para el logro de la terapia o como un mal necesario, sino al contrario, se le considera como un recurso para facilitar la recuperación.

4º Por último, es más económica, pues es más breve y no se les cobra individualmente a cada miembro de la familia, y además el índice de reincidencia es mucho menor.

Entre otros estudios que apoyan esta perspectiva familiar, se tiene uno de Adams, Overholser y Lenhert (1994), ellos examinaron cómo la conducta suicida en adolescentes está muy relacionada con las percepciones de éstos sobre el funcionamiento familiar y las relaciones con sus padres, por lo que sostienen que el funcionamiento familiar debe de tomarse en consideración tanto en la evaluación como en el tratamiento de adolescentes con conducta suicida. También Morano, Cisler y Lemerond (1993) reportan que los mejores predictores de los intentos de suicidio en adolescentes fueron la falta o el poco apoyo familiar que tenían los 40 adolescentes que ellos estudiaron.

Por otro lado, la eficacia del tratamiento familiar con niños y adolescentes suicidas también ha sido reportada por Vaz-Leca (1989) quien describe la aplicación de una “metaterapia” desarrollada por Mara Selvini Palazzoli y Guiliana Prata en 1988, para el tratamiento de conducta suicida. Esta modalidad de intervención consiste de dos fases:

1. Evaluación del caso, con la participación de todo el grupo familiar.
2. Tratamiento propiamente dicho del caso, con la participación exclusiva y colaboración activa de la pareja parental.

Esta metaterapia enfatiza la delimitación de fronteras y la recuperación de la capacidad ejecutiva parental. Como puede verse, se trata de una modalidad de intervención sistémica desarrollada por la Escuela de Milán.

En esta misma línea, Gutstein y Rudd (1990), demostraron la seguridad y efectividad de un programa de tratamiento externo para niños y adolescentes suicidas que recibieron intervención sistémica en crisis. Entre los resultados que obtuvieron, se encontró que el funcionamiento marital y parental mejoró durante el tratamiento y el seguimiento.

Como puede notarse nuevamente, el funcionamiento familiar, parental e incluso marital juegan un papel determinante en la vida de los adolescentes en general y del comportamiento suicida en particular, pero ¿qué pasa con aquellos casos en los que no se

puede obtener la cooperación de la familia o los padres en el tratamiento? ¿qué hacer cuando son invitados a la terapia y no asisten? Muy probablemente la psicoterapia individual podría ser una buena opción, ya sea utilizando enfoques psicodinámicos o cognitivo-conductuales, los cuales también han demostrado ser eficaces en este tipo de problemas. por ejemplo. Pliiy y Wassenaar (1997) recomiendan que el tratamiento de jóvenes con problemas de suicidio debe enfocarse tanto en la dinámica individual como en la familiar.

Por otro lado y en contraste con lo mencionado anteriormente, King, Hovey, Brand y Wilson (1997) encontraron en su investigación que el tratamiento farmacológico acompañado de terapia individual, tuvo más efectividad que el de terapia orientada familiar o maritalmente, esto debido a la severidad de la disfunción familiar y sintomatología de los miembros: nulo o escaso involucramiento afectivo en las relaciones padres-adolescentes, madres con depresión, madres con síntomas paranoides y con hostilidad, entre otras cosas.

Se puede concluir entonces que el mejor tratamiento de elección para el problema de adolescentes con intento de suicidio podría ser la terapia familiar, pero dependiendo del caso, de la cooperación familiar, de los padres, de la severidad de síntomas, etc. existen tratamientos alternativos a los cuales recurrir en conjunto con o en lugar de.

# METODOLOGIA

### 3. METODOLOGIA.

Tomando en cuenta que el suicidio en los adolescentes es un serio problema de salud pública que merece bastante atención debido a que está de por medio la vida de un joven, y que en México son pocas las instituciones de salud que ofrecen un tratamiento de terapia familiar para el suicida y su familia, surgió el interés de colaborar en el tratamiento de éstos, considerando que el acto afecta en diferentes grados a todos los integrantes la familia. Para tal propósito se pensó poner en práctica la modalidad de equipo reflexivo, pero integrado por una familia que haya vivido y superado exitosamente la experiencia de un intento de suicidio en una hija adolescente, ya que podría representar una forma de optimizar recursos y la resolución favorable del problema, además de que ambas familias podrían resultar beneficiadas, la que está atravesando la crisis, podría encontrar mas rápido la solución a su problema, y la familia colaboradora, mejoraría su sensación de bienestar. La aportación principal de esta investigación es que se estudió el efecto de la utilización de esta modalidad de tratamiento con dichas familias, algo que en México al parecer no se había hecho y representa una alternativa de tratamiento que el campo de la Terapia Familiar puede ofrecer a este tipo de problemática.

#### **3.1. Problema de Investigación:**

¿Es diferente el efecto del proceso terapéutico desde el punto de vista del usuario cuando se utiliza terapia familiar con equipo reflexivo (integrado por otra familia) y cuando se utiliza terapia familiar sin equipo reflexivo?

#### **3.2. Definición de Variables:**

##### **Variable Dependiente:**

Efecto de la utilización de terapia familiar con equipo reflexivo y sin equipo reflexivo, de acuerdo a la opinión del usuario. Se entiende por efecto la impresión causada en los integrantes de la familia en tratamiento el haber sido ayudados en su proceso terapéutico por otra familia que superó una problemática similar a la suya, valiéndose de la aportación

de reflexiones ó comentarios hechos al finalizar las sesiones de terapia, contrastado con el efecto de la utilización de terapia familiar sin equipo reflexivo. Dicho efecto se manifiesta verbalmente a través de opiniones, comentarios o juicios en respuesta a preguntas específicas de una entrevista hecha a las familias al finalizar su tratamiento, ya sea de terapia familiar con equipo reflexivo o de terapia familiar sin equipo reflexivo, según fuera el caso.

El efecto fue medido de acuerdo con los siguientes indicadores:

**1. Opinión sobre el trabajo terapéutico.**

Se refiere a los comentarios tanto positivos como negativos que hacen las familias acerca de la modalidad del trabajo terapéutico en el que participaron, ya sea en terapia familiar con equipo reflexivo, o terapia familiar sin equipo reflexivo.

**2. Lenguaje utilizado en las modalidades de tratamiento.**

Este indicador comprende el uso que se hace del lenguaje dentro del proceso terapéutico, ya que éste puede ser un lenguaje cotidiano, técnico, claro, ambiguo, agresivo, etc.

**3. Beneficios recibidos al terminar el proceso terapéutico.**

Se refiere a la utilidad o ventajas que las familias obtuvieron al recibir el tratamiento de terapia familiar ya fuera con equipo reflexivo o sin equipo; estas ventajas pueden ser el cambio en la visión de su problema, cambios en las relaciones o interacciones familiares, así como beneficios solamente personales y/o para toda la familia.

**4. Relación terapéutica.**

Es la relación empática que se establece entre el terapeuta y el cliente o entre la familia consultante y la familia reflexiva, dependiendo del caso, tomando en cuenta los sentimientos generados en dicho proceso terapéutico, los cuales pueden ser positivos o negativos.

**5. Ambiente terapéutico creado en las modalidades de tratamiento.**

Este indicador se refiere al ámbito terapéutico que se crea en las sesiones, el cual puede ser considerado como propicio, natural, adecuado o no propicio para expresar la problemática familiar.

## **6. Dificultades en el proceso terapéutico.**

Engloba los obstáculos que se presentan en el proceso terapéutico y que pueden ser atribuidos a características personales de los clientes o del terapeuta y se refieren a cosas tales como timidez, sensibilidad, dificultad para expresarse o expresarse de manera agresiva, o de la técnica en propiamente dicha, de terapia familiar.

## **7. Sugerencias.**

Comprende las reflexiones que la familia hace del proceso terapéutico desde su propia experiencia para mejorar este tipo de servicio, estas sugerencias se refieren al tiempo que se emplea en la sesión, al número de sesiones, al lenguaje, a la técnica, etc. que se utilizan en los procesos terapéuticos.

### **Variable Independiente:**

Terapia Familiar: Con Equipo Reflexivo y Sin Equipo Reflexivo.

La Terapia Familiar utilizada fue la ya establecida en el protocolo del Servicio de Terapia Breve para Familias del Hospital Psiquiátrico Infantil. Consiste en sesiones semanales y/o quincenales de una hora de duración. El enfoque utilizado en dicho servicio es básicamente una combinación de los modelos Estructural, Sistémico-Milán y Breve. Es decir, se pone énfasis principalmente en la delimitación de fronteras y jerarquías entre los subsistemas familiares (Estructural), se utilizan hipótesis, interpretaciones, rituales y tareas (Sistémico-Milán), y se emplean como máximo 15 sesiones para el tratamiento (Breve). Estas sesiones estuvieron a cargo de un médico psiquiatra y una psicóloga, ambos entrenados en terapia familiar, juntos en la sesión, y los cuales fueron los mismos para todos los casos. Es decir, las diez familias que participaron en la investigación fueron atendidos por el mismo médico psiquiatra y la misma psicóloga.

El Equipo Reflexivo consiste en un grupo de personas integrado por los miembros de una familia nuclear (padres, hijos, incluida la adolescente ex-suicida) que experimentaron *un problema de intento de suicidio* en una hija adolescente y que llevaron a cabo un proceso de terapia familiar y por una psicóloga entrenada en terapia familiar. Es decir, el equipo



reflexivo consistió en una familia y una terapeuta familiar, la cual fue la misma que formó parte de los cinco equipos reflexivos.

### **3.3 Tipo de Estudio:**

Se trata de un estudio Exploratorio, dado que existen muy pocas investigaciones que informen sobre la experiencia de la utilización de equipos reflexivos integrados por familias que han tenido experiencias similares a las de la familia que está en tratamiento, y en México en particular, es una técnica nueva. Se analizaron 10 familias que tenían una hija adolescente con uno o más intentos de suicidio; 5 familias fueron expuestas a tratamiento terapéutico familiar utilizando la modalidad de equipo reflexivo, y 5 familias recibieron tratamiento familiar sin equipo reflexivo. Es decir:

Cinco familias recibieron Terapia Familiar, a cargo de un médico psiquiatra y una psicóloga juntos en las sesiones, más la colaboración del Equipo Reflexivo (integrado por una familia y una psicóloga), y

Cinco familias recibieron Terapia Familiar, a cargo del mismo médico psiquiatra y la misma psicóloga que las familias anteriores. No hubo equipo reflexivo.

### **3.4. Diseño:**

Se trata de un diseño con dos grupos experimentales: 1) Familias expuestas a Terapia Familiar más Equipo Reflexivo, 2) Familias expuestas a Terapia Familiar sin Equipo Reflexivo. La asignación de las familias a los grupos no fue aleatoria, sino conforme fueron llegando al Servicio de Terapia Familiar del Hospital.

### **3.5. METODO.**

#### **3.5.1. Muestra o Sujetos:**

Es un muestreo no probabilístico de 10 familias, 5 de las cuales recibieron tratamiento de Terapia Familiar del Servicio de Terapia Breve para Familias del Hospital con equipo

reflexivo y 5 familias recibieron solamente tratamiento de Terapia Familiar del mismo Servicio pero sin equipo reflexivo. Estas 10 familias provinieron de la UAM (Unidad de Adolescentes Mujeres) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", dependiente de la S.S.A. que:

- a) Fueron canalizadas al Servicio de Terapia Familiar de dicha Unidad.
- b) Tenían a una adolescente con uno o más intentos de suicidio. internada en ese momento con las siguientes características:
  1. Eran mujeres entre 12 y 17 años de edad.
  2. En todos los casos, el motivo de internamiento fue intento de suicidio.

Hubo criterios de exclusión en motivo de internamiento:

- + Trastorno orgánico subyacente comprobable.
- + Retardos mentales.
- + Adicciones.
- + Psicosis.

La integración de las familias que formaron parte de ambos grupos fue la siguiente:

(\*) El asterisco significa "con intento de suicidio".

Familias tratadas con Equipo Reflexivo:

Familia 1.- Padre, Madre, Hija\*.

Familia 2.- Padre, Madre, Hija\*, una Hermana mayor.

Familia 3.- Padre, Madre, Hija\*, un Hermano menor.

Familia 4.- Madre, Hija\*, una Hermana mayor (casada), una Hermana menor.

Familia 5.- Padrastro, Madre, Hija\*, un Hermano menor.

Familias tratadas sin Equipo Reflexivo:

Familia 1.- Madre, Hija\*, dos Hermanas mayores casadas, cuñados.

Familia 2.- Padre, Madre, Hija\*, una Hermana mayor, un Hermano mayor, un Hermano menor.

Familia 3.- Padre, Madre, Hija\*, un Hermano menor.

Familia 4.- Padre. Madre. Hija\*, una Hermana menor.

Familia 5.- Padre. Madre. Hija\*, dos Hermanas menores.

Las Familias que colaboraron como Equipo Refelexivo fueron invitadas vía telefónica a colaborar en el proyecto, y eran familias que:

1. Vivieron la experiencia de un problema de intento de suicidio en una hija adolescente.
2. Las adolescentes fueron pacientes del hospital, es decir, estuvieron internadas durante la crisis.
3. Recibieron un tratamiento de Terapia Familiar en el Servicio de Terapia Breve para Familias del mismo hospital.
4. Aceptaron participar voluntariamente en el proyecto, y acudieron los miembros que tuvieron la disponibilidad e interés para asistir a las sesiones.

Estas familias quedaron integradas de la siguiente forma:

Familia 1.- Madre, Hija\*.

Familia 2.- Madre, Hija \*, una Hermana mayor.

Familia 3.- Padre, Madre, Hija\*.

Familia 4.- Hija\*.

Familia 5.- Madre, Hija\*.

### **3.5.2. Instrumentos:**

1. Guías de entrevista de Evaluación del Proceso Terapéutico.
2. Grabadora portátil.
3. Audiocassetes.
4. Programa computacional Tally, versión 3.0

### **3.5.3. Procedimiento:**

#### **Lineamientos Generales:**

A.-Las familias de ambos grupos (tratadas por terapeutas más equipo reflexivo y tratadas solo por terapeutas) participaron en un proceso de terapia familiar siguiendo los protocolos ya establecidos en el servicio de terapia breve para familias del hospital. La diferencia es que en el grupo de las familias tratadas con equipo, una familia actuó detrás de cámara junto con una terapeuta, haciendo comentarios de reflexión al finalizar la sesión. Cada familia de las del grupo tratado con equipo reflexivo, tuvo a una familia detrás de cámara, la cual fue la misma que actuó a lo largo de todas las sesiones, es decir, cada familia del grupo tratado con equipo, tenía a "su" propia familia reflexiva.

B.-El equipo de terapeutas que se hizo cargo de todos los casos estuvo integrado por tres personas: un médico psiquiatra con conocimientos de terapia familiar y dos psicólogas ("A" y "B") entrenadas en terapia familiar, y fue el mismo equipo que participó a lo largo del tratamiento de todas las familias.

C.-El protocolo establecido en el servicio de terapia breve para familias del hospital consiste a grandes rasgos, en lo siguiente: durante la primera sesión, llenar la hoja inicial con los datos generales del paciente y su familia (Anexo 1), y obtener un panorama general del problema y la visión de la familia acerca del mismo. Durante las siguientes sesiones, se lleva a cabo el tratamiento o las intervenciones propiamente dichas, y al finalizar cada sesión, se llena un formato tipo reporte (Anexo 2). el cual es anexado al expediente de la adolescente.

#### **Lineamientos Específicos:**

El procedimiento para el grupo de familias tratadas con la modalidad de terapia familiar con equipo reflexivo, fue el siguiente:

a) La familia que llegó a consulta (Consultante) fue entrevistada por dos terapeutas hombre-mujer (Psiquiatra y Psicóloga "A") en un consultorio que contiene una cámara

con espejo unidireccional. En dicha cámara estaba otra familia (Consultada) con una terapeuta (Psicóloga "B"), esta familia tenía la característica de que había pasado por una problemática similar (intento de suicidio en una hija adolescente) y actualmente estaba dada de alta del servicio de terapia familiar breve del mismo hospital.

b) Durante 30 a 45 minutos, la familia consultante fue entrevistada, y se le explicó que "detrás del espejo se encuentra una familia y una terapeuta que nos están viendo y escuchando. Esta familia vivió una experiencia similar a la suya, tienen una hija que intentó suicidarse y han pasado también por un proceso terapéutico de terapia familiar y desean colaborar con nosotros en el tratamiento".

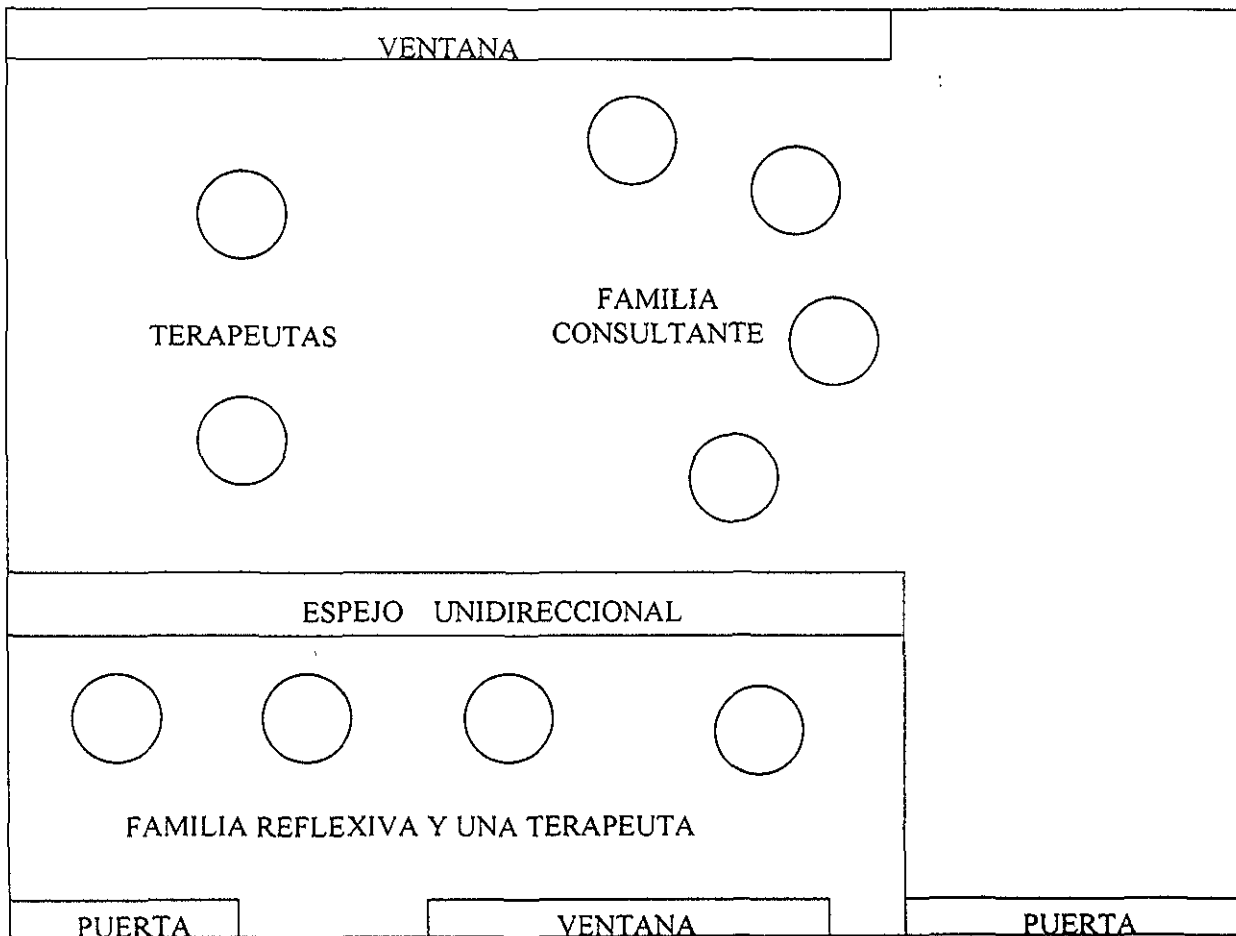
c) Después de la entrevista a la familia que estaba en terapia, las luces de la cámara del espejo y el micrófono fueron encendidos, y las luces y el micrófono del consultorio fueron apagados. Entonces, la familia y la terapeuta que ahora estaban a la vista en la cámara del espejo, hablaron entre sí sobre lo que acababan de escuchar y sobre su propia experiencia, es decir relacionando lo que escucharon con su experiencia, e hicieron comentarios de reflexión; es decir se les dijo que comentaran "lo que de su propia experiencia quieran compartir con base en lo que escucharon y que piensen que le será de utilidad a la otra familia", durante un lapso máximo de 15 minutos, mientras los terapeutas y la familia del consultorio escuchaban en silencio; sin embargo, la familia en tratamiento no estuvo obligada a escuchar si no lo deseaba y se les dijo que "son libres de dejar que sus pensamientos vayan a otra parte si así lo prefieren".

d) Después de este período de reflexión, las familias con sus respectivos terapeutas encendieron y apagaron respectivamente luces y micrófonos y se cerraba la sesión del consultorio, quedando de "tarea" las reflexiones que la familia escuchó del equipo detrás de cámara, para comentarlas en la siguiente sesión. (Véase el esquema de distribución en la siguiente página).

Las instrucciones dadas a la familia y a la terapeuta integrantes del equipo reflexivo que debieron ser tomadas en cuenta en el momento de hacer sus reflexiones, son las siguientes: \*

1. Evitar hacer juicios de valor, interpretaciones, connotaciones negativas.
2. Cuando el equipo reflexiona, se miran entre sí, deben evitar mirar directamente a los miembros de la familia en tratamiento.

# ESQUEMA DE DISTRIBUCION (SITUACION TERAPEUTICA)



3. No buscar el estar todos de acuerdo (consenso), sino que haya muchas ideas útiles para la familia. las cuales pueden discrepar (ser diferentes u opuestas) entre sí.
4. Situar nuestras ideas en lo que vimos y escuchamos relacionándolo con nuestra experiencia, es decir. hablar sólo de lo que ví y oí en la plática.
5. En general mostrarse afirmativos y optimistas.
6. Proponerse ser breves.

\* Adaptado de (Andersen, 1995a, 1995c; Hoffman, 1995).

El procedimiento de las familias tratadas con la modalidad de terapia familiar sin equipo reflexivo, fue el siguiente:

- a) La familia llegó a consulta al servicio de terapia familiar breve y fue tratada por dos terapeutas hombre-mujer (Psiquiatra y Psicóloga "A"), con los procedimientos ya establecidos en el servicio, que fueron los mismos empleados con el grupo anterior, en sesiones de una hora de duración aproximadamente.
- b) No hubo equipo que actuara detrás de cámara durante las sesiones.

Las familias de ambos grupos finalizaron su tratamiento y fueron dadas de alta en un tiempo variable, entre 5 y 15 sesiones. El equipo reflexivo colaboró a lo largo del tratamiento de las familias de dicho grupo, teniendo un número de sesiones variable, entre 5 y 8, dependiendo del caso. Los criterios para finalizar el tratamiento se basaron en la observación directa de mejoría en las interacciones de los miembros, en su expresión corporal, y principalmente en los reportes verbales de restablecimiento que hacían las propias familias.

Una vez terminado el tratamiento y con el fin de poder evaluar el efecto del proceso terapéutico pero desde el punto de vista de las familias, se les aplicó la guía de entrevista a cada uno de los integrantes de todas las familias. Todas estas entrevistas fueron grabadas en audiocassettes y luego transcritas. La guía de entrevista utilizada para las familias tratadas con equipo se encuentra en el Anexo 3, y la utilizada para el grupo tratado sin equipo, en el Anexo 4, y como puede observarse, ambas son muy similares.

### 3.5.4. Análisis de Datos:

Se analizaron las respuestas a la entrevista de cada uno de los miembros de la familia que participó en el tratamiento. De las 10 familias originales del presente estudio, quedaron 9 en total. 5 del grupo tratado con equipo reflexivo y 4 tratadas solo por terapeutas, ya que una de las familias de este último grupo (Familia 5). desertó en la segunda sesión. En total fueron analizadas 27 entrevistas. 13 corresponden al grupo tratado con equipo reflexivo y 14 al grupo tratado con terapia familiar, sin equipo reflexivo.

El análisis hecho a las entrevistas fue de Contenido, con base en los indicadores ya planteados anteriormente. Las entrevistas se transcribieron textualmente y se efectuó el procedimiento de análisis de documentos con el programa computacional Tally, versión 3.0, el cual es un programa orientado para manejar los datos cualitativamente.

A continuación se muestran los temas y categorías seleccionados para el análisis de las entrevistas, y las claves que están escritas a la derecha de las categorías, fueron las utilizadas para marcar los textos.

#### 1. OPINION SOBRE EL TRABAJO TERAPEUTICO.

- a) Opinión Positiva sobre el Trabajo Terapéutico = OTT+
- b) Opinión Negativa sobre el Trabajo Terapéutico = OTT-

#### 2. LENGUAJE.

- a) Confuso = CON
- b) Palabra/Tono fuerte = PAF
- c) Agresivo, Cruel, Duro = AGR
- d) Cotidiano, Real. Acertado = COT
- e) Directo = DIR
- f) Interrupción = INTE
- g) Faltó Tiempo de Expresión = FALTEX
- h) No Terminar Temas = NOTERTE
- i) Temas No Propios = TENOPRO

#### 3. BENEFICIOS.

- a) Beneficio Familiar = BEFA
- b) Beneficio Personal = BEPE



**4. CAMBIOS POSITIVOS.**

- a) Cambio Positivo Interacción Familiar = CAINFA+
- b) Cambio Visión del Problema = CAVIPRO

**5. RELACION TERAPEUTICA.**

- a) Relación Cliente-Terapeuta Positiva = RETCL+
- b) Relación Cliente-Terapeuta Negativa = RETCL-
- c) Relación Familia-Cliente Positiva = REFCL+
- d) Relación Familia-Cliente Negativa = REFCL-

**6. AMBIENTE TERAPEUTICO.**

- a) Ambiente Propicio = AMPRO
- b) Ambiente No Propicio = AMNOPRO
- c) Incómodo Yo = INYO
- d) Incómodos Otros = INOTROS
- e) Incomodidad Fuera de Sesión = INFUSE

**7. SENTIMIENTOS TERAPEUTA/FAMILIA.**

- a) Agradecimiento. Comprensión = AGRA
- b) Coraje. Rechazo = COR
- c) Cariño. Ternura, Afecto = CAR
- d) Respeto. Admiración, Preparados = RAP
- e) Se Equivocan = EQUI
- f) Indiferencia = INDI

**8. DIFICULTADES EN EL PROCESO TERAPEUTICO.**

- a) Por Características Personales = DIFPER
- b) Por Características del Terapeuta = DIFTER
- c) Por Características de la Técnica = DIFTEC

**9. CAMBIOS NEGATIVOS.**

- a) Cambio Negativo Interacción Familiar = CAINFA-
- b) Comentarios Perjudicaron = COPER

## 10. SUGERENCIAS.

- a) Tiempo Sesión = TIESE
- b) Número de Sesiones = NUSE
- c) Cambio Lenguaje = CALEN
- d) Cambio Ambiente Físico = CAMFIS
- e) Contacto Visual = COVI
- f) Sesiones Individuales = SEIN
- g) Cuidar Comentarios = CUICO
- h) Igualar Relación Terapeuta-Cliente = IGUAREL
- i) Diálogo con Familia Consultada = DIAFA
- j) Variar a las Familias = VAFA
- k) Seguir Adelante = SEAD
- l) Conocer Historia Familia Consultada = COHISFA
- m) Preparar más a Familias = PREFA

Para los marcajes del texto de las entrevistas, la unidad de contexto elegida fue el total de la entrevista, y la unidad de registro. una frase u oración. Es decir, cada una de las categorías seleccionadas pudo haberse encontrado al principio, medio o final de la entrevista, o en cualquiera de las respuestas a las preguntas, por lo que se repasó toda la entrevista para marcar cada una de las categorías, y lo que se marcó como categoría correspondió a una frase u oración. Además, las categorías no son mutuamente excluyentes. es decir, una misma categoría puede caer dentro de uno o más temas.

En el Anexo 5 se muestran los porcentajes obtenidos de las categorías marcadas en los textos de todas las entrevistas.

El Anexo 6 corresponde a la transcripción ya con marcajes de una entrevista hecha a una de las familias del grupo tratado sin equipo.

El Anexo 7 es la transcripción de una entrevista ya con marcajes hecha a una de las familias del grupo tratado con equipo.

# RESULTADOS

#### 4. RESULTADOS

Los resultados que se describen a continuación corresponden a 9 familias que completaron la investigación de las 10 que eran originalmente, ya que una de las familias del grupo tratado sin equipo, desertó en la segunda sesión.

Así, de este grupo final de 9 familias, 5 corresponden al grupo tratado con equipo reflexivo y 4 familias pertenecen al grupo tratado sin equipo reflexivo. Para fines prácticos, las familias que participaron en la Terapia con Equipo Reflexivo, las identificaremos como Grupo 1, con las iniciales CE (Con Equipo), y las familias que participaron en Terapia Familiar sin Equipo Reflexivo, se identifican como Grupo 2, con las iniciales SE (Sin Equipo).

En las Tablas 1 y 2 se describe brevemente a cada una de las 9 familias que completaron la investigación, así como el grupo al que pertenecen.

#### GRUPO 1 (CON EQUIPO)

FAMILIA	CONFORMACION	TOTAL MIEMBROS	RECIBIERON TERAPIA	TOTAL	FUERON ENTREVISTADOS	TOTAL
CE1	PADRE, MADRE, HIJA*	3	TODOS	3	TODOS	3
CE2	MADRE, HIJA*, HNA. MAYOR	3	TODOS	3	TODOS	3
CE3	PADRE, MADRE, HIJA*, HNO. MENOR	4	TODOS	4	TODOS	4
CE4	MADRE, HIJA*, HNA. MAYOR CASADA, HNA. MENOR	4	TODOS	4	MAMA Y HNA. MAYOR	2
CE5	PADRASTRO, MADRE, HIJA*, HNO. MENOR	4	MADRE, HIJA*, HNO.	3	HIJA*	1
	<b>TOTAL</b>	18		17		13

\* Con Intento de Suicidio.

Tabla 1.- Familias que participaron en la investigación.

## GRUPO 2 (SIN EQUIPO)

FAMILIA	CONFORMACION	TOTAL MIEMBROS	RECIBIERON TERAPIA	TOTAL	FUERON ENTREVISTADOS	TOTAL
SE1	MADRE, HIJA*, 2 HNAS. CASADAS, CUÑADOS	6	MADRE, HIJA*, 2 HNAS, 1 CUÑADO	5	TODOS	5
SE2	PADRE, MADRE, HIJA*, HNA. MAYOR, HNO. MAYOR, HNO. MENOR	6	PADRE, MADRE, HIJA*, HNA. MAYOR, HNO. MENOR	5	PADRE, MADRE, HIJA*	3
SE3	PADRE, MADRE, HIJA*, HNO. MAYOR	4	MADRE, HIJA*, HNO.	3	MADRE, HIJA*	2
SE4	PADRE, MADRE, HIJA*, HNA. MENOR	4	TODOS	4	TODOS	4
	<b>TOTAL</b>	20		19		14

\* Con Intento de Suicidio.

**Tabla 2.- Familias que participaron en la investigación.**

Como puede observarse, se hace una breve descripción de la forma en que están conformadas cada una de las familias, el total de miembros que las integran, así como la especificación de aquellos que recibieron terapia, ya que como puede notarse, algunos miembros de algunas de las familias no participaron en la terapia familiar por motivos ajenos a la presente investigación; igualmente, no todos los miembros de las familias estuvieron presentes en todas las sesiones, ya que en ocasiones, no pudieron asistir por diversas razones, pero las sesiones se llevaron a cabo con los miembros que estuvieran presentes. Específicamente, los miembros que tuvieron poca participación en las sesiones (tres sesiones o menos) fueron el padrastro de la familia CE5 (Grupo 1) y los hermanos mayores de las familias SE2 y SE3 (ambas del Grupo 2). Por último, se especifican también en dicha tabla a aquellos integrantes de las familias a los que se aplicó la guía de entrevista, pues aunque hubo miembros que participaron en la terapia, no pudieron ser entrevistados por causas ajenas a esta investigación, como por ejemplo enfermedad súbita y grave de algún familiar cercano, cambio de residencia, etc.

Es pertinente mencionar que una de las familias tratadas con equipo reflexivo (Grupo 1), decidió dar por terminada la terapia cuando llevaban 7 sesiones, porque en ese momento

del proceso empezaron a sentirse incómodas, pero la madre y la hermana mayor accedieron a ser entrevistadas para emitir su opinión, no así la hija con intento de suicidio y la hermana menor.

Así pues, el análisis de resultados se llevó a cabo en las 27 entrevistas que resultaron en total, de las cuales 13 corresponden a miembros de las familias del grupo tratado con equipo reflexivo (Grupo 1) y 14 al grupo tratado sin equipo reflexivo (Grupo 2).

En la Tabla 3 se explica la correspondencia de acuerdo con el grupo (con equipo y sin equipo) y el rol desempeñado por los miembros dentro de las familias.

<b>ROL EN LA FAMILIA</b>	<b>GRUPO 1 (CON EQUIPO)</b>	<b>GRUPO 2 (SIN EQUIPO)</b>	<b>TOTALES</b>
MADRES	4	4	8
PADRES	2	2	4
HIJAS CON I. S.	4	4	8
HNAS. MAYORES	2	2	4
HNAS. MENORES	0	1	1
HNOS. MAYORES	0	0	0
HNOS. MENORES	1	0	1
CUÑADOS	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>27</b>

**Tabla 3.- Rol desempeñado en la familia por los miembros entrevistados.**

Como puede observarse, la distribución de los integrantes de las familias en ambos grupos resultó bastante homogénea, encontrándose el mismo número de padres, madres, hijas con intento de suicidio, y hermanas mayores.

Una vez aplicadas y grabadas las guías de entrevista, fueron transcritas textualmente para realizar el análisis de contenido, con la utilización del programa Tally, versión 3.0

Ya que las entrevistas se transcribieron, se procedió a elegir las categorías de acuerdo con los indicadores seleccionados previamente, y tomando en cuenta la narrativa del texto de las 27 entrevistas. Se eligieron 10 temas generales, en base como ya se explicó, a lo que

los miembros de las familias hablaron durante las entrevistas, y para cada tema, se eligieron dos o más categorías, las cuales están detalladas en las páginas 71 a 73.

Para efectos de la Confiabilidad, se contó con la participación de un juez, al que se proporcionó las entrevistas transcritas y los temas con sus categorías, para que también realizara los marcajes. El porcentaje de confiabilidad se obtuvo utilizando la fórmula siguiente, de acuerdo con Ribes (1978):

$$\frac{\text{acuerdos}}{\text{acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100$$

En la Tabla 4 se muestran los porcentajes de confiabilidad obtenidos en cada una de las entrevistas, tanto las del Grupo 1, como las del Grupo 2.

<b>GRUPO 1</b>	<b>CONFIABILIDAD</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>CONFIABILIDAD</b>
CE1	91%	SE1	85%
CE2	93%	SE2	90%
CE3	85%	SE3	85%
CE4	94%	SE4	91%
CE5	89%		

**Tabla 4.- Porcentaje de confiabilidad obtenido en los marcajes de las entrevistas.**

Como puede notarse en la tabla, los porcentajes de obtenidos son bastante altos, por lo que podemos decir que el índice de confiabilidad resultó satisfactorio.

A continuación se llevarán a cabo las comparaciones entre ambos grupos, a fin de analizar los resultados encontrados.

#### 4.1. Análisis de las Diferencias por Temas.

Primeramente se hizo una comparación entre ambos grupos respecto a los temas generales que más se hablaron en las entrevistas, estos temas son los siguientes:

1. Opinión del Trabajo Terapéutico
2. Lenguaje
3. Beneficios
4. Cambios Positivos
5. Relación Terapéutica
6. Ambiente Terapéutico
7. Sentimientos
8. Dificultades en el Proceso Terapéutico
9. Cambios Negativos
10. Sugerencias

Los resultados obtenidos de esta comparación se pueden apreciar en la siguiente Tabla:

GRUPO 1 (CE)			GRUPO 2 (SE)		
TEMAS	FRECUENCIA	%	TEMAS	FRECUENCIA	%
Beneficios	116	20.67%	Beneficios	107	15.71%
Opinión Trabajo Terapéutico	91	16.22%	Ambiente Terapéutico	99	14.53%
Relación Terapéutica	87	15.50%	Cambios Positivos	97	14.24%
Cambios Positivos	67	11.94%	Lenguaje	89	13.06%
Sugerencias	63	11.22%	Opinión Trabajo Terapéutico	84	12.33%
Ambiente Terapéutico	49	8.73%	Dificultades en el Proceso	61	8.95%
Lenguaje	38	6.77%	Sugerencias	53	7.78%
Sentimientos	24	4.27%	Relación Terapéutica	45	6.60%
Dificultades en el Proceso	23	4.09%	Sentimientos	23	3.37%
Cambios Negativos	3	0.53%	Cambios Negativos	23	3.37%
<b>TOTAL</b>	<b>561</b>		<b>TOTAL</b>	<b>681</b>	

Tabla 5.- Porcentajes obtenidos en los temas hablados durante las entrevistas, en ambos grupos.



Lo primero que puede apreciarse en la Tabla 5 es que el Grupo 2, es decir las familias que fueron tratadas por terapeutas es decir, sin equipo, hablaron más de los temas seleccionados que las familias del Grupo 1, que fueron tratadas con Equipo Reflexivo, a pesar de que estas últimas fueron 5 y las primeras 4. También puede apreciarse que en ambos grupos se habló más de los "Beneficios" obtenidos durante el tratamiento en el que participaron, estos beneficios son ya sea Familiares o Personales. Y los temas que menos se hablaron, fueron en el grupo tratado con Equipo, "Cambios Negativos", y en el Grupo Sin Equipo, "Sentimientos" y "Cambios Negativos" también. En segundo término, el tema del que más se habló en el Grupo tratado con Equipo fue de "Opiniones sobre el Trabajo Terapéutico", seguido de "Relación Terapéutica", establecida en este caso, con la familia que los ayudó en su proceso; siguiendo en orden descendente "Cambios Positivos", "Sugerencias", y así sucesivamente.

Para el Grupo Sin Equipo en cambio, el segundo tema del que más se habló durante la entrevista fue sobre el "Ambiente Terapéutico", seguido de "Cambios Positivos", y en orden descendente, "Lenguaje", "Opinión sobre el Trabajo Terapéutico", y así sucesivamente.

Se Puede notar entonces que sí existen diferencias importantes acerca de los temas que más se hablaron en uno y otro grupos.

#### **4.2. Análisis de las Diferencias por Categorías.**

Para llevar a cabo una comparación más específica de las categorías incluidas en cada Tema, se realizaron una serie de cuadros que se muestran a continuación, y en los que se puede apreciar el Tema y el porcentaje obtenido en cada una de las categorías, en ambos grupos:

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

TEMA / CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
<b>OPINION DEL TRABAJO TERAPEUTICO</b>				
Opinión Positiva	73	80.21	54	64.28
Opinión Negativa	18	19.78	30	35.71
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>		<b>84</b>	

**Cuadro 1.- Porcentaje obtenido en ambos grupos acerca de las categorías del tema "Opinión sobre el Trabajo Terapéutico".**

En este cuadro puede observarse que existen diferencias entre ambos grupos, el Grupo 1, (tratado con Equipo) habló más sobre "Opiniones del trabajo Terapéutico" que el Grupo 2, (Tratado sin Equipo). En ambos grupos el porcentaje de "Opiniones Positivas" fue mayor que el de "Opiniones Negativas", pero se nota una diferencia mayor en la frecuencia de ambas categorías en el Grupo tratado con Equipo.

En el Cuadro 2 se muestra el Tema de "Lenguaje" y las diferencias encontradas en las categorías que contiene:

TEMA/CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
<b>LENGUAJE</b>				
Confuso	11	28.94	16	17.97
Palabras/Tono Fuerte	0	0	9	10.11
Agresivo, Cruel, Duro	4	10.52	10	11.23
Cotidiano. Real, Acertado	19	50	1	1.12
Directo	0	0	8	8.98
Interrupción	0	0	12	13.48
Faltó Tiempo de Expresión	3	7.89	12	13.48
No Terminar Temas	1	2.63	9	10.11
Temas no Propios	0	0	12	13.48
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>		<b>89</b>	

**Cuadro 2.- Porcentaje obtenido en las categorías del tema "Lenguaje" en ambos grupos.**

Respecto a las Categorías de “Lenguaje”, se nota claramente que el Grupo 2 (Tratado sin Equipo) habló más de este tema durante las entrevistas. En el Grupo 1, la categoría “Cotidiano” fue la que obtuvo el porcentaje más alto, seguida de “Confuso” y luego de “Agresivo” y “Faltó tiempo de Expresión”, la categoría “No terminar Temas”, fue la que obtuvo el mínimo porcentaje, y las categorías “Palabra/Tono Fuerte”, “Directo”, “Interrupción “Temas No Propios”, no obtuvieron porcentaje.

En contraste, con respecto al Grupo 2, las categorías “Confuso”, “Interrupción”, “Faltó tiempo de Expresión” y “Temas No propios”, fueron las de mayor porcentaje, seguidas por una mínima diferencia de “Agresivo”; y las categorías “Palabra/Tono Fuerte” y “No Terminar Temas”, tuvieron el mismo porcentaje, la categoría “Directo” fue la que obtuvo el menor porcentaje en este Grupo.

En el Cuadro 3 se muestran los porcentajes obtenidos en las categorías del Tema “Beneficios”:

TEMA/CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Beneficio Familiar	46	39.65	54	50.46
Beneficio Personal	70	60.34	53	49.53
<b>TOTAL</b>	116		107	

**Cuadro 3.- Porcentaje obtenido en las categorías del tema “Beneficios” en ambos grupos.**

En este cuadro se puede observar que el Grupo 1 habló más sobre “Beneficios” que el Grupo 2, aunque la diferencia no es numerosa. El Grupo 2 obtuvo casi el mismo porcentaje para ambas categorías, “Beneficio Familiar” y “Beneficio Personal”. En contraste, en el Grupo 1 se observa una mayor diferencia entre ambas categorías, siendo la de “Beneficio Personal” la que obtuvo el mayor porcentaje.

En el Cuadro 4 se muestran los porcentajes obtenidos en el Tema “Cambios Positivos”:

TEMA/CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Interacción Familiar	32	47.76	38	39.17
Visión del Problema	35	52.23	59	60.82
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>		<b>97</b>	

**Cuadro 4.- Porcentajes obtenidos en las categorías del tema “Cambios Positivos”.**

Fácilmente se puede notar que en el Grupo 2 se habló más sobre “Cambios Positivos”. En el Grupo 1, el porcentaje para ambas categorías fue muy similar, en contraste con el Grupo 2, en el que el mayor porcentaje fue para la categoría “Cambio en la Visión del Problema”.

En el Cuadro 5 se contrastan los porcentajes obtenidos en las categorías del tema “Relación Terapéutica”:

TEMA/CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
<b>RELACION TERAPEUTICA</b>				
Relación Terapeuta-Cliente Positiva	0	00.00	32	71.11
Relación Terapeuta-Cliente Negativa	4	4.59	13	28.88
Relación Familia-Cliente Positiva	74	85.05	0	0
Relación Familia-Cliente Negativa	9	10.34	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>		<b>45</b>	

**Cuadro 5.- Porcentajes obtenidos en las categorías del tema “Relación Terapéutica” en ambos grupos.**

En el cuadro 5, claramente se nota una gran diferencia entre el total de veces que se habló de este tema, siendo muy superior el puntaje obtenido en el Grupo 1, este grupo habló mucho más sobre la Relación Terapéutica que el Grupo 2. En el Grupo 1, el mayor

porcentaje lo obtuvo la categoría “Relación Familia-Cliente Positiva”, es decir la familia tratada por otra familia en su proceso tuvo más comentarios respecto a esta categoría: se observa también, sin embargo, que en este mismo grupo se habló de “Relación Familia-Cliente negativa”, aunque el porcentaje fue mucho menor. Por último, en este mismo grupo, también se observa cierto porcentaje en la categoría “Relación Terapeuta-Cliente Negativa”, lo que indica que esta opinión se refiere a los terapeutas que estuvieron en el consultorio durante las sesiones con la familia en tratamiento.

Respecto al Grupo 2, la categoría “Relación Terapeuta-Cliente Positiva” obtuvo el mayor porcentaje, seguida por la categoría “Relación Terapeuta-Cliente Negativa”, que tuvo un menor porcentaje, pero se habló de ello también.

En el cuadro 6 se analiza el tema “Ambiente Terapéutico:

TEMA/CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
<b>AMBIENTE TERAPEUTICO</b>				
Ambiente Propicio	35	71.42	28	28.28
Ambiente No Propicio	1	2.04	14	14.14
Incómodo Yo	11	22.44	43	43.43
Incómodos Otros	1	4.08	3	3.03
Incomodidad Fuera de Sesión	0	0	11	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>		<b>99</b>	

**Cuadro 6.- Porcentajes obtenidos en las categorías del tema “Ambiente Terapéutico” en ambos grupos.**

Al contrario de lo observado en el cuadro anterior (Cuadro 5), en esta tabla se aprecia que el Grupo 2 habló más acerca del ambiente terapéutico que el Grupo 1; en este último, el mayor porcentaje lo obtuvo la categoría “Ambiente Propicio”, sin embargo, la categoría “Incómodo Yo” también obtuvo porcentaje, las categorías que obtuvieron los menores

porcentajes fueron "Incómodos Otros" y "Ambiente No Propicio". hubo también una categoría que no obtuvo ningún puntaje: "Incomodidad Fuera de Sesión".

En contraste, en el Grupo 2 el mayor porcentaje lo obtuvo la categoría "Incómodo Yo", le sigue en orden "Ambiente Propicio". estas dos categorías fueron las de mayor porcentaje, siguiendo en orden "Ambiente No Propicio", "Incomodidad Fuera de Sesión" y por último, "Incómodos Otros".

En el Cuadro 7 se revisan las categorías relacionadas al tema "Sentimientos":

TEMA/CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Agradecimiento	13	59.09	5	21.73
Coraje, Rechazo	4	16.66	5	21.73
Cariño, Ternura, Afecto	4	16.66	2	8.69
Respeto, Admiración, Preparados	1	4.16	7	30.43
Se Equivocan	0	0	3	13.04
Indiferencia	2	8.33	1	4.34
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>		<b>23</b>	

**Cuadro 7.- Porcentajes obtenidos en las categorías del tema "Sentimientos" en ambos grupos.**

En este cuadro se observa que la diferencia entre los totales de uno y otro grupo fue mínima. Destaca que en el Grupo 1 el mayor porcentaje fue para la categoría "Agradecimiento", que supera en mucho al resto de las categorías. "Coraje" y "Cariño, Ternura, Afecto", tuvieron el mismo porcentaje, seguidas de "Indiferencia", la categoría "Respeto, Admiración, Preparados", tuvo un porcentaje mínimo, y la categoría "Se Equivocan" no tuvo ningún conteo.

En contraste, en el Grupo 2 el mayor porcentaje lo obtuvo la categoría "Respeto, Admiración, Preparados", seguida de "Agradecimiento" y "Coraje" las cuales obtuvieron

igual porcentaje, le siguió la categoría "Se Equivocan", y las categorías "Cariño, Ternura, Afecto" e "Indiferencia" obtuvieron los menores porcentajes.

En el cuadro 8 se concentran los datos del tema "Dificultades en el Proceso Terapéutico":

TEMA/CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
<b>PROCESO TERAPEUTICO</b>				
Por Características Personales	4	17.39	17	27.86
Por Características Terapeuta	0	0	26	42.62
Por Características Técnica	19	82.60	18	29.50
<b>TOTAL</b>	23		61	

**Cuadro 8.- Porcentajes obtenidos en las categorías del tema "Dificultades en el Proceso Terapéutico" en ambos grupos.**

En este cuadro fácilmente puede observarse una gran diferencia entre el número de veces que se habló del tema entre un grupo y otro. El Grupo 2 obtuvo un mayor número.

En el Grupo 1, el mayor porcentaje de dificultades fue para la categoría "Por Características de la Técnica", seguida por la categoría "Por Características Personales", la categoría "Por Características del Terapeuta" no obtuvo ningún conteo.

En cambio, en el Grupo 2 la categoría "Por Características del Terapeuta" fue la que obtuvo el mayor porcentaje; las categorías "Por Características de la Técnica" y "Por Características Personales" obtuvieron un porcentaje muy similar.

En el Cuadro 9 se concentran los datos del Tema "Cambios Negativos":

TEMA/CATEGORIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Interacción Familiar	1	33.33	16	69.56
Comentarios Perjudicaron	2	66.66	7	30.43
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>		<b>23</b>	

**Cuadro 9.- Porcentajes obtenidos en las categorías del tema "Cambios Negativos" en ambos grupos.**

En este cuadro se observa claramente que el Grupo 2 habló mucho más acerca de cambios negativos operados durante su proceso, en contraste con el Grupo 1. en este último. ambas categorías obtuvieron un mínimo conteo. En cambio, en el Grupo 2. el mayor porcentaje lo obtuvo la categoría "Cambio Negativo en la Interacción Familiar", seguida de "Comentarios perjudicaron".



Por último, en el Cuadro 10 se concentran las categorías del Tema "Sugerencias".

TEMA/CATEGORIAS SUGERENCIAS	GRUPO 1 (CE)		GRUPO 2 (SE)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Tiempo Sesión	9	14.28	7	13.20
Número Sesiones	0	0	12	22.64
Cambio Lenguaje	0	0	8	15.09
Cambio Ambiente Físico	2	3.17	3	5.66
Contacto Visual	7	11.11	0	0
Sesiones/Terapia Individual	1	1.58	11	20.75
Cuidar Comentarios	0	00.00	7	13.20
Igualar Relación Terapeuta/Cliente	0	00.00	2	3.77
Diálogo con Familia Consultada	11	17.46	0	0
Variar a las Familias	4	6.34	0	0
Seguir Adelante	7	11.11	3	5.66
Conocer Historia Familia Consultada	9	14.28	0	0
Preparar más a las Familias	13	20.63	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>		<b>53</b>	

**Cuadro 10.- Porcentajes obtenidos en las categorías del tema "Sugerencias" en ambos grupos.**

El cuadro anterior permite observar que tanto el Grupo 1 como el Grupo 2, obtuvieron casi los mismos puntajes totales. Como es obvio, las sugerencias de uno y otro no abarcan las mismas categorías puesto que el tratamiento en el que participaron no fue el mismo para ambos. En el Grupo 1, el mayor puntaje lo obtuvo la categoría "Preparar más a Familias", seguida muy de cerca por "Diálogo con Familia Consultada"; "Conocer Historia de la Familia" y "Tiempo de Sesión" tuvieron el mismo porcentaje ambas, también las categorías "Contacto Visual" y "Seguir Adelante" tuvieron el mismo conteo, le siguió la categoría "Variar a Familias", luego "Cambio Ambiente Físico", y por último la categoría "Sesiones/Terapia Individual" que tuvo el mínimo porcentaje. Finalmente las categorías

que no obtuvieron porcentaje fueron "Número de Sesiones", "Cambio de Lenguaje", "Cuidar Comentarios" e "Igualar Relación Terapeuta-Cliente".

En contraste, en el Grupo 2 la categoría "Número de Sesiones" tuvo el porcentaje más alto, seguida muy de cerca por "Sesiones/Terapia Individual", siguiendo en orden descendente "Cambio de Lenguaje"; las categorías "Tiempo de Sesión" y "Cuidar Comentarios" tuvieron ambas el mismo porcentaje y son las que siguieron; continuando en el mismo orden descendente, aparecen "Cambio Ambiente Físico" y "Seguir Adelante" y la categoría que obtuvo el mínimo porcentaje fue "Igualar Relación Terapeuta-Cliente". Las categorías "Contacto Visual", "Diálogo con Familia", "Variar Familias" y "Preparar más a Familias" como era de esperarse, no obtuvieron puntajes, puesto que este grupo no tuvo contacto con otra familia en su proceso.

#### **4.3. Análisis de las Diferencias entre Familias de Ambos Grupos.**

Las familias colaboradoras de la presente investigación participaron en dos procesos distintos de Terapia Familiar como ya se ha mencionado anteriormente; un grupo de familias (Grupo 1) estuvo ayudada en su proceso por otra familia que había superado una crisis similar, y el otro grupo de familias (Grupo 2) estuvo ayudada en su proceso solamente por terapeutas. Y se consideró que aunque se haya pertenecido al mismo grupo, seguramente habría diferencias entre lo que vivió una y otra familia, por lo que se juzgó interesante hacer una comparación entre las familias. Pero debido a que la composición de éstas es muy variada, se decidió hacer una comparación general por Tema/Categorías, entre las nueve familias de la presente investigación, para conocer qué fue lo que causó más efecto en ellas respecto del proceso en el que participaron. A continuación se describirán los resultados obtenidos, en una serie de cuadros, los cuales corresponden a cada tema elegido; además, las familias del Grupo 1 (tratadas con Equipo), se identificarán con las iniciales CE, y las familias del Grupo 2 (tratadas solo por terapeutas), se identificarán con las iniciales SE, y las cifras corresponden al número de veces que la familia hizo mención del tema seleccionado.

El primer tema a revisar es el de "Opinión del Trabajo Terapéutico", y se muestra en el cuadro 11:

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Ott+	17	22	25	4	5	73	28	13	8	5	54
Ott-	1	1	1	14	1	18	15	5	1	9	30
<b>TOTAL</b>	18	23	26	18	6	91	43	18	9	14	84

**Cuadro 11.- Diferencias entre familias de ambos grupos del tema "Opinión del Trabajo Terapéutico".**

En el cuadro 11 se observa claramente que en cuanto al Grupo 1, la mayoría de las familias tuvieron más opiniones positivas que negativas acerca del trabajo terapéutico, a excepción de la familia CE4, quien tuvo más opiniones negativas que positivas, lo cual es de llamar la atención, y ya se había hecho mención anteriormente que esta familia decidió dar por terminado el proceso terapéutico en la séptima sesión. En general, en este grupo, la familia CE3 fue la que más opiniones emitió, y la CE5 la que menos opiniones manifestó.

Respecto al Grupo 2, destaca la familia SE1, quien obtuvo el mayor puntaje sobre opiniones emitidas, pero es interesante observar que así como fueron los que más opiniones positivas manifestaron, también fueron los que emitieron más opiniones negativas. Llama también la atención que en este mismo Grupo, también hubo una familia (SE4) que manifestó más opiniones negativas que positivas acerca del trabajo terapéutico, y en general, la familia SE3 fue la que menos opiniones emitió.

A continuación revisaremos el tema de "Lenguaje". apreciando el siguiente cuadro:

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Con	0	0	3	8	0	11	0	7	0	9	16
Paf	0	0	0	0	0	0	3	0	5	1	9
Agre	0	0	0	4	0	4	4	0	0	6	10
Cot	5	9	2	2	1	19	0	1	0	0	1
Dir	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	8
Inte	0	0	0	0	0	0	8	2	0	2	12
Faltex	0	3	0	0	0	3	9	2	0	1	12
Noterte	0	1	0	0	0	1	2	1	0	6	9
Tenopro	0	0	0	0	0	0	0	10	1	1	12
<b>TOTAL</b>	5	13	5	14	1	38	34	23	6	26	89

**Cuadro 12.- Diferencias entre familias de ambos grupos en el tema "Lenguaje".**

En el cuadro 12 se observa que el Grupo 2 habló mucho más de este tema, en comparación con el Grupo 1. En cuanto al Grupo 1, las familias CE4 y CE2 fueron las que más hicieron referencia a este tema, y la CE5 la que menos referencia hizo. En este mismo grupo, destaca la categoría "Cotidiano", como de la que más número de veces se habló, y de ello hablaron todas las familias de este grupo, principalmente las familias CE2 y CE1. En cuanto a la Categoría "Confuso", destaca la familia CE4, quien obtuvo la mayoría del puntaje (8 veces), seguida de la familia CE3 (3 veces), ninguna otra familia de este grupo hizo mención de dicha categoría durante la entrevista. En cuanto a la categoría "Agresivo", nuevamente se observa que sólo la familia CE4 hizo mención de ésta. En lo que respecta a "Faltó Tiempo de Expresión", solamente la familia CE2 la refirió, y por último, "No Terminar Temas" fue mencionada una sola vez y también por la familia CE2. El resto de las categorías no fueron expresadas.

En cuanto al Grupo 2, la categoría "Confuso" fue la que obtuvo el mayor conteo, aunque sólo las familias SE2 y SE4 hicieron referencia a ésta. Las categorías "Interrupción", "Faltó Tiempo de Expresión" y "Temas No Propios", tuvieron el mismo puntaje, en cuanto a la primera, la familia SE1 fue quien más la mencionó, (8 veces) y las familias SE2 y SE4, 2 veces; respecto a la segunda, nuevamente la familia SE1 tuvo el mayor conteo (9 veces) y las familias SE2 y SE1 también la mencionaron pero solo 2 y 1 vez respectivamente; y en cuanto a la tercera, la familia SE2 fue quien más la mencionó (12 veces) y las familias SE3 y SE4 solamente una vez respectivamente. La categoría "Agresivo", fue mencionada 6 veces por la familia SE4 y 4 veces por la familia SE1. La categoría "Palabra/Tono Fuerte" fue manifestada 5 veces por la familia SE3, 3 veces por la familia SE1 y una vez por la familia SE4; "No Terminar Temas", fue referida 6 veces por la familia SE4, 2 veces por la familia SE1 y una vez por la familia SE2. La categoría "Directo" fue solamente mencionada por la familia SE1 8 veces, y finalmente "Cotidiano" solo fue mencionada una vez por la familia SE2.

En resumen, puede decirse que en el Grupo 1, destacan las categorías "Cotidiano" y "Confuso" como las más mencionadas, y en el Grupo 2, "Confuso", "Interrupción", "Faltó Tiempo de Expresión", "Temas No Propios", "Agresivo", "Palabra/Tono Fuerte", "No Terminar Temas" y "Directo" fueron las más mencionadas.

A continuación revisaremos el tema "Beneficios", cuyos datos están concentrados en el cuadro 13.

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Befa	7	13	17	5	4	46	30	11	1	12	54
Bepe	18	16	23	1	12	70	12	12	11	18	53
<b>TOTAL</b>	25	29	40	6	16	116	42	23	12	30	107

**Cuadro 13.- Diferencias en el tema "Beneficios" en las familias de ambos grupos.**

En el Grupo 1 destaca que la categoría "Beneficio Personal" fue la que obtuvo el mayor conteo, y la mayoría de las familias de este grupo mencionó más ésta categoría que la de "Beneficio Familiar", a excepción de la familia CE4, quien fue la que menos conteo tuvo en las categorías de este tema (6 veces), esta familia menciona 5 veces "Beneficio personal" y 1 vez "Beneficio Familiar". En comparación, en este mismo grupo destaca la familia CE3 quien fue la que más veces mencionó este tema.

En contraste, en el Grupo 2 ambas categorías obtuvieron casi el mismo conteo (54 y 53 veces) respectivamente. Destaca la familia SE1 quien obtuvo el mayor puntaje, y mencionando también que obtuvieron más beneficios familiares que personales, al contrario del resto de las familias, que refirieron más beneficios personales que familiares, aunque la familia SE2 tuvo casi el mismo conteo en ambas categorías (11 y 12 respectivamente). La familia SE3 fue la que tuvo el menor conteo, notándose además una gran diferencia entre ambas categorías: "Beneficio Familiar" 1 vez y "Beneficio Personal" 12 veces.

En resumen, la mayoría de las familias de ambos grupos, hablaron más de "Beneficio Personal" que de "Beneficio Familiar", a excepción de la familia CE4 en el Grupo 1 y de la familia SE1 en el Grupo 2.

En el Cuadro 14 se concentran los datos referentes a las categorías del tema "Cambios Positivos", que se revisa a continuación:

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Cainfa+	8	13	3	2	6	32	17	9	2	10	38
Cavipro	11	8	12	2	2	35	21	20	8	10	59
<b>TOTAL</b>	19	21	15	4	8	67	38	29	10	20	97

**Cuadro 14.- Diferencias en el tema "Cambios Positivos" entre familias de ambos grupos.**

Al observar el cuadro 14 se puede apreciar que hubo más mención de Cambios Positivos en el Grupo 2, y en este mismo grupo, la categoría "Cambio en la Visión del Problema" obtuvo la cifra más alta, en comparación con "Cambio Positivo en la Interacción Familiar" (59 a 38). En contraste, en el Grupo 1 ambas categorías tuvieron casi el mismo total (32 y 35). En este mismo grupo, la familia CE2 fue la que mencionó más cambios positivos (21 veces) y la familia CE4 la que menos lo mencionó. Observando ahora las categorías, respecto al "Cambio Positivo en la Interacción Familiar", la familia CE2 la refirió más veces (13) y en cuanto a "Cambio en la Visión del Problema", las familias CE3 y CE1 la mencionaron más (12 y 11 veces respectivamente).

Respecto al Grupo 2, la familia SE1 fue quien obtuvo mayor puntaje en este tema, y esta misma familia menciona más "Cambio en la Visión del problema" (21 veces) que "Cambio Positivo en la Interacción Familiar" (17 veces). En general, todas estas familias, como ya se mencionó en párrafos anteriores, manifestaron más "Cambio en la Visión del Problema" que "Cambio Positivo en la Interacción Familiar", pero la familia SE4 lo mencionó el mismo número de veces (10 y 10 respectivamente). Finalmente, la familia SE3 fue la que menos puntaje obtuvo en las categorías de este tema.

En resumen, en las familias de ambos grupos se mencionó más la categoría "Cambio en la Visión del Problema" que "Cambio Positivo en la Interacción Familiar".

A continuación se revisa el tema "Relación Terapéutica", cuyos datos están concentrados en el cuadro 15.

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Relcl+	0	0	0	0	0	0	7	6	11	8	32
Relcl-	3	1	0	0	0	4	3	4	2	4	13
Refcl+	20	19	24	1	10	74	0	0	0	0	0
Refcl-	0	0	0	9	0	9	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	23	20	24	10	10	87	10	10	13	12	45

**Cuadro 15.- Diferencias en el tema "Relación Terapéutica" entre familias de ambos grupos.**

En el cuadro 15 se observa que el Grupo 1 habló más de este tema que el Grupo 2. En el primero, destaca por mucho la categoría "Relación Familia-Cliente Positiva", y la cual fue además mencionada por todas las demás familias de este grupo. Destacan en esto las familias CE3, CE1, CE2 y CE5 quienes manifestaron 24, 20, 19 y 10 veces respectivamente esta categoría, la familia CE4 la mencionó excepcionalmente una sola vez; además es de destacarse que esta misma familia fue la única que hizo mención de la categoría "Relación Familia-Cliente Negativa" (9 veces). Siguiendo en este mismo grupo, las familias CE1 y CE2 hicieron mención además, de la categoría "Relación Terapeuta-Cliente Negativa" cuando lo esperado era que las familias de este grupo no la mencionaran, pero se referían a los terapeutas que estuvieron con ellas en la sesión del consultorio.

En el Grupo 2, los puntajes más altos fueron para "Relación Terapeuta-Cliente Positiva", de la cual todas las familias de este grupo hicieron mención, principalmente la SE3, quien fue la que más veces lo manifestó (11 veces), y la SE2 la que menos (6 veces). Curiosamente, la categoría "Terapeuta-Cliente Negativa" también fue mencionada por todas las familias de este grupo, aunque en puntajes bajos.

Se revisará ahora el tema "Ambiente Terapéutico", que está concentrado en el cuadro 16.

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Ampro	7	7	15	3	3	35	10	7	4	7	28
Amnopro	0	0	0	1	0	1	3	8	2	1	14
Inyo	3	6	0	2	0	11	10	17	7	9	43
Inotros	0	0	0	2	0	2	1	1	0	1	3
Infuse	0	0	0	0	0	0	7	3	0	1	11
<b>TOTAL</b>	10	13	15	8	3	49	31	36	13	19	99

**Cuadro 16.- Diferencias en el tema "Ambiente Terapéutico" en familias de ambos grupos.**

En el cuadro 16 puede apreciarse que las familias del Grupo 2 hicieron más menciones que el Grupo 1. En este mismo Grupo, la categoría "Ambiente Propicio" fue la más



mencionada, de hecho, es la categoría a la que todas las familias hicieron mención, principalmente la CE3 con 15 veces: las familias CE1 y CE2 con 7 veces y las familias CE4 y CE5 con 3 veces cada una. Continuando en este mismo grupo, la siguiente categoría más mencionada fue “Incómodo Yo” con 11 puntos, y la familia que más la refirió fue la CE2 (6 veces), la familia CE1 la mencionó 3 veces y la familia CE4 2 veces. En cuanto a “Ambiente No Propicio”, fue mencionada solo en una ocasión por la familia CE4; “Incómodos Otros” fue referida en 2 ocasiones también por la familia CE4, y finalmente la categoría “Incomodidad Fuera de Sesión” no fue mencionada por ninguna de las familias.

En cuanto al Grupo 2, se observa que la familia SE2 fue la que más mencionó este tema, y también destaca mucho el puntaje de “Incómodo Yo”, ya que fue mencionada por todas las familias, principalmente por la familia SE2 (17 veces), la familia SE1 la mencionó 10 veces, la SE4 9 veces y la familia SE3 7 veces. Paradójicamente, la siguiente categoría más mencionada por todas las familias fue “Ambiente Propicio”, 10 veces por la familia SE1, 7 veces por las familias SE2 y SE4 y 3 veces por la familia SE3. La Categoría “Ambiente No Propicio”, también fue referida por todas las familias, especialmente por la SE2 (8 veces), 3 veces por la familia SE1, 2 veces por la SE3 y 1 vez por la SE4. La categoría “Incomodidad Fuera de Sesión”, también se mencionó en 3 de las 4 familias de este grupo, principalmente por la SE1 (7 veces). La categoría “Incómodos Otros” fue escasamente mencionada (1 vez) por tres de las 4 familias, la familia SE3 no mencionó ninguna de estas dos categorías.

A continuación se presenta el cuadro 17, para analizar el tema de “Sentimientos”:

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
SENT											
Agra	3	0	8	1	1	13	2	3	0	0	5
Cor	0	0	0	4	0	4	0	0	3	2	5
Car	0	3	0	0	1	4	0	1	1	0	2
Rap	0	1	0	0	0	1	1	0	1	5	7
Equi	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
Indi	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>	3	5	8	6	2	24	3	6	6	8	23

**Cuadro 17.- Diferencias en el tema "Sentimientos" entre familias de ambos grupos.**

Viendo el cuadro 17, se aprecia que ambos grupos hablaron casi el mismo número de veces de este tema (24 y 23 respectivamente). En el Grupo 1, la categoría principalmente mencionada fue "Agradecimiento", y la familia CE3 habló más de ella (8 veces) y la familia CE2 fue la única que no la mencionó. La categoría "Coraje" fue manifestada solamente en 4 ocasiones por la familia SE4, "Cariño, Ternura, Afecto" también se mencionó en 4 ocasiones. 3 veces por la familia CE2 y una vez por la familia CE5. La familia CE2 fue la única que mencionó la categoría "Respeto, Admiración, Preparados" solamente una vez. "Indiferencia" fue manifestada una ocasión por las familias CE2 y CE4, y finalmente la categoría "Se Equivocan" no fue referida por ninguna de las familias de este grupo.

Con respecto al Grupo 2, la familia SE4 fue quien más habló de este tema, y la SE1 la que menos. Destaca la categoría "Respeto, Admiración, Preparados", que fue la más mencionada (7 veces), sobre todo por la familia SE4 (5 veces). "Agradecimiento" fue mencionada solamente por las familias SE1 y SE2; "Coraje" fue referida nada más por las familias SE3 y SE4. "Se Equivocan" fue referida por dos familias, 2 veces por la familia SE2 y una vez por la familia SE4. "Cariño, Ternura, Afecto" fue mencionada una vez por las familias SE2 y SE3. Finalmente, "Indiferencia" solo se manifestó una vez por la familia SE3.

A continuación se revisará el cuadro 18. que contiene los datos del tema "Dificultades en el Proceso Terapéutico":

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Difper	3	0	0	1	0	4	1	10	6	0	17
Difter	0	0	0	0	0	0	6	7	2	11	26
Diftec	0	3	2	13	1	19	7	7	2	2	18
<b>TOTAL</b>	3	3	2	14	1	23	14	24	10	13	61

**Cuadro 18.- Diferencias en el tema "Dificultades en el Proceso Terapéutico" en familias de ambos grupos.**

Se puede apreciar en el cuadro 18 que el Grupo 2 habló mucho más de este tema. En cuanto al Grupo 1, la familia CE4 fue quien más habló de éste. y la CE5 la que menos. Destaca la categoría "Por características de la Técnica" que fue la principalmente mencionada (19 veces), sobre todo por la familia CE4 (13 veces). 3 veces por la familia CE2. 2 veces por la familia CE3 y una vez por la familia CE5. La categoría "Por Características Personales" fue mencionada 3 veces por la familia CE1 y una vez por la familia CE4. la categoría "Por Características del Terapeuta", no fue mencionada por ninguna de las familias de este grupo.

En lo que respecta al Grupo 2 en cambio, la categoría "Por Características del Terapeuta", fue la más mencionada (26 veces) y por todas las familias, pero principalmente por la SE4 (11 veces), 7 veces por la familia SE2, 6 veces por la familia SE1 y 2 veces por la familia SE3. En cuanto a "Por Características de la Técnica" fue referida 18 veces en total. las familias CE1 y CE2 la mencionaron 7 veces cada una. y las familias SE3 y SE4, 2 veces cada una. Finalmente. la categoría "Por Características Personales" se mencionó 17 veces, principalmente por las familias SE2 (10 veces), la familia SE3 (6 veces), la familia SE1 una vez y finalmente la familia SE4 no la manifestó ni una vez.

En resumen, las categorías mayormente mencionadas fueron, en las familias del Grupo 1 "Por Características de la Técnica" y en el Grupo 2, "Por Características del Terapeuta" y "Por Características de la Técnica".

Enseguida se revisarán los datos del tema "Cambios Negativos", cuyos datos se concentran en el cuadro 19.

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Cainfa-	1	0	0	0	0	1	7	0	1	8	16
Coper	0	0	0	1	1	2	2	0	0	5	7
<b>TOTAL</b>	1	0	0	1	1	3	9	0	1	13	23

**Cuadro 19.- Diferencias en el tema "Cambios Negativos" en familias de ambos grupos.**

Observando el cuadro 19, se ve claramente que el puntaje del Grupo 2 fue mayor en este tema. En cuanto al Grupo 1, la categoría "Comentarios Perjudicaron" fue mencionada una sola vez por las familias CE4 y CE5, la demás familias no la comentaron, y "Cambio Negativo en la Interacción Familiar", fue referida una sola vez por la familia CE1; el resto de las familias no hicieron comentarios de esta categoría. En este grupo destaca que ni la familia CE2 ni la CE3 hicieron alusión a este tema.

En cambio, en el Grupo 2 la categoría "Cambio Negativo en la Interacción Familiar" fue la que mayor puntaje tuvo (16 veces), principalmente por las familias SE4 (8 veces), y la SE1 (7 veces); la familia SE3 la mencionó una sola vez. La Categoría "Comentarios Perjudicaron", fue manifestada 5 veces por la familia SE4 y 2 veces por la SE1, y no fue mencionada por las familias SE2 y SE3.

En resumen, puede decirse que en el Grupo 2 las familias SE4 y SE1 fueron las que mencionaron más cambios negativos que el resto de las familias, y especialmente la SE4.

Finalmente, se revisará el tema "Sugerencias", para lo cual es necesario observar el cuadro 20 a continuación.

TEMA	GRUPO 1						GRUPO 2				
	CE1	CE2	CE3	CE4	CE5	TOTAL	SE1	SE2	SE3	SE4	TOTAL
Tiese	0	9	0	0	0	9	4	2	1	0	7
Nuse	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	12
Calen	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6	8
Camfis	0	2	0	0	0	2	0	2	1	0	3
Covi	0	4	3	0	0	7	0	0	0	0	0
Sein	1	0	0	0	0	1	8	1	2	0	11
Cuico	0	0	0	0	0	0	4	0	0	3	7
Iguarel	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Diafa	1	6	0	2	2	11	0	0	0	0	0
Vafa	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Sead	0	2	3	0	2	7	1	0	1	1	3
Cohisfa	0	0	0	8	1	9	0	0	0	0	0
Prefa	0	0	2	11	0	13	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>63</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>53</b>

**Cuadro 20.- Diferencias en el tema “Sugerencias” en familias de ambos grupos.**

Viendo el cuadro 20, se aprecia claramente que el Grupo 1 hizo más menciones de este tema. En este mismo Grupo, la familia CE2 destacó en cuanto al número de sugerencias mencionadas (27) seguida de la familia CE4 (21), la familia que menos sugerencias manifestó fue la CE1 (2). En cuanto a las categorías, en este mismo grupo, destaca “Preparar más a Familias” que fue mencionada 13 veces, pero 11 de ellas fueron hechas por la familia CE4, y la familia CE3 manifestó esta categoría en 2 ocasiones. El resto de las familias no hizo mención de esta categoría. En cambio. “Diálogo con Familia Consultada” también obtuvo un alto puntaje (11 veces) y fue mencionada por casi todas las familias de este grupo, exceptuando solo a la familia CE3, y quien más la manifestó fue la familia CE2 (6 veces). “Tiempo de Sesión” es otra de las categorías de alto puntaje ( 9 veces) pero solo la familia CE2 la mencionó, en cambio “Conocer Historia de Familia Consultada”, también obtuvo un puntaje de 9, y la mayoría lo proporcionó la familia CE4 (8 veces), la familia

CE5 lo mencionó una vez. "Contacto Visual" fue manifestada 4 veces por la familia CE2 y 3 veces por la familia CE3. "Seguir Adelante" fue manifestada por las familias CE2 (2 veces), CE3 (3 veces) y CE5 (2 veces).

Respecto al Grupo 2, la familia SE1 fue la que más sugerencias mencionó (29 veces) y la SE3 la que menos (5). La categoría "Número de Sesiones" fue la de mayor puntaje, pero solamente fue mencionada por la familia SE1, en cambio "Sesiones/Terapia Individual" fue mencionada por 3 de las 4 familias de este grupo, lo cual es de llamar la atención, la familia SE1 8 veces, la SE3 2 veces, y la SE2 una vez. "Cambio de Lenguaje" fue mencionada 6 veces por la familia SE4 y 2 veces por la familia SE2. "Tiempo de Sesión" también fue mencionada por 3 de las 4 familias de este grupo, en 4 ocasiones por la familia SE1, 2 veces por la familia SE2 y una vez por la SE3. "Cuidar Comentarios" fue referida en 4 ocasiones por la familia SE1 y 3 veces por la familia SE4.

En resumen, las sugerencias para uno u otro grupo varían debido a que los procesos en que participaron fueron distintos, pero las categorías más destacadas, de acuerdo con el número de familias que las mencionaron son, en el Grupo 1, "Diálogo con Familia Consultada" (mencionada por 4 de las 5 familias) y "Seguir Adelante" (mencionada por 3 de las 5 familias). Y respecto al Grupo 2, "Sesiones Terapia/Individual" y "Tiempo de Sesión" fueron mencionadas por 3 de las 4 familias de este grupo, también "Seguir Adelante" fue mencionada por 3 de las 4 familias aunque solo en una ocasión por cada familia.

#### **4.4. Diferencias entre Padres, Madres, e Hijas con Intento de Suicidio en Ambos Grupos.**

En este apartado se observan las diferencias entre los miembros específicos de las familias de ambos grupos, para lo cual se tomaron las respuestas de los padres, las madres y las hijas, ya que hubo el mismo número de ellos en ambos grupos (2 padres, 4 madres y 4 hijas en cada uno de los grupos).

Primero, se observa una tabla general de la frecuencia de los temas que más hablaron los integrantes, por cada uno de los grupos:

TEMA	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
Opinión Trabajo Terapéutico	18	35	23	8	22	5
Lenguaje	1	20	6	22	20	15
Beneficios	17	35	44	16	37	25
Cambios Positivos	3	28	27	10	37	21
Relación Terapéutica	13	16	42	3	14	16
Ambiente	6	17	13	10	33	34
Sentimientos	4	8	6	4	10	7
Dificultades	0	15	3	5	30	13
Cambios Negativos	0	2	1	1	8	2
Sugerencias	2	33	11	3	13	10
<b>TOTAL</b>	64	209	176	82	224	148

**Tabla 6.- Frecuencia de los temas que más se hablaron durante las entrevistas entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En la tabla 6 se observa que respecto al primer tema, "Opinión del Trabajo Terapéutico", las madres del grupo con equipo fueron las que más hablaron del mismo, y las hijas del grupo sin equipo las que menos. Respecto al segundo tema, "Lenguaje" fueron los padres del grupo tratado sin equipo quienes obtuvieron la mayor frecuencia, en contraste con los padres del grupo con equipo, quienes fueron los que hablaron menos. En cuanto a "Beneficios" en cambio, las hijas del grupo tratado con equipo son las que más hablaron de este tema, y los padres de ambos grupos los que menos. "Cambios Positivos" obtuvo la mayor frecuencia en las madres del grupo sin equipo, y la menor frecuencia estuvo en los padres del grupo con equipo. "Relación terapéutica", fue mayormente manifestada por las hijas del grupo con equipo, en contraste con los padres del grupo sin equipo, donde estuvo la menor frecuencia. "Ambiente", fue reportado principalmente por las madres del grupo sin equipo, y en menor frecuencia por los padres del grupo con equipo. En cuanto a

“Sentimientos”, es un tema donde no se observan grandes fluctuaciones entre las frecuencias, pero las madres del grupo sin equipo obtuvieron la mayor. “Dificultades”, alcanzó la mayor frecuencia en las madres del grupo sin equipo, y nula en los padres del grupo tratado con equipo. “Cambios Negativos” también fue más reportada por las madres del grupo sin equipo, y con menor frecuencia en los demás integrantes. “Sugerencias” obtuvo una alto porcentaje en las madres del grupo con equipo, y el menor porcentaje en los padres de ambos grupos.

En resumen, podría decirse que las madres del grupo sin equipo obtuvieron mayores frecuencias en 5 de los temas explorados: “Cambios Positivos”, “Ambiente Terapéutico”, “Sentimientos”, “Dificultades en el Proceso” y “Cambios Negativos”; las madres del grupo con equipo en dos de los temas, “Opinión del Trabajo Terapéutico” y “Sugerencias”; las hijas de este mismo grupo también destacaron en dos temas: “Beneficios” y “Relación Terapéutica”; los padres del grupo sin equipo destacaron en un tema: “Lenguaje”, y tanto los padres del grupo con equipo como las hijas del grupo sin equipo, no obtuvieron frecuencias altas en ningún tema, en relación con los otros miembros.

A continuación se revisarán cada uno de los temas con sus categorías, para hacer una comparación más específica entre los miembros de ambos grupos, en una serie de cuadros que se presentan a continuación.

En el cuadro 21 se revisa el tema de “Opinión del Trabajo Terapéutico”:

TEMA/CATEG	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
Opinión Positiva	16	26	22	5	15	13
Opinión Negativa	2	9	1	3	7	5
<b>TOTAL</b>	18	35	23	8	22	18

**Cuadro 21.- Diferencias en el tema “Opinión del Trabajo Terapéutico” entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**



En el Cuadro 21 se observa que las madres, tanto de uno como de otro grupo, fueron las que más opiniones emitieron acerca del trabajo terapéutico, y los padres los que menos, en ambos grupos también. En ambos grupos hubo en general más opiniones positivas que negativas, y llama la atención que así como las madres fueron las que más opiniones positivas emitieron, también fueron las que manifestaron más opiniones negativas en relación con los padres y las hijas.

A continuación se revisa el tema de Lenguaje:

TEMA/CATEG	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
LENGUAJE						
Confuso	1	7	0	10	1	2
Palabra/Tono	0	0	0	1	6	2
Fuerte						
Agresivo. Cruel.	0	2	0	3	2	3
Duro						
Cotidiano	0	10	3	1	0	0
Directo	0	0	0	0	0	1
Interrupción	0	0	0	2	0	2
Faltó Tiempo de						
Expresión	0	1	2	2	0	0
No Terminar	0	0	1	3	2	2
Temas						
Temas No	0	0	0	0	9	3
Propios						
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>15</b>

**Cuadro 22.- Resultados del tema "Lenguaje" entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En el cuadro 22, se observa claramente que las madres del grupo tratado con equipo, así como los padres, madres e hijas tratadas sin equipo, son los que más hablaron del tema, y los padres del grupo tratado sin equipo, los que menos.

Destaca la categoría "Cotidiano" como la de mayor frecuencia en el grupo tratado con equipo, manifestada por las madres y las hijas de este grupo, en contraste con las categorías

“Confuso” y “Temas No Propios”, que fueron las de mayor frecuencia para el grupo tratado sin equipo. la primera fue reportada principalmente por los padres de este grupo, y la segunda por las madres.

A continuación se revisa el tema de “Beneficios”:

TEMA/CATEG.	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
<b>BENEFICIOS</b>						
Familiar	10	16	13	3	22	10
Personal	7	19	31	13	15	15
<b>TOTAL</b>	17	35	44	16	37	25

**Cuadro 23.- Diferencias en el tema “Beneficios” entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En el cuadro 23 se puede apreciar que quienes más hablaron del tema “Beneficios” fueron las hijas del grupo tratado con equipo, y los que menos hablaron de este tema fueron los padres de ambos grupos. Las madres de uno y otro grupo hablaron casi el mismo número de veces de dicho tema (35 veces las madres con equipo y 37 veces las madres sin equipo). Destaca la categoría “Beneficio Personal” como la que más frecuencia obtuvo.

Enseguida se revisa el tema "Cambios Positivos":

TEMA/CATEG.	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
<b>CAMBIOS +</b>						
Cambio + en la Interacción Familiar	1	10	16	1	17	9
Cambio en la Visión del Problema	3	18	11	9	20	12
<b>TOTAL</b>	4	28	27	10	37	21

**Cuadro 24.- Diferencias en el tema "Cambios Positivos" entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En el cuadro 24 puede notarse que las madres del grupo tratado sin equipo son las que manifestaron más veces el tema "Cambios Positivos", y los que menos fueron los padres del grupo con equipo. Las madres y las hijas del grupo con equipo hablaron casi el mismo número de veces sobre el tema analizado. Destaca la categoría "Cambio en la Visión del problema" como la que obtuvo la mayor frecuencia.

A continuación se observarán los resultados del tema "Relación Terapéutica":

TEMA/CATEG.	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
<b>RELACION TERAPEUTICA</b>						
Relación Terap-Cliente Positiva	0	0	0	1	12	11
Relación Terap-Cliente Negativa	0	0	4	2	2	5
Relación Fam-Cliente Positiva	13	14	38	0	0	0
Relación Fam-Cliente Negativa	0	2	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	13	16	42	3	14	16

**Cuadro 25.- Resultados del tema "Relación Terapéutica" en los padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En el cuadro 25 se nota claramente que las hijas del grupo tratado con equipo son quienes más hablaron del tema "Relación Terapéutica", específicamente de la categoría "Relación Familia-Cliente Positiva", y de hecho, las madres y padres de este mismo grupo igualmente también hablaron más de esta categoría, y se refiere a la relación que establecieron con la familia que estuvo detrás del espejo y que los ayudó en su proceso. En este mismo grupo (con equipo), la categoría "Relación Terapeuta-Cliente Negativa" también obtuvo puntaje, y dicha categoría se refiere a la relación que establecieron con los terapeutas que estuvieron en el consultorio durante las sesiones. También cabe notar que la categoría "Relación Familia-Cliente Negativa" obtuvo puntaje, aunque mínimo.

En el grupo tratado sin equipo, los padres son los que menos hablaron del tema, las madres y las hijas tuvieron puntajes similares. Cabe resaltar que la categoría "Terapeuta-Cliente Negativa" tuvo puntajes de todos los miembros (padres, madres, hijas) aunque fue menor que el de "Relación Terapeuta-Cliente Positiva".

En el cuadro 26 se concentran los resultados del tema "Ambiente Terapéutico":

TEMA/CATEG.	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
<b>AMBIENTE TERAPEUTICO</b>						
Ambiente propicio	6	10	11	3	7	8
No propicio	0	1	0	2	8	3
Incómodo Yo	0	4	2	5	15	20
Incómodos Otros	0	2	0	0	0	3
Incomodidad fuera de sesión	0	0	0	0	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>34</b>

**Cuadro 26.- Resultados del tema "Ambiente Terapéutico" entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En este cuadro destaca que las madres y las hijas del grupo tratado sin equipo son quienes hablaron más de este tema. En cuanto a los padres, los del grupo sin equipo son los que menos hablaron de dicho tema.

En el grupo tratado con equipo, la categoría "Ambiente Propicio", es la que tuvo la mayor frecuencia, y de ello hablaron todos (padres, madres, hijas); en contraste, en el grupo sin equipo la categoría de mayor frecuencia fue "Incómodo Yo", también reportada por todos, principalmente por las hijas. De ambos grupos, los únicos que no refirieron dicha categoría fueron los padres del grupo tratado con equipo, ellos solamente reportaron sobre la categoría "Ambiente Propicio", de ninguna otra.

Las madres y las hijas del grupo con equipo también obtuvieron puntajes aunque bajos, en la categoría "Incómodo Yo", pero se nota una gran diferencia en relación con las madres y las hijas del grupo sin equipo, que tienen un puntaje mucho mayor.

En ese mismo grupo (sin equipo), las categorías "Ambiente propicio", y "Ambiente No Propicio" tuvieron también puntajes altos (18 y 13 respectivamente) reportado principalmente por las madres y las hijas en el caso de la primera categoría, y por las madres en el caso de la segunda. También la categoría "Incomodidad fuera de Sesión" fue reportada solamente por las madres del grupo sin equipo.

En el cuadro 27 se revisarán los resultados del tema "Sentimientos":

TEMA/CATEG.	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
Agradecimiento	4	4	3	1	2	2
Coraje, Rechazo	0	2	0	0	0	4
Cariño, Ternura, Afecto	0	2	2	0	2	0
Respeto, Admiración, Preparados	0	0	1	3	3	0
Se Equivocan	0	0	0	0	3	0
Indiferencia	0	0	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>7</b>

**Cuadro 27.- Resultados del tema "Sentimientos" en los padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En el cuadro 27 se aprecia que las madres del grupo sin equipo son las que más hablaron de este tema. Los padres de ambos grupos tuvieron puntajes iguales, y el de las hijas de uno y otro grupo también fue muy similar.

Destaca la categoría "Agradecimiento" como la que tuvo el mayor conteo, principalmente por los integrantes del grupo con equipo. La categoría "Respeto, Admiración, Preparados" es la que sigue en frecuencia, y fue manifestada solamente por los padres y las madres del grupo sin equipo, es decir los que fueron tratados solo por terapeutas. La categoría "Cariño, Ternura, Afecto", la manifestaron las madres y las hijas del grupo con equipo y solamente las madres del grupo sin equipo. En cambio la categoría "Coraje, Rechazo" la reportaron 2 veces las madres del grupo con equipo y 4 ocasiones las hijas del grupo sin equipo. "Indiferencia" solamente fue reportada una vez por las hijas del grupo sin equipo.

A continuación se revisará el tema "Dificultades en el Proceso Terapéutico":

TEMA/CATEG.	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
<b>DIFICULTADES EN EL PROCESO TERAPEUTICO</b>						
Por características personales	0	3	1	0	11	6
Por características del terapeuta	0	0	0	5	10	5
Por características de la técnica	0	12	2	0	9	2
<b>TOTAL</b>	0	15	3	5	30	13

**Cuadro 28.- Resultados del tema "Dificultades en el Proceso Terapéutico" entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En el cuadro 28 fácilmente se aprecia que las madres del grupo tratado sin equipo son las que más hablaron de este tema. Llama la atención que los padres del grupo tratado sin equipo no tuvieron ningún puntaje en este tema.

En cuanto a las categorías, destaca “Por características del Terapeuta” como la de mayor frecuencia, pero interesantemente esta fue reportada solamente por los padres, madres e hijas del grupo tratado sin equipo, en cambio los del grupo con equipo no reportaron nada en esta categoría, lo cual es de llamar la atención, ya que también hubo terapeutas en el cuarto de sesión con ellos. Respecto a la categoría “Por Características Personales”, fue manifestada por las madres e hijas de ambos grupos, siendo mayor la frecuencia en el grupo sin equipo. Y en cuanto a “Por Características de la Técnica”, también la reportaron madres e hijas de ambos grupos, siendo la frecuencia un poco mayor entre las del grupo tratado sin equipo.

En el cuadro 29 se revisará el tema “Cambios Negativos”:

TEMA/CATEG.	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
<b>CAMBIOS -</b>						
Cambio – en la interacción fam.	0	1	0	1	4	2
Comentarios perjudicaron	0	1	1	0	4	0
<b>TOTAL</b>	0	2	1	1	8	2

**Cuadro 29.- Resultados del tema “Cambios Negativos” entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En el cuadro 29 nuevamente destaca que las madres del grupo sin equipo fueron las que más hablaron de este tema. Los padres del grupo con equipo no obtuvieron puntaje en este tema. Destaca que ambas categorías, es decir “Cambio Negativo en la Interacción Familiar” y “Comentarios Perjudicaron” tuvieron la puntuación más alta por las madres del grupo sin equipo. La primera categoría también fue reportada 2 veces y una vez respectivamente por las hijas y los padres del grupo sin equipo y una vez por las madres del grupo con equipo. La segunda categoría, fue manifestada también en una ocasión tanto por las madres como por las hijas del grupo tratado con equipo.

Finalmente, en el cuadro 30 se revisa el tema de "Sugerencias":

TEMA/CATEG.	GRUPO CON EQUIPO			GRUPO SIN EQUIPO		
	PADRES	MADRES	HIJAS	PADRES	MADRES	HIJAS
<b>SUGERENCIAS</b>						
Tiempo sesión	0	6	3	0	1	0
Número sesiones	0	0	0	0	0	0
Cambio lenguaje	0	0	0	2	0	3
Cambio ambiente Físico	0	0	0	0	1	2
Contacto visual	0	3	0	0	0	0
Sesiones/terapia individual	0	1	0	0	7	2
Cuidar comentarios	0	0	0	0	3	0
Igualar relación terapeuta-cliente	0	0	0	0	0	2
Diálogo con fam. Consultada	1	7	2	0	0	0
Variar familias	0	3	1	0	0	0
Seguir adelante	1	3	3	1	1	1
Conocer historia fam. consultada	0	3	1	0	0	0
Preparar más a familias consultadas	0	7	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>33</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>10</b>

**Cuadro 30.- Resultados del tema "Sugerencias" entre padres, madres e hijas de ambos grupos.**

En el cuadro 30 sobresale el hecho de que las madres del grupo tratado con equipo hablaron mucho más de este tema que el resto de los participantes.

Como ya se había mencionado antes, las sugerencias entre uno y otro grupo varían porque los miembros no participaron en el mismo tipo de tratamiento, por lo que se revisan por separado.



En el grupo tratado con equipo, la categoría “Diálogo con Familia Consultada” fue la de mayor frecuencia, y sugerida por padres, madres e hijas, pero principalmente por las madres. También “Tiempo de Sesión” fue de las que obtuvieron frecuencia alta en este grupo, sugerida por madres e hijas, principalmente por las madres. “Preparar más a Familia Consultada” también fue mencionada solo por las madres. “Seguir Adelante” fue manifestada por padres, madres e hijas. “Variar a las Familias” y “Conocer Historia de la Familia Consultada” fueron sugeridas por las madres y las hijas de este grupo. “Contacto Visual” solo fue sugerido por las madres. Finalmente, las categorías “Número de Sesiones”, “Cambio de Lenguaje”, “Cambio Ambiente Físico”, “Cuidar Comentarios” e “Igualar Relación Terapeuta Cliente”, no obtuvieron conteo en este grupo.

En el grupo tratado sin equipo en cambio, la categoría de mayor frecuencia fue “Sesiones/Terapia Individual”, sugerido por madres e hijas. Otra categoría sugerida pero por padres e hijas fue “Cambio de Lenguaje”. “Cuidar Comentarios” fue sugerida solamente por las madres. “Cambio Ambiente Físico” la manifestaron madres e hijas. “Seguir Adelante” fue mencionada una vez en cada uno de los subgrupos (padres, madres, hijas). “Igualar Relación Terapeuta-Cliente” la manifestaron solamente las hijas, mientras que “Tiempo de Sesión” fue mencionada sola una vez por una madre. Y por último, las categorías que no fueron mencionadas son: “Número de Sesiones”, “Contacto Visual”, “Diálogo con Familia Consultada”, “Variar a las Familias”, “Conocer Historia de Familia Consultada” y “Preparar más a las Familias”.

## 5. DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

En este apartado se hace una breve discusión de los resultados encontrados, se proponen algunas conclusiones y se plantean nuevas preguntas, así como algunas sugerencias para futuras investigaciones.

Se considera que el primer punto importante a señalar es el hecho de que la experiencia de participar en un proceso de Terapia Familiar es vivida y experimentada por cada familia como algo único y especial, ya que ninguna familia es igual a otra, y aunque todas hayan pasado por la crisis de uno o más intentos de suicidio en una hija adolescente, este acto tiene un significado único y especial para cada familia, y afecta en mayor o menor grado y de manera distinta a los miembros que la conforman.

Resulta entonces un tanto difícil tratar de generalizar la experiencia que vivió cada una de las familias en su proceso terapéutico, a pesar de que con todas ellas, tanto las del Grupo tratado con Terapia Familiar y Equipo Reflexivo, como las del Grupo tratado con Terapia Familiar sin Equipo Reflexivo, se siguieron los mismos lineamientos de tratamiento y fueron atendidas por los mismos terapeutas a lo largo de todo el proceso. Parecería entonces que lo que puede hacerse es resaltar las coincidencias que pudieron observarse entre lo que manifestaron las familias de uno y otro Grupo, lo que posiblemente represente un buen indicador para ser tomado en cuenta a fin de hacer un contraste entre los dos Grupos de familias participantes.

Lo que se considera como lo más relevante es que fueron precisamente los diferentes miembros de las familias tratadas los que evaluaron al final, su propia experiencia de participación, lo que indudablemente resulta lo más valioso, pues desde su perspectiva muy particular, se obtuvo información sobre esta modalidad de trabajo, la utilización de Equipos Reflexivos, pero integrados por una familia.

En general se contrastaron dos formas de intervención terapéutica, una es Terapia Familiar con Equipo Reflexivo y otra es Terapia Familiar sin Equipo, en cuanto a Ambiente, Sentimientos, Beneficios, Lenguaje utilizado en las sesiones, Relación

Terapéutica, Dificultades en el Proceso, etc. Y podría concluirse que, basado en los reportes verbales y comentarios de las familias participantes en esta investigación, el haber participado en un proceso de Terapia Familiar resultó una alternativa útil en el tratamiento de adolescentes suicidas, independientemente de si hubo Equipo Reflexivo o no, pues las nueve familias tratadas en el presente estudio salieron adelante en la crisis y se minimizó en lo posible el riesgo suicida, ya que una vez que finalizaron su tratamiento, reportaron cambios traducidos a mejoría tanto en la interacción con los otros miembros como a nivel personal, esto último principalmente en las adolescentes suicidas. Aún así, para poder confirmar lo anterior, es necesario realizar más investigaciones, probablemente utilizando otros diseños. En el caso del presente estudio, los dos Grupos de familias tuvieron un procedimiento de Terapia Familiar y no se consideró por ejemplo otro grupo que tuviera quizás solamente tratamiento Farmacológico, sin Terapia Familiar, o un grupo que recibiera sólo Terapia Individual, con lo cual se podrían haber obtenido datos sobre la efectividad del tratamiento de Terapia Familiar. Pero es importante recalcar que el problema de *adolescentes con intento de suicidio, es considerado como una urgencia médica en la que está en peligro la vida, por lo que casi siempre es necesaria la atención Médico-Psicológica, como se revisó a lo largo del Capítulo 2.*

Sin embargo, y como otro punto importante a señalar, es que a pesar de lo dicho anteriormente respecto a la utilidad de la Terapia Familiar, hubo varias sugerencias respecto a tener Sesiones o Terapia Individual en algunos de los casos, particularmente de las familias que fueron tratadas sin Equipo, y esto es de llamar la atención (3 de las 4 familias lo sugirieron), y una del Grupo tratado con Equipo, esto fue mencionado principalmente por las madres, ya que al parecer se sintieron incómodas y decían que necesitaban hablar en privado, es decir no delante de los hijos, sobre algunos temas que parecían difíciles para ser tratados delante de toda la familia, y esto recuerda a Tom Andersen (1994) quien dice que en las sesiones, nosotros como terapeutas debemos preguntarnos, entre otras cosas, "*¿Quién puede hablar con quién y de qué temas aquí y ahora?*" (pág. 65), ya que existen temas que probablemente no sea prudente tocar en algún determinado momento, porque representan partes muy íntimas o privadas de la vida de una persona, de su pasado o presente y que no esté en condiciones de abordar, discutir o comentar incluso con su propia familia o con algunos de los miembros de su familia. Así

pues. es un punto importante a considerar en futuras investigaciones, pues en la presente parece que se llevaron a cabo sesiones sin preguntarles a los participantes si se sentían incómodos en algún punto o si había temas que preferían no comentar en un determinado momento, y hay que recordar que la Terapia Familiar Sistémica permite trabajar con partes del sistema (familia) en distintos momentos, o incluso trabajar con uno solo de los miembros de la familia, sin perder la visión global del sistema familiar.

Es interesante señalar que la mayoría de las mamás del Grupo tratado solo por terapeutas fueron las que refirieron haberse sentido incómodas, y la mejor manera de ilustrarlo es retomando textualmente sus frases: *“Yo cambiaría que hubiera terapia para uno de padre o madre...muy independiente de los hijos...yo en lo personal, me guardé algunas cosas”*; *“Me gustaría poder entrar sola a una sesión”*; *“Antes de llegar a una terapia familiar, creo que debe uno llegar a terapia individual o de pareja”*; *“Yo no quería tocar ciertos temas porque sabía que ustedes como terapeutas los iban a entender, pero no los hijos, no quería que se tocaran porque yo sabía que eran cosas que a ellos no les correspondía”*; *“Yo considero que de vez en cuando tener unas sesiones individuales, para tratar cosas que no se pueden tratar en familia o quizás para que nos dieran unas sugerencias más personales”*; *“Deberían observar más los avances de los adolescentes, pues creo que mi hija todavía no se siente del todo bien”*; y dos adolescentes con intento de suicidio de distintas familias pero que pertenecieron a este mismo Grupo comentaron: *“Yo creo que sí hubiera sido mejor tener una terapia individual, como paciente”* y *“Es incómodo el hecho de que saquen cosas de pareja y estemos aquí, o sea, sacarlos con nosotros”*. Entonces cabría preguntarse ¿Como decidir la opción de terapia individual o familiar?, ¿A cargo de quien debe estar esta decisión? del terapeuta “experto” o del cliente?, o ¿Podría pensarse en ambos tratamientos simultáneamente? ¿Porqué la mayoría de las familias, incluso ninguna de las adolescentes tratadas con Equipo hizo esta sugerencia?, una de las razones podría ser que es diferente el contexto creado cuando hay una familia detrás del espejo, a cuando la familia está sola ante los terapeutas. Pudo haber influido también el estilo personal de los profesionales a cargo del tratamiento, es decir el carácter, tono de voz, la manera de plantear la problemática de cada familia, los temas abordados en las sesiones, la manera de hacer las preguntas, o las interpretaciones, etc. Pero como en el caso de la presente

investigación todas las familias fueron tratadas por los mismos terapeutas. (un médico psiquiatra y una psicóloga) entonces. ¿También será diferente la actuación de los terapeutas en el consultorio cuando saben que hay una familia junto con otro terapeuta detrás de cámara escuchando? seguramente sí. y estas dudas podrían ser abordadas en futuras investigaciones. Como la relevancia de esta investigación es evaluar precisamente el proceso de Terapia Familiar pero desde el punto de vista de los clientes, se estima que estas sugerencias hechas precisamente por ellos, deben ser apreciadas. y tomando en cuenta que la Terapia Individual ha demostrado ser una opción efectiva en los adolescentes suicidas, se sugiere también como alternativa de tratamiento, tal como lo mencionan ellos mismos, y como lo recomiendan Berman y Jobes (1991). Aunque queda la duda de si realmente deseaban Terapia Individual o es que no se sintieron a gusto, es decir en comodidad y confianza para hablar de ciertos temas delante de los miembros de su familia, ya que no es lo mismo desear participar en una Terapia Individual o querer entrar sola a una o más sesiones, y futuras investigaciones podrían tomar en cuenta estas sugerencias para determinar en realidad qué quisieron decir las madres y las hijas principalmente al hacerlas, y porqué las manifestaron solamente miembros que participaron en un proceso de Terapia Familiar sólo con terapeutas, y no las que participaron en *Terapia Familiar con terapeutas* y con Equipo Reflexivo. Beutler y Mitchel (1981) reportan una conclusión muy interesante en su artículo, dicen que mucha de la variación o cambio de los tratamientos es atribuible a la compatibilidad entre cliente y terapeuta, más que a la técnica en sí. Entonces, ¿Podría decirse que existió mayor compatibilidad entre las familias que fueron ayudadas además de por terapeutas, por otras familias? pues como se ha repetido a lo largo de este estudio, los terapeutas fueron los mismos, un médico psiquiatra y una psicóloga, que atendieron a las familias de ambos Grupos.

Respecto a las Opiniones en general que emitieron las familias en relación con el Trabajo Terapéutico, se encontró que el Grupo tratado con Equipo habló más de este tema. a diferencia del Grupo tratado sin Equipo, se recordará que las opiniones fueron tanto positivas como negativas, y el Grupo que fue tratado con Equipo emitió mucho más opiniones positivas que negativas, en contraste con el Grupo tratado sin Equipo, ¿Será que esto pudo deberse a lo novedoso del procedimiento? es decir, al hecho de contar con una

familia con características similares ayudándoles en su proceso desde atrás de un espejo unidireccional?, ya que no es una modalidad que se trabaje comúnmente en Instituciones de Salud y mucho menos que sea conocida por los clientes, probablemente se sintieron más apoyados o entendidos, pues además de contar con dos terapeutas en el consultorio, había otras personas detrás de cámara interesados en su tratamiento; esto pudo haberlos hecho sentir diferente a si solamente hubieran sido atendidos por los dos terapeutas, sin el Equipo detrás de cámara.

Es pertinente aclarar que respecto a las Opiniones negativas del Grupo tratado con Equipo, la mayoría de las familias (4 de 5) emitió una sola opinión negativa, y la otra familia refirió más opiniones negativas que positivas, pero esto no es de sorprender ya que se trata de la familia que dio por terminado el tratamiento en la sesión 7, se trata de la familia CE4, y como no estuvo a gusto en ese momento del proceso, sus opiniones no fueron positivas. También en el Grupo tratado sin Equipo hubo una familia que emitió más opiniones negativas que positivas, fue la familia SE4, por lo que se podría pensar que no se sintió del todo satisfecha con el proceso, y revisando las opiniones en general que manifestaron, tal parece que detectaron fallas en la técnica (por ejemplo por estar todos los miembros presentes en la sesión o por tener poco tiempo tanto en sesión como en número de sesiones), y en los terapeutas (por ejemplo por ser “brusco”, por hacer comentarios que perjudicaran, por utilizar un lenguaje agresivo o confuso, etc.) aunque también pudo deberse a una problemática familiar más severa.

En conclusión, los miembros de familia del Grupo tratado con Equipo, emitieron más opiniones positivas que negativas respecto al Grupo tratado sin Equipo, lo cual podría significar que la modalidad de trabajo con Equipo Reflexivo utilizando otra familia con características similares, fue en general bien aceptada por las familias en proceso, por lo que esto puede representar un recurso potencial (la familia) que puede ser utilizado en el campo de la Terapia Familiar, incluso en Instituciones de Salud, como se hizo en el presente estudio. Aunque cabe también señalar que sí hubo una excepción, de las 5 familias tratadas con Equipo, una (la familia ya mencionada CE4), reportó no haberse sentido a gusto con esta forma de trabajo, diciendo entre otras cosas, que les hubiera gustado conocer

primero a la familia que los iba a ayudar, es decir, conocer su historia, su problemática y cómo la resolvieron, esta familia también sugirió que las familias que estén detrás del espejo deben tener una mejor preparación respecto a la modalidad de trabajo, lo cual es válido y debe ser tomado en cuenta para futuras investigaciones.

El Lenguaje es considerado como la herramienta principal de los procesos terapéuticos, pues es éste el medio para definirnos, definir nuestra experiencia, narrar las historias que nos contamos a nosotros mismos y le contamos a los otros, y por ende, para lograr la resolución de los problemas, lo cual es enfatizado precisamente en el enfoque de las Terapias Posmodernas, como se revisó en el Capítulo 1. De todos los temas examinados en el análisis de las entrevistas, se considera que es el de mayor importancia por su relevancia, y porque fue abordado por los integrantes de las familias en numerosas ocasiones durante las entrevistas. Se encontró que el Grupo tratado sin Equipo habló mucho más de este tema que el Grupo tratado con Equipo. Cabe resaltar que las 5 familias del Grupo con Equipo, se refirieron en numerosas ocasiones al lenguaje utilizado en las sesiones como “cotidiano”, y esto debido muy probablemente al hecho de haber estado otra familia con ellos durante su proceso, por lo que utilizaban un lenguaje sencillo y de la vida diaria; y a pesar de que de todos modos, eran entrevistados por dos terapeutas en el consultorio, y la familia que los ayudaba solamente hacía comentarios de reflexión durante 10 ó 15 minutos al final de la sesión, entonces cabría volver a preguntarse ¿El lenguaje de los terapeutas en el consultorio cambia cuando hay una familia detrás del espejo?. o ¿Los comentarios que hace la familia que actúa detrás del espejo tienen más peso que los que hacen los terapeutas en el consultorio?.

Ahora bien, de todas maneras hubo dos familias dentro de este mismo Grupo (tratado con equipo) que se refirieron al lenguaje en pocas ocasiones como “confuso”, específicamente en la familia CE3, pero lo que sucedió con ellos es que una psiquiatra encargada del servicio de hospitalización les decía algo así como que primero ellos tenían que entender que su hija estaba “enferma”, y que luego se lo tenían que decir a ella; y en la Terapia Familiar, el Equipo insistía en quitarle la etiqueta de “enferma” y se evitaba patologizar, por lo que esto les creó lógicamente, cierta confusión y con toda la razón del

mundo se preguntaban "¿A quién le hacemos caso?". "¿A quién le creemos"?, "¿Está o no está enferma nuestra hija"?. y con esto puede uno darse cuenta de lo que se puede ocasionar en los padres, cuando se enfrentan a dos extremos en cuanto a posturas terapéuticas.

La otra familia que habló acerca de lenguaje "Confuso", fue la ya mencionada familia CE4, que finalizó el proceso con 7 sesiones, ellas dijeron cosas como "Simplemente le dan el mensaje y ahí lo dejan, y yo no sé si lo interpreté bien en primera, y en segunda, si no lo interpreté bien, a lo mejor eso me causa cierta angustia porque no sé de qué me están hablando y finalmente no resuelvo nada porque las cosas se quedan en el aire"; "No hubo esa situación de poder exteriorizar lo que yo sentía y además de que me explicaran lo que yo no estaba entendiendo bien". "No entendían lo que yo trataba de decir", "Había cambios en nuestra familia, pero como que ellos no los entendían". Esto de los mensajes algunas veces confusos y vagos ya ha sido reportado anteriormente por Lax (1995b), y tal parece que precisamente, es parte de las dificultades y probablemente limitaciones de trabajar con equipo reflexivo.

Respecto a las 4 familias integrantes del Grupo tratado sin Equipo en cambio, 2 de ellas manifestaron el lenguaje como "Confuso" en varias ocasiones, 3 familias hablaron de "Interrupción", "Faltó Tiempo de Expresión", "Palabras/Tono Fuerte", "No Terminar Temas" y "Temas No Propios", esta última categoría fue mayormente reportada por la familia CE2 quien obviamente, es una de las que sugirió Sesiones o Terapia Individual. Con lo anterior, tal parece que las familias del Grupo tratado sin Equipo se sintieron un poco más incómodas en el proceso, en lo que respecta al tema de Lenguaje, considerando las categorías de las que habló la mayoría de las familias. Para ilustrar, se transcribirán algunas de las frases emitidas por miembros de este Grupo: "Las palabras que muchas veces nos decían, eran muy fuertes"; "la dureza con la que hacían las preguntas"; "Me sentí muy a disgusto sobre todo por no poder expresar...porque se nos iban las ideas"; "Los términos continuamente son contradictorios"; "No entendíamos las cosas igual que ustedes, porque ustedes son terapeutas"; "No había una dirección, se brincaba de un tema a otro"; "Que no se traten los temas de pareja en familia"; "Me gustó por haberme dicho



*palabras fuertes, yo soy muy sensible...”; “Me sentí como muy presionada...y muy acusada”; “No me gustó la manera muy cruel de decir las cosas...a lo mejor hasta me sonó como agresión”; “Me sentí incómoda cuando trataron de una manera brusca a mi familia”, etc. Como puede notarse entonces, hay aspectos del lenguaje utilizado en las sesiones que deben ser considerados por aquellos profesionales dedicados a la Terapia Familiar, y recordar que el mejor evaluador del proceso terapéutico es precisamente el cliente, por lo que debe de tomarse en cuenta y preguntarle cómo se va sintiendo durante su proceso, de manera que finalmente podamos serle útil en su recuperación.*

Siguiendo con el mismo tema de Lenguaje, en la tabla comparativa que se hizo solo entre padres, madres e hijas de ambos Grupos, sorprendentemente los que más hablaron de dicho tema fueron los padres del Grupo tratado sin Equipo, y la categoría a la que más hicieron mención fue “Confuso” precisamente, en contraste con los padres del otro Grupo. los cuales casi no hablaron del tema de “Lenguaje”. Dentro de este mismo Grupo (tratado sin equipo) la otra categoría de mayor frecuencia fue “Temas No Propios”, manifestada principalmente por las madres, lo cual corrobora que fueron ellas las que mayormente se sintieron incómodas por los temas abordados en las sesiones, aunque las hijas de este Grupo también lo mencionaron. La categoría “Por No Terminar Temas” fue mencionada tanto por los padres, madres e hijas del mismo Grupo (sin equipo) por lo que vale la pena tomar en cuenta esta observación, pues tal parece que sintieron que en las sesiones se brincaba de un tema a otro, lo cual dificulta el entendimiento, la sensación de sentirse escuchados y comprendidos, obstaculizando el proceso de mejoría.

Aquí valdría la pena aclarar que la formación de un Médico-Psiquiatra Institucional es distinta a la de un Psicólogo Terapeuta Familiar, pues el primero tiene como base el modelo médico, (causa-efecto) lo cual influye en la percepción del problema y la forma de abordarlo, a pesar de manejar estrategias de Terapia Familiar Sistémica. Y en base a los comentarios hechos por las familias, tal parece que el médico fue percibido por algunos de los miembros de las familias con un estilo personal de carácter fuerte, y esto lógicamente, influye más en familias sensibles, y en otras familias en cambio, no influye tanto. Aún así, se considera que el haber estado en las sesiones junto con una Terapeuta Familiar (psicóloga), resultó una buena combinación, y se lograron potencializar los recursos

terapéuticos que ambos aportaron para ayudar a la solución de los problemas de las familias. pues en este tipo de problemática de intento de suicidio en adolescentes los conocimientos del Médico Psiquiatra son básicos. Así que puede concluirse que la integración de equipos terapéuticos mixtos resulta una buena alternativa tanto para el tratamiento familiar como para el aprendizaje mutuo.

Otra de las cosas importantes de la presente investigación es que los “Beneficios” fueron altamente reportados por las familias de ambos Grupos, pero principalmente por las del Grupo tratado sin Equipo, en éste fueron mayores los “Beneficios Personales” que los “Familiares”, mientras que en el Grupo con Equipo, ambos tipos de beneficios tuvieron casi la misma frecuencia, por lo que como se decía en un principio, ambos tipos de tratamiento parecen ser efectivos en el tratamiento de familias con intento de suicidio, y cabe repetir. la Terapia Familiar puede representar una alternativa útil, independientemente del modelo utilizado.

Los “Cambios Positivos” fueron experimentados en las familias de ambos Grupos, pero en mayor frecuencia en las del Grupo tratado sin Equipo, pues según lo reportaron, vivieron más “Cambios en la Visión del Problema” que “Cambio en la Interacción Familiar”, pero aquí es interesante que varios miembros de las familias coincidieron al manifestar: *“Antes de la terapia, pensé que éramos una familia normal, pero después me di cuenta que teníamos muchos problemas”, “Aquí nos hicieron ver que no estábamos bien como pensábamos...”* etc. Mientras que en el Grupo tratado con Equipo ambos cambios tuvieron casi la misma frecuencia, por lo que podría decirse que en este último Grupo los cambios se experimentaron a nivel de la acción o conducta. no solo en la visión o perspectiva. En la comparación entre padres, madres e hijas de ambos Grupos en este tema de “Beneficios” destaca que quienes más hablaron del tema fueron las hijas del Grupo tratado con Equipo, y la categoría de mayor frecuencia fue “Beneficio Personal” por lo que podemos concluir en base a lo anterior que al menos a aquellos miembros de las familias que fueron entrevistados les fue beneficioso participar en la Terapia Familiar.

También se encontraron diferencias importantes respecto a la "Relación Cliente-Terapeuta" ó "Familia-Terapeuta", el Grupo tratado con Equipo dio muestras de haberse sentido mucho mas entendido o comprendido, pues fueron tratados por una familia con características similares, de hecho, este Grupo habló más del tema que el Grupo tratado sin Equipo. y la mayoría de las familias (4 de 5) de este Grupo se refirió a "Relación Familia-Cliente Positiva" en numerosas ocasiones. por lo que se podría decir que existió buen nivel de empatía en la mayoría de las familias; y es que según Berger (1962 en SantaMaría, 1993) "*La respuesta emocional de una persona puede producir respuestas emocionales en otra y cuando estas respuestas emocionales son iguales, la relación entre las dos personas es descrita como empatía o identificación*" (pág. 19).

En el caso del presente estudio, los observadores (familia-equipo) fácilmente pudieron percibir las emociones y sentimientos de la familia en tratamiento como propias, y es que para que se produzca la respuesta empática es necesario que la persona (observador) experimente emocionalmente la situación del otro (SantaMaría, 1993), pues la empatía no solo implica comprender, sino sentir.

Es por ello que se considera que las familias tratadas con Equipo pudieron haberse sentido mejor entendidas y comprendidas por la otra familia, pues todas las familias "ayudantes" habían experimentado anteriormente una crisis de intento de suicidio en una hija adolescente, y eso fue un factor que las ayudó a identificarse y a desarrollar empatía. Dicho de otra manera, estas familias además de apoyo profesional, tuvieron apoyo "familiar". Sin embargo, como ya se ha mencionado antes, hubo una excepción, la familia CE4 habló más sobre "Relación Familia-Cliente Negativa", pero no se sabe si se debió a la falta de empatía entre ambas o a que la modalidad del proceso no fue del agrado de esta familia, ya que en las primeras sesiones no hubo muestras de desagrado, y es pertinente tomar en cuenta las observaciones que esta misma familia mencionó, como que hubiera sido beneficioso que antes de comenzar el proceso de *Terapia Familiar con Equipo*, conocieran brevemente la historia y experiencia de la familia que las iba a ayudar, contada por ellas mismas, futuras investigaciones deberían tomar en cuenta esta sugerencia, ya que esto es muy factible de llevarse a cabo, en el caso de la presente investigación no se hizo así

porque no se consideró necesario. pero ante la sugerencia concreta. es algo que debe ser tomado en cuenta. y así las familias consultante y consultada no serían del todo ajenas al comenzar el tratamiento.

Respecto al Grupo tratado sin Equipo. destaca que la categoría "Relación Terapeuta-Cliente Positiva" también obtuvo la mayor frecuencia. pero la categoría "Relación Terapeuta-Cliente Negativa" también obtuvo una frecuencia importante, por lo que podría concluirse que una familia con una hija suicida se siente mejor comprendida y escuchada por otra familia más que por el terapeuta. y como algunas de las hijas con intento de suicidio dijeron. (refiriéndose a los terapeutas): "*Sí, ustedes estudiaron, pero no saben lo que estamos sintiendo porque nó lo han vivido*", "*Ella (adolescente detrás del espejo) sí me entiende*", "*Ellos (equipo). saben escuchar los puntos claves*". y una mamá comentó entre otras cosas: "*Gracias a ella (adolescente del equipo reflexivo) aprendí a conocer a los adolescentes. aprendí a conocer más a mi hija*", etc.

Ahora bien. con esta modalidad de tratamiento, sería lógico pensar que el Ambiente creado en las sesiones al tener una familia desconocida escuchando detrás del espejo sería tenso, incómodo o penoso, pero de acuerdo a los resultados que se obtuvieron en esta investigación. no es así. las 5 familias que fueron tratadas con Equipo Reflexivo, calificaron al ambiente creado en las sesiones como "Propicio", de hecho, fue la categoría que obtuvo el mayor porcentaje en este Grupo. aunque es pertinente mencionar que 3 de las 5 familias también hablaron de "Incómodo Yo", que es otra de las categorías de este tema, pero esta incomodidad fue mencionada como que se sintió en las primeras sesiones, como lo dijeron textualmente: "*Al principio me sentí incómoda, pero luego ya no...*"; "*Al principio me sacó de onda, pero luego ya me gustó*"; "*Es un poco incómodo al principio, pero cuando ya hemos venido varias veces, se siente uno mejor*"; "*Al principio nada más, al saber que hay gente enterándose de nuestros problemas*". Esta incomodidad es fácilmente comprensible, ya que se experimenta casi ante cualquier situación novedosa. Algunas familias se sintieron incómodas al principio, pero conforme avanzó la terapia, su incomodidad desapareció. como ellas mismas lo mencionaron. Esto quizás pueda resolverse

si como las mismas familias del Grupo tratado con Equipo sugirieron, antes del tratamiento, conocieran brevemente aspectos generales de la familia que los va a ayudar.

En cambio, según lo reportado por el Grupo que fue tratado sin Equipo, solo por terapeutas, la categoría más mencionada fue "Incómodo Yo", o sea, todas las familias de este Grupo mencionaron haberse sentido incómodas, ya sea porque fueron interrumpidas cuando hablaban y no tuvieron oportunidad de expresarse, o porque sentían el lenguaje como agresivo, cruel o duro, o por haber estado los hijos en la sesión, o por los temas que se abordaban, etc. pues hubo gente que textualmente dijo: *"Me sentía yo agredida"*; *"Las palabras que muchas veces nos decían, eran muy fuertes"*; *"Si me sentí muy a disgusto, sobre todo por no poder expresar..."*; *"Yo al menos no siento que saqué todo, mi hermana tampoco"*; *"Yo no soy partidaria de que mi intimidad se saque así al lado público"*; *"Me sentí así como muy presionada, y muy acusada"*; *"Le hacen más caso a mi mamá de su vida, y yo qué?, vean como me siento"*; *"No me gustó la manera muy cruel de decir las cosas... a lo mejor hasta me sonó como agresión"*; *"Hubo cosas que aquí se dijeron y yo siento que han servido más bien para perjudicar"*; *"Era difícil decir de mis papás, lo que yo sentía contra ellos..."*

Paradójicamente, todas las familias de este Grupo también hablaron de "Ambiente Propicio", aunque con menor frecuencia, a veces decían: *"El ambiente es propicio..."*; *"El ambiente está bien, es de uno que no quiere hablar"*; *"Te dan la confianza para decir lo que quieras"*, etc. e interesantemente, también todas las familias hablaron de "Ambiente No Propicio", como *"Hay cosas que no se deben de decir delante de los hijos..."*; *"Había temas que ya no eran tanto familiares, sino de pareja..."*; *"Hay cosas que a lo mejor uno no comenta con los hijos o ustedes con nosotros..."*; *"Yo en lo personal, me guardé algunas cosas..."* etc.

También en este mismo Grupo, 3 de las 4 familias mencionaron haberse sentido incómodas algunas veces fuera de las sesiones, y comentaron cosas como *"Después de las terapias salíamos muy confundidas, muy estresadas..."*; *"Mi suegra salía así como...queriendo ahorcar a sus hijas..."*; *"Se veía luego luego a la hora de la salida un ambiente muy pesado..."*; *"Muchas veces, la verdad, me fui bien mal a trabajar, me iba*

*hasta llorando...”: “A veces me sentí incómoda pero fuera de la sesión, por cosas que habían sucedido...o que había dicho aquí...”.*

En cambio, en el Grupo tratado con Equipo ninguna familia mencionó haberse sentido incómoda fuera de la sesión, cuando podría haberse esperado lo contrario, por el hecho de haber más personas opinando sobre la familia y sus problemas.

En base a lo anterior puede concluirse entonces que en general, el que esté una familia o un equipo detrás del espejo unidireccional escuchando y observando la sesión no propicia el que los clientes se sientan incómodos para llevar a cabo su proceso, y si esta incomodidad se llega a experimentar, por lo regular es al principio de la sesión, o en las primeras. sin embargo, no sabemos qué pasaría si el equipo estuviera en el mismo cuarto de la sesión. que es otra de las formas de trabajar con Equipo Reflexivo, ¿Cambiaría la sensación de comodidad? Es una pregunta que puede quedar para futuras investigaciones.

En cuanto a los Sentimientos generados por la familia-equipo, destaca principalmente el “Agradecimiento”, pues al parecer para ellas fue muy significativo el hecho de que otra familia haya prestado su tiempo en colaborar con ellas, 4 de las 5 familias así lo expresaron, y en palabras textuales dijeron: *“Siento agradecimiento hacia ellos porque dieron parte de su tiempo para venir a ayudarnos aquí”*: *“Más que nada es agradecimiento porque se prestaron, vinieron a decir que también habían pasado por eso, tuvieron el valor de decirlo aquí”*, es decir la familia consultante tomó muy en cuenta y valoró el hecho de que otra familia se haya tomado el tiempo de estar con ellos, y a ciencia cierta, no se supo si fuera del proceso de tratamiento se estableció alguna amistad entre las familias, pero eso es algo que uno no podía controlar.

En el Grupo tratado sin Equipo, los Sentimientos mayormente expresados fueron de “Respeto, Admiración, Preparados”, lo cual fue comentado por 3 de las 4 familias, aparte, dos de ellas hablaron de “Agradecimiento” también y dos de “Coraje” y “Se equivocan” lo cual resulta un dato bastante interesante, y volvemos a confirmar que los mejores jueces sobre la efectividad del proceso terapéutico son precisamente los clientes, pues como

terapeutas. ¿Nos habríamos imaginado provocar coraje en ellos?, o ¿Aceptar que también nos equivocamos?.

Respecto a las Dificultades en el Proceso Terapéutico, el Grupo tratado con Equipo las adjudicó a la Técnica en sí, es decir refiriéndose al poco tiempo que la familia reflexiva hablaba o al estar detrás de un espejo, por ejemplo hubo comentarios como: *"La familia de atrás te habla muy poquito, yo creo que deberían decirte más cosas, debería ser una hora de sesión y media hora de reflexiones"*; *"No le veo el caso de que la familia se esconda detrás de un espejo"*; *"Que otras personas estén oyendo la conversación y yo no las esté viendo, pero yo sé que me están viendo y oyendo, pues sí saca de onda"*. Ninguna de las familias de este Grupo mencionó dificultades debidas a los terapeutas, lo que es de llamar la atención porque en el Grupo tratado solo por terapeutas en cambio, sí lo mencionaron. En cuanto a dificultades debidas a la familia-equipo en sí, la familia CE4 comentó: *"La familia de atrás manejaba estrategias como superficiales, yo creo que también cuentan mucho los sentimientos de los integrantes de la familia, a veces fue algo agresivo"*; *"Me hubiera gustado que se hiciera un intercambio de ideas para que fuera bueno el tratamiento"*; *"Simplemente le dan a uno el mensaje y yo no sé si lo interpreté bien, se queda así como muy abierto"*. etc. Y nuevamente nos preguntamos ¿Qué pasó entre estas dos familias? ¿No simpatizaron? pero si esto hubiera sido, se hubiera notado desde un principio, lo cual no ocurrió, ¿Influiría el distinto nivel socioeconómico?, ¿Llegó un momento en el proceso en que se le movieron cosas a la familia que le resultaron difíciles o incómodas? En fin, que surgen preguntas que en este momento son difíciles o quizás hasta imposibles de responder, pero que se deben considerar en futuras investigaciones que pretendan utilizar a familias como Equipo Reflexivo. Principalmente, la influencia del nivel educacional, cultural y socioeconómico de las familias que participan tanto como Equipo Reflexivo, como las que participan como Consultoras.

En contraste, para el Grupo tratado sin Equipo, las Dificultades se adjudicaron principalmente a Características del Terapeuta, lo cual fue mencionado por las 4 familias del Grupo, aunque también dijeron que por Características de la Técnica, pero en esto se refirieron ya sea por estar todos presentes ("familiar") o por ser "breve", pues hubo familias

que se quedaron con la sensación de que “faltaba más” por hablar o enfocar, principalmente la familia SE1, quien tuvo un alto porcentaje en las sugerencias de más “Número de Sesiones”: por ejemplo, algunos miembros de esta familia dijeron: *“Yo no sentí que saqué todo, mi hermana tampoco”*; *“Sentimos que todavía faltó mucho por enfocar”*; *“Que le quiten lo de breve, y si necesitamos un año de terapia, pues un año”*; etc., también 3 de las familias dijeron que “Por Características Personales”, y esto incluye cosas como *“Yo no hablo mucho...”*; *“Es de uno que no quiere hablar...”*. *“La facilidad de palabra, no la tengo...”* etc.

Podría decirse que las familias del Grupo tratado sin Equipo hablaron más que las del Grupo tratado con Equipo respecto a lo que son las Dificultades en el Proceso, aunque esta no fue una pregunta específica de la guía de entrevista, esto quizás signifique que el equipo detrás del espejo sirva de mucho apoyo en el tratamiento y se presenten menos dificultades, y a que la responsabilidad del proceso es repartida entre todos (familia-equipo, terapeutas y la propia familia consultante), precisamente como se enfatiza en el enfoque de las Terapias Posmodernas, mientras que en el Grupo tratado solo por terapeutas, la responsabilidad es básicamente adjudicada a éstos.

Con respecto a “Cambios Negativos” uno podría no imaginarse que estos pudieran ocurrir como consecuencia del proceso terapéutico, pero como se ha demostrado, sí se dan, y el número fue mayor en el Grupo tratado sin Equipo, pues 3 familias hablaron de “Cambio Negativo en la Interacción Familiar”. Por ejemplo, alguien dijo algo así como: *“Está muy bien la terapia, pero mi relación con ella ya terminó”* (esto sucedió entre una chica con intento de suicidio y el cuñado, quien es el que hizo el comentario anterior), también dos de las familias de este mismo grupo dijeron que los “Comentarios perjudicaron”, y una mamá dijo: *“Hubo cosas que aquí se dijeron que sirvieron más bien para perjudicar”*. Por lo que nuevamente se recalca la importancia de recibir una retroalimentación del proceso de tratamiento por parte de los clientes, pues como terapeutas muchas veces se pueden cometer errores involuntarios al hacer comentarios durante las sesiones de terapia sin imaginar el impacto que estos puedan tener entre los miembros de las familias.



Revisando ahora las Sugerencias, la mayoría de las familias tratadas con Equipo (4 de 5) dijeron que les hubiera gustado tener un diálogo con la familia que las estuvo ayudando en su proceso, es decir, que una vez que la familia-equipo terminara de dar su reflexión, ellos a su vez hubieran querido comentar sobre las reflexiones en ese mismo momento, no hasta la siguiente sesión, y esto podría ser una buena sugerencia para futuras investigaciones, ¿Qué pasaría si las familias consultantes reflexionaran en el consultorio inmediatamente después de que la familia-equipo diera sus comentarios?, también 3 de las 5 familias comentaron que ojalá se siguiera adelante con este tipo de tratamiento ya que era novedoso, no sabían que existía y que en general es de mucha ayuda el saber que hay personas detrás del espejo que “ya pasaron por lo mismo y están del otro lado”. Además dos de las familias de este mismo Grupo sugirieron que antes de iniciar el tratamiento, explicarle a las familias en qué consiste éste, y pidieron que se diera a conocer la historia de la familia que los ayudaría en su proceso, es decir saber cosas como quiénes son sus miembros, el problema que tuvieron y como lo resolvieron; dos de las familias incluso sugirieron que la familia estuviera en el cuarto de sesión y no detrás de un espejo, lo cual también es factible y es una de las formas de trabajar el Equipo Reflexivo de acuerdo con Andersen (1994; 1995a), en el caso de la presente investigación, debido a problemas de espacio, se decidió que la familia-equipo estaría detrás del espejo. También, hubo personas que al parecer se sintieron incómodas porque el Equipo no miraba a la familia a los ojos, y sugieren que haya contacto ojo a ojo, pero en este caso, de acuerdo a Andersen (1994) si se hiciera así, entonces se está obligando a la familia consultante a escuchar, y el proceso reflexivo no es así, pues la familia debe tener la libertad de no escuchar si no quiere, por lo que la sugerencia para futuras investigaciones sería que se debe explicar a la familia el porqué el Equipo no los mirará directamente a los ojos, sino que se mirarán entre sí. Esta observación la hicieron una madre y una hermana de adolescente suicida, pero de distintas familias.

Otra sugerencia importante dentro de este Grupo (hecha por dos de las familias) es que las familias que estuvieran detrás del espejo fueran más entrenadas en algunas estrategias terapéuticas, esto lo comentó principalmente la familia CE4, pues a veces se sintieron juzgadas y opinaban que la familia-equipo “daba soluciones fáciles”, y “manejan estrategias muy superficiales”. La madre de la familia CE2 en un momento comentó

también que se notaba mucho la diferencia entre los comentarios que hacía la familia que estaba detrás del espejo y la terapeuta que formaba parte del equipo. y aquí surge el dilema de preparar más o no a la familia que fungirá como equipo reflexivo. pues de acuerdo con Andersen (1995c). *“Mientras menos se planea el proceso. habrá mayor posibilidad de que la situación determine su forma. Es importante que aquellos que tomen parte en el proceso, puedan decir y hacer aquello que sientan natural y cómodo”* (pág. 19), pero esto se refiere a los Equipos Reflexivos que son integrados por terapeutas, profesionales o psicólogos que básicamente tienen una preparación teórico. técnica y clínica para hacer terapia, lo cual es muy distinto cuando el Equipo está integrado por una familia. que es gente cotidiana, que actúa natural y espontáneamente. Por lo tanto, esta sugerencia bien podría tomarse en cuenta para futuras investigaciones, que la familia que vaya a actuar como Equipo Reflexivo, sea entrenada en algunas estrategias básicas de cómo hacer las reflexiones, pero aclarando nuevamente que no puede haber “prescripciones”. sino solamente “guías” de como hacerlas, de acuerdo con Lax (1995b), e incluso hacer algunos ensayos, (aunque cabría preguntarnos ¿Qué pensaría Tom Andersen de esta sugerencia?) detalle que en esta investigación no se llevó a cabo, pues se pensó que como estas familias ya habían pasado por un proceso de Terapia en el Servicio de Terapia Breve para Familias del Hospital, podrían manejar algunas cosas aprendidas en su proceso, pero el tratamiento en el que participaron ellas fue muy distinto, estuvo a cargo de un Médico Psiquiatra y un Psicólogo, lo cual probablemente se reflejó en su actuación como Equipo. es decir, probablemente “como fueron tratados, trataron”, así que sería interesante que las familias que en la presente investigación fueron tratadas con Equipo, actuaran después como Equipo de otras familias. para observar su manera de participar como Equipo Reflexivo y compararlas con las otras familias que los ayudaron a ellos.

Probablemente lo que sucedió con la familia CE4 es que en algún momento del proceso quizás se sintió juzgada o criticada, y es algo de lo que Andersen (1995c) también alerta en su artículo “Procesos Reflexivos: Actos de Información y Formación”. El dice: *“Las declaraciones, opiniones e interpretaciones deben ser evitadas. Las interpretaciones pueden ser fácilmente escuchadas por los miembros de la familia como algo que ellos deben considerar o incluso hacer. y si el significado del equipo es diferente al suyo propio,*

*fácilmente sentirán que el del equipo es "mejor" y el suyo "secundario". Si esto llega a suceder, algunas familias podrían sentirse criticadas" (pág. 20).*

Otra cosa interesante es que al parecer a algunas personas les incomoda que las reflexiones se hagan "al aire" es decir, en forma vaga, como sucedió en la presente investigación. pues hubo comentarios tales como "*Te hablo, pero como que hablo al aire y a ver qué agarras*": esto puede deberse a que la gente está acostumbrada a recibir consejos y soluciones concretas, "recetas" dadas por un "experto" terapeuta. como se lleva a cabo en la mayoría de los modelos de Terapia Familiar Sistémica revisados en el Capítulo 1, y el darles un sinnúmero de ideas alternativas respecto a su problema, sin que ninguna de estas ideas "sea mejor que la otra", y el ponerlos a reflexionar sobre estas ideas, de acuerdo al enfoque de las Terapias Posmodernas. seguramente les causa incertidumbre, lo cual genera sensación de incomodidad.

Revisando ahora las Sugerencias hechas por el Grupo tratado sin Equipo, interesantemente la sugerencia más mencionada (por 3 de las 4 familias) fue "Sesiones/Terapia Individual", pero ¿Por qué este Grupo lo sugiere y el otro no?, ¿Cuál será la diferencia?. al parecer fueron los temas abordados en las sesiones, pues 3 de las madres lo comentaron en la entrevista, solamente una de las hijas con intento de suicidio lo sugirió, pero no se sabe la razón. Así que en realidad lo que pudo haber pasado es que se sintieron incómodas por el hecho de que se abordaron temas probablemente difíciles delante de todos los miembros de la familia, y nuevamente como terapeutas cabe preguntarse si se vale hablar de todo en una sesión, o es preferible preguntar qué temas quisieran tratar los miembros.

También 3 de las 4 familias sugieren más tiempo de sesión, ya que se les hacía muy corta. una de las familias también aconsejó mayor número de sesiones, al parecer sintieron que, desde su punto de vista o sentir, aún no habían terminado su tratamiento, pero los terapeutas no pensaron lo mismo, por lo que entonces ¿Cuál opinión debería ser más válida?.

Dos familias de este mismo Grupo también hicieron la sugerencia de "Cuidar los Comentarios" que se hacen en la sesión por parte de los terapeutas, pues como lo dijeron textualmente: "*Sus comentarios sirvieron más bien para perjudicar*". lo que debe alertar a los terapeutas sobre lo que dicen y comentan en las sesiones. aparte del "cómo" se dice. ya que aunque se tenga buena intención en un comentario. éste puede en vez de ayudar. complicar más la situación, como sucedió en estos casos.

Como conclusión basada en todo lo mencionado anteriormente. puede nuevamente decirse que el utilizar una familia como Equipo Reflexivo es algo viable y útil, y definitivamente la familia en crisis se siente mejor entendida y escuchada, le da tranquilidad y esperanza de que las cosas se solucionarán, y la empatía es mayor que la que se da con los terapeutas. pues se sienten mayormente identificados con una familia que ya "estuvo en sus zapatos" antes. y que ahora está "del otro lado". Y como ya se mencionó, aparte de recibir el apoyo profesional, reciben apoyo moral por parte de un grupo de personas que los entienden. que saben cómo se están sintiendo. porque son cosas que ya experimentaron antes. Además. las familias "colaboradoras" o "reflexivas" también obtuvieron beneficios, como era de esperarse. Esto puede conocerse amplia y detalladamente revisando el trabajo de Urbina (1999). quien llevó a cabo la investigación de las familias que actuaron detrás del espejo unidireccional.

Así entonces. al parecer los resultados obtenidos en el presente estudio son alentadores, se considera que esta modalidad de tratamiento es factible de llevarse a cabo en un ámbito institucional. con lo cual se optimizarían recursos ya que ambas familias resultan beneficiadas. pero dado que el presente estudio es de tipo exploratorio, se recomendaría llevar a cabo más y nuevas investigaciones con el fin de corroborar o ampliar los resultados, quizás con otras experiencias similares o con otro tipo de problemática, pues aún hay mucho que investigar en este campo, especialmente en esta modalidad de trabajo, la del Equipo Reflexivo, pero integrado por otra familia.

Esta investigación ha pretendido un acercamiento hacia esta nueva modalidad de trabajo y sus efectos en el tratamiento de las familias, y qué mejor que hayan sido ellas mismas las que evaluaran su propio proceso terapéutico.

Finalmente, y como último punto a señalar, se estima y juzga necesario subrayar la idea por la que se originó la presente investigación: La propia familia es un recurso potencial que puede ser aprovechado por los terapeutas familiares para la ayuda de otras familias en crisis. Pues la experiencia de una familia como grupo de personas en constante convivencia, o la experiencia de cada uno de sus miembros, en el papel o roles que desempeñan, bien vale la pena ser compartida con otras familias, para facilitar la búsqueda de recursos, de nuevas visiones y perspectivas del problema, y principalmente, favorecer la exploración de nuevas y variadas alternativas de solución que indudablemente toda familia posee para salir adelante en sus tropiezos; y el descubrirlas o encontrarlas quizás resulte más fácil y rápido mediante el apoyo de este valioso grupo de personas: La Familia.

## BIBLIOGRAFIA:

Adams. D.; Overholser. J.; Lehnert, K. (1994). Perceived Family Functioning and Adolescent Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 33. 4, 498-507.

Andersen. T. (1994). *El Equipo Reflexivo: Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos*, Barcelona: Gedisa.

Andersen. T. (1995a). Reflexiones sobre la Reflexión con Familias, en McNamee, S.; Gergen. K.. *La Terapia como Construcción Social*, Barcelona: Paidós.

Andersen. T. (1995b). El Lenguaje No es Inocente, *Psicoterapia y Familia*. 8, 1, 3-7.

Andersen. T. (1995c). Reflecting Processes; Acts of Informing and Forming en *The Reflecting Team in Action*. Steven Friedman, Nueva York: The Guildford Press.

Anderson. H. y Goolishian. H. (1988). Los Sistemas Humanos como Sistemas Lingüísticos: Implicaciones para la Teoría Clínica y la Terapia Familiar. *Revista de Psicoterapia*, 11, 6-7. 41-47.

Anderson. H. y Goolishian, H. (1995). El Experto es el Cliente: La Ignorancia como Enfoque Terapéutico en McNamee, S.; Gergen. K., *La Terapia Como Construcción Social*, Barcelona: Paidós.

Beutler. L.; Mitchel. P. (1981). Psychotherapy Outcome in Depressed and Impulsive Patients as a Function of Analytic and Experiential Treatment Procedures, *Psychiatry*, 44. 297-306.

Beutler, L. (1989). Differential Treatment Selection: The Role of Diagnosis in Psychiatry, *Psychotherapy*. 26. 271-281.

Berman, A.; Jobes. D. (1991). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention* Washington, D.C.: American Psychological Association.

Berman, A. y Jobes. D. (1994). Treatment of the Suicidal Adolescent. Special Issue: Suicide Assessment and Intervention, *Death Studies*, 18, 4. 375-389.

Cecchin, G.; Lane. G.; Ray. W.; (1993). De la Estrategia de la No-Intervención: Hacia la Irreverencia en la Práctica Sistémica, *Psicoterapia y Familia*, 6, 2, 7-15.

Cecchin, G. (1995). Construcción de Posibilidades Terapéuticas en *La Terapia como Construcción Social*. McNamee, S.; Gergen, K.; Barcelona: Paidós.

Chagnon, F. (1996). The Problem-Solving Therapy: A Reality Approach. Adapted to Treatment of Suicidal Adolescents. *Science-et-Comportement*, 24, 3, 191-204.

Davidson, S. (1989). Suicidio. en *Agonía, Muerte y Duelo*. Sherr Lorraine (Comp.) México: El Manual Moderno.

Davidson, J. y Lussardi, D. (1994). Diálogos Reflexivos en la Supervisión y el Entrenamiento. en *El Equipo reflexivo: Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos*, Tom Andersen. Barcelona: Gedisa.

De Shazer, S. (1991a). *Claves para la Solución en Terapia Breve*, Barcelona: Paidós.

De Shazer, S. (1991b). *Putting Difference to Work*, Nueva York: Norton.

Durkheim, E. (1987). *El Suicidio*, México: Premiá.

Farberow, N.; Shneidman, E. (1969). *¡Necesito Ayuda! Un Estudio sobre el Suicidio y su Prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Fishman, Ch. (1995). *Tratamiento de Adolescentes con Problemas*, Barcelona: Paidós.

Freedman, J.; Combs, G. (1996). *Narrative Therapy*, Nueva York: Norton.

Fried, D.; Fuks, S. (1992). Conversaciones Terapéuticas: Entrevista a Harold Goolishian, *Psicoterapia y Familia*, 5, 1, 38-46.

Furman, B. y Aloha, T. (1996). *Solution Talk*, Nueva York: Norton.

Gergen, K. (1991). *El Yo Saturado: Dilemas de Identidad en el Mundo Contemporáneo*, Barcelona: Paidós.

Gergen, K. y Kaye, J. (1992). Más allá de la Negación del Significado Terapéutico en *La Terapia como Construcción Social*, McNamee, S.; Gergen, K.; Barcelona: Paidós.

González-Forteza, C. (1992). Estrés Psicosocial y Respuestas de Enfrentamiento: Impacto sobre el Estado Emocional en Adolescentes, *Tesis Maestría*, U.N.A.M.

González-Forteza, C.; Borges, G.; Gómez, C.; Jiménez, A. (1996). Los Problemas Psicosociales y el Suicidio en Jóvenes. Estado Actual y Perspectivas, *Salud Mental*, 19, Abril, 33-38.

Gotto, G.; Trotter, R. (1993). *Manual del Curso en Tally 3.0*, México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Guerin, P. (1976). *Family Therapy: Theory and Practice*, Nueva York: Gardner Press. Inc.

Gutstein, S.; Rudd, D. (1990). An Outpatient Treatment Alternative for Suicidal Youth. *Journal of Adolescence*, 13, 3, 265-277.

Hallengstead, J. (1982). Definición de la Adolescencia en la Educación de la Sexualidad Humana. *Individuo y Sexualidad*, México: Consejo Nacional de Población.

Haley, J. (1993). *Terapia para Resolver Problemas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Hodgman, C. (1990). Modern Psychiatric Views of Adolescent Depression and Suicidal Behavior. Special Issue: Adolescent Depression. *Journal of Psychology and Christianity*, 9, 4, 15-24.

Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de Terapia Familiar*, México: Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L. (1995). Una Postura Reflexiva para la Terapia Familiar, en *La Terapia como Construcción Social*, McNamee, S.; Gergen, K., Barcelona: Paidós.

Hurlock, S. (1987). *Psicología de la Adolescencia*, Barcelona: Paidós.

Katz, A. (1994). A Posteriori: Continuación del Diálogo en *El Equipo Reflexivo: Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos*, Tom Andersen, Barcelona: Gedisa.

Kernberg, P. (1994). Psychological Interventions for the Suicidal Adolescent. Special Section: Adolescent Psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 48, 1, 52-63.

Kjellberg, E.; Edwardsson, M.; Johansson, B.; Oberg, T. (1995). Using the Reflecting Process with Families Stuck in Violence and Child Abuse en *The Reflecting Team in Action*, Steve Friedman, Nueva York: The Guildford Press.

Lax, W. (1994). El Equipo Reflexivo y la Consulta Inicial en *El Equipo Reflexivo: Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos*, Tom Andersen, Barcelona: Gedisa.

Lax, W. (1995a). El Pensamiento Posmoderno en una Práctica Clínica, en *La Terapia como Construcción Social*, McNamee, S.; Gergen, K., Barcelona: Paidós.

Lax, W. (1995b). Offering Reflections: Some Theoretical and Practical Considerations en *The Reflecting Team in Action*, Steve Friedman, Nueva York: The Guildford Press.

Lothian, D. (1991). Working with Suicidal Adolescents and Their Families, *Journal of Child and Youth Care*, 6, 1, 1-9.

London, S.; Ruiz, G.; Gargollo, M. (1998). Client's Voices: A Collection of Clients' Accounts. *Journal of Systemic Therapies*, 24, 2, 165 -176.

Lozano, G. (1996). Enojo, Conductas Autodestructivas y Riesgo Suicida en Adolescentes: Un Enfoque Psicosocial. *Tesis Maestría*, U.N.A.M.



Minuchin, S. (1994). *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S.; Fishman, Ch. (1994). *Técnicas de Terapia Familiar*, México: Paidós.

Morano, C.; Cisler, R.; Lemerond, J. (1993). Risks Factors for Adolescent Suicidal Behavior: Loss, Insufficient Familial Support and Hopelessness, *Adolescense*, Win., 28. 112, 851-865.

Moron, P. (1987). *¿Qué sé? El Suicidio*, Presses Universitaires de France. México: Publicaciones Cruz O., S. A., 1992.

Ottino, J. (1995). Adolescent Suicides: Psychotherapy and Treatment Interruption. *Psychiatrie de l'Enfant*, 38, 2. 573-602.

Penn, P.; Frankfurt, M. (1994). Creating a Participant Text: Writing, Multiple Voices. Narrative Multiplicity, *Family Process*, 33, 3, 217-231.

Peña Alvaro, C. (1996). El Suicidio: Análisis Comparativo de los Enfoques Sociológico, Psicoanalítico y Psiquiátrico, *Tesis Licenciatura*, U.N.A.M.

Pépin, L. (1975). *La Psicología de los Adolescentes*, Barcelona: Oikos-Tau, S. A.

Piercy, F. (1986). *Family Therapy Sourcebook*, Nueva York: The Guildford Press.

Powel, M. (1981). *La Psicología de la Adolescencia*, México: Fondo de Cultura Económica.

Ribes, E. (1978). *Técnicas de Modificación de Conducta, su Aplicación al Retardo en el Desarrollo*. México: Trillas.

SantaMaría, R. (1993). Empatía entre Madres Maltratadoras y No Maltratadoras con sus Hijos, *Tesis Maestría*, U.N.A.M.

Selekman, M. (1995). Rap Music with Wisdom: Peer reflecting Teams with Tough Adolescents en *The Reflecting Team in Action*, Steve Friedman, Nueva York: The Guildford Press.

Selvini Palazzoli, M.; Cecchin, G.; Prata, G.; Boscolo, L. (1980). Hypothesizing - Circularity - Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session, *Family Process*, 19, 1, 3-12.

Selvini Palazzoli, M.; Cecchin, G.; Prata, G.; Boscolo, L. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*, Barcelona: Paidós.

Simon, R. (1987). Good Bye Paradox, Hello Invariant Prescription, *Networker*, Septiembre-Octubre.

Stengel, E. (1965). *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*. Buenos Aires: Paidós.

Tarragona, M. (1990). Nuevos Desarrollos en la Terapia Sistémica: Hacia un Paradigma Narrativo de la Psicoterapia, *Psicoterapia y Familia*, 3, 1, 38-44.

Tomm, K. (1984). One Perspective on the Milán Systemic Approach: Part II. Description of Session Format. Interviewing Style and Interventions, *Journal of Marital and Family Therapy*. 10. 3. 253-271

Urbina, M. (1999). "La Familia Como Equipo Reflexivo", *Tesis Maestría*, U.N.A.M.

Vaz-Leal, F. (1989). Psychotherapeutic Management of Suicide Attempts in Children and Adolescents: Working with Parents. 10<sup>th</sup> World Congress of International College of Psychosomatic Medicine (1989, Madrid, España), *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52, 1-3, 125-132.

White, M.; Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

# ANEXOS

SERVICIO DE TERAPIA BREVE PARA FAMILIAS

Caso No. \_\_\_\_\_ Exp. No. \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Escolaridad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa entre los hermanos: \_\_\_\_\_

Familia nuclear: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familia extensa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_ Internamiento: \_\_\_\_\_

Fecha ingreso al TBPF: \_\_\_\_\_ Fecha de alta hospital: \_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estudios de laboratorio: \_\_\_\_\_

Estudios de gabinete: \_\_\_\_\_

Tratamientos previos: \_\_\_\_\_

No. de miembros en T.B.P.F. \_\_\_\_\_

El (la) C. \_\_\_\_\_ como tutor y responsable legal de mi hijo, actualmente internado y quien recibe atención especializada en este hospital, he sido informado conveniente y satisfactoriamente de o los procedimientos que será necesario aplicar en el tratamiento y rehabilitación de mi familiar, autorizo al equipo terapéutico para seguir con los lineamientos establecidos en el contrato terapéutico, sabiendo que puedo retirarme de su alternativa terapéutica en cuanto lo desee y que además tengo el derecho a continuar recibiendo ayuda dentro o fuera de la institución si así lo quiero. Firmo de conocimiento y consentimiento.

ATTE. \_\_\_\_\_

**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL  
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

**SERVICIO DE TERAPIA BREVE PARA FAMILIAS**

FAMILIA \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

No. SESION: \_\_\_\_\_

PLAN DE LA SESION:

INFORMACION ACERCA DEL MENSAJE ANTERIOR:

TEMA DE LA SESION:

DESCRIPCION DE LA SESION:

**HIPOTESIS:**

**MENSAJE O TAREA:**

GUIA DE ENTREVISTA DE EVALUACION DEL PROCESO TERAPEUTICO

FAMILIAS TRATADAS CON EQUIPO REFLEXIVO.

1. ¿Qué fue lo que le gustó de la modalidad de equipo reflexivo?
2. ¿Qué fue lo que no le gustó?
3. ¿Qué beneficios recibió de este tipo de tratamiento?
4. ¿Como cambió la visión de su problema después de haber recibido la colaboración de otra familia en su tratamiento?
5. ¿Como influyó este tipo de tratamiento en la relación ó interacción de su familia?
6. ¿Alguno de ustedes se sintió incómodo o a disgusto en algún momento?
7. ¿Qué siente usted hacia la familia que participó como equipo reflexivo?
8. ¿En qué cree usted que le ayudó más este tipo de tratamiento?
9. ¿Considera que el ambiente que se dió en las sesiones le permitió hablar abiertamente?  
Sí, No. Por qué.
10. ¿Se sintió comprendido por el equipo que actuó detrás del espejo? Si, No, Porqué.
11. ¿Qué de lo que hicimos cambiaría?
12. ¿Qué sugerencias propone para mejorar este trabajo?

GUIA DE ENTREVISTA DE EVALUACION DEL PROCESO TERAPEUTICO

FAMILIAS TRATADAS SIN EQUIPO REFLEXIVO.

1. ¿Qué fué lo que le gustó de la Terapia Familiar?
2. ¿Qué fué lo que no le gustó?
3. ¿Qué beneficios recibió de este tipo de tratamiento?
4. ¿Cómo cambió la visión de su problema después de haber recibido Terapia Familiar?
5. ¿Cómo influyó el tratamiento en la relación o interacción de su familia?
6. ¿Alguno de ustedes se sintió incómodo o a disgusto en algún momento?
7. ¿Qué siente hacia los terapeutas?
8. ¿En qué cree que le ayudó más este tipo de tratamiento?
9. ¿Considera que el ambiente que se dió en las sesiones le permitió hablar abiertamente?  
Si, No. Porqué.
10. ¿Se sintió comprendido por los terapeutas a lo largo del tratamiento? Si, No, Porqué.
11. ¿Qué de lo que hicimos cambiaría?
12. ¿Qué sugerencias propone para mejorar nuestro trabajo?



DE LAS CATEGORIAS MARCADAS EN EL TEXTO DE LAS ENTREVISTAS.

FAMILIA SE1 (GRUPO SIN EQUIPO).

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\OPINTT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

Mnemonic Percentages

ott+	opinión positiva t.t.	28	65.12%
ott-	opinión negativa t.t.	15	34.88%
		=====	
	Total	43	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\LENG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

Mnemonic Percentages

con	confuso	0	0.00%
paf	palabra/tono fuerte	3	8.82%
agre	agresivo, cruel, duro	4	11.76%
cot	cotidiano, real, acertado	0	0.00%
dir	directo	8	23.53%
inte	interrupción	8	23.53%
faltex	faltó tiempo de expresión	9	26.47%
noterte	no terminar temas	2	5.88%
tenopro	temas no propios	0	0.00%
		=====	
	Total	34	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\BENEF.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

Mnemonic Percentages

befa	beneficio familiar	30	71.43%
bepe	beneficio personal	12	28.57%
		=====	
	Total	42	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMPOS.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	17	44.74%
cavipro	cambio visión del problema	21	55.26%
		=====	
	Total	38	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

### Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	7	70.00%
retcl-	relación tp-cl negativa	3	30.00%
refcl+	relación fam-cl positiva	0	0.00%
refcl-	relación fam-cl negativa	0	0.00%
		=====	
	Total	10	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

### Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	10	32.26%
amnopro	ambiente no propicio	3	9.68%
inyo	incómodo yo	10	32.26%
inotros	incómodos otros	1	3.23%
infuse	incomodidad fuera sesión	7	22.58%
		=====	
	Total	31	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

### Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	2	66.67%
cor	coraje, rechazo	0	0.00%
car	cariño, ternura, afecto	0	0.00%
rap	respeto, admiración, preparados	1	33.33%
equi	se equivocan	0	0.00%
indi	indiferencia	0	0.00%
		=====	
	Total	3	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFPTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

Mnemonic Percentages

difper	por características personales	1	7.14%
difter	por características terapeuta	6	42.86%
diftec	por características técnica	7	50.00%
		=====	
Total		14	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	7	77.78%
coper	comentarios perjudicaron	2	22.22%
		=====	
Total		9	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC1.DAT

Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	4	13.79%
nuse	número sesiones	12	41.38%
calen	cambio lenguaje	0	0.00%
camfis	cambio ambiente físico	0	0.00%
covi	contacto visual	0	0.00%
sein	sesiones/terapia individuales	8	27.59%
cuico	cuidar comentarios	4	13.79%
iguarel	igualar relación tp/cl	0	0.00%
diafa	diálogo con familia consultada	0	0.00%
vafa	variar familias consultadas	0	0.00%
sead	seguir adelante	1	3.45%
cohísa	conocer historia fam.consultada	0	0.00%
prefa	preparar más a familias	0	0.00%
		=====	
Total		29	

Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	9	31.03%
cavipro	cambio visión del problema	20	68.97%
		=====	
	Total	29	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC2.DAT

Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	6	60.00%
retcl-	relación tp-cl negativa	4	40.00%
refcl+	relación fam-cl positiva	0	0.00%
refcl-	relación fam-cl negativa	0	0.00%
		=====	
	Total	10	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTET.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC2.DAT

Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	7	19.44%
amnopro	ambiente no propicio	8	22.22%
inyo	incómodo yo	17	47.22%
inotros	incómodos otros	1	2.78%
infuse	incomodidad fuera sesión	3	8.33%
		=====	
	Total	36	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC2.DAT

Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	3	50.00%
cor	coraje, rechazo	0	0.00%
car	cariño, ternura, afecto	1	16.67%
rap	respeto, admiración, preparados	0	0.00%
equi	se equivocan	2	33.33%
indi	indiferencia	0	0.00%
		=====	
	Total	6	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFPTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC2.DAT

Mnemonic Percentages

difper	por características personales	10	41.67%
difter	por características terapeuta	7	29.17%
diftec	por características técnica	7	29.17%
		=====	
Total		24	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC2.DAT

Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	0	00.00%
coper	comentarios perjudicaron	0	00.00%

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC2.DAT

Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	2	22.22%
nuse	numero sesiones	0	0.00%
calen	cambio lenguaje	2	22.22%
camfis	cambio ambiente físico	2	22.22%
covi	contacto visual	0	0.00%
sein	sesiones/terapia individuales	1	11.11%
cuico	cuidar comentarios	0	0.00%
iguarel	igualar relación tp/cl	2	22.22%
diafa	diálogo con familia consultada	0	0.00%
vafa	variar familias consultadas	0	0.00%
sead	seguir adelante	0	0.00%
cohisfa	conocer historia fam.consultada	0	0.00%
prefa	preparar más a familias	0	0.00%
		=====	
Total		9	

PORCENTAJES OBTENIDOS EN TALLY 3.0

DE LAS CATEGORIAS MARCADAS EN EL TEXTO DE LAS ENTREVISTAS.

FAMILIA SE3 (GRUPO SIN EQUIPO).

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\OPINTT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

Mnemonic Percentages

ott+	opinión positiva t.t.	8	88.89%
ott-	opinión negativa t.t.	1	11.11%
		=====	
	Total	9	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\LENG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

Mnemonic Percentages

con	confuso	0	0.00%
paf	palabra/tono fuerte	5	83.33%
agre	agresivo, cruel, duro	0	0.00%
cot	cotidiano, real, acertado	0	0.00%
dir	directo	0	0.00%
inte	interrupción	0	0.00%
faltex	faltó tiempo de expresión	0	0.00%
noterte	no terminar temas	0	0.00%
tenopro	temas no propios	1	16.67%
		=====	
	Total	6	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\BENEF.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

Mnemonic Percentages

befa	beneficio familiar	1	8.33%
bepe	beneficio personal	11	91.67%
		=====	
	Total	12	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMPOS.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	2	20.00%
cavipro	cambio visión del problema	8	80.00%
		=====	
	Total	10	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

### Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	11	84.62%
retcl-	relación tp-cl negativa	2	15.38%
refcl+	relación fam-cl positiva	0	0.00%
refcl-	relación fam-cl negativa	0	0.00%
		=====	
	Total	13	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

### Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	4	30.77%
amnopro	ambiente no propicio	2	15.38%
inyo	incómodo yo	7	53.85%
inotros	incómodos otros	0	0.00%
infuse	incomodidad fuera sesión	0	0.00%
		=====	
	Total	13	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

### Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	0	0.00%
cor	coraje, rechazo	3	50.00%
car	cariño, ternura, afecto	1	16.67%
rap	respeto, admiración, preparados	1	16.67%
equi	se equivocan	0	0.00%
indi	indiferencia	1	16.67%
		=====	
	Total	6	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFPTLR.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

### Mnemonic Percentages

difper	por características personales	6	60.00%
difter	por características terapeuta	2	20.00%
diftec	por características técnica	2	20.00%
		=====	
Total		10	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	1	100.00%
coper	comentarios perjudicaron	0	0.00%
		=====	
Total		1	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC3.DAT

### Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	1	20.00%
nuse	numero sesiones	0	0.00%
calen	cambio lenguaje	0	0.00%
camfis	cambio ambiente físico	1	20.00%
covi	contacto visual	0	0.00%
sein	sesiones/terapia individuales	2	40.00%
cuico	cuidar comentarios	0	0.00%
iguarel	igualar relación tp/cl	0	0.00%
diafa	diálogo con familia consultada	0	0.00%
vafa	variar familias consultadas	0	0.00%
sead	seguir adelante	1	20.00%
cohisfa	conocer historia fam.consultada	0	0.00%
prefa	preparar más a familias	0	0.00%
		=====	
Total		5	



PORCENTAJES OBTENIDOS EN TALLY 3.0  
DE LAS CATEGORIAS MARCADAS EN EL TEXTO DE LAS ENTREVISTAS.

FAMILIA SE4 (GRUPO SIN EQUIPO).

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\OPINTT.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC4.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

Mnemonic Percentages

ott+	opinión positiva t.t.	5	35.71%
ott-	opinión negativa t.t.	9	64.29%
		=====	
	Total	14	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\LENG.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC4.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

Mnemonic Percentages

con	confuso	9	34.62%
paf	palabra/tono fuerte	1	3.85%
agre	agresivo, cruel, duro	6	23.08%
cot	cotidiano, real, acertado	0	0.00%
dir	directo	0	0.00%
inte	interrupción	2	7.69%
faltex	faltó tiempo de expresión	1	3.85%
noterte	no terminar temas	6	23.08%
tenopro	temas no propios	1	3.85%
		=====	
	Total	26	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\BENEF.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC4.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

Mnemonic Percentages

befa	beneficio familiar	12	40.00%
bepe	beneficio personal	18	60.00%
		=====	
	Total	30	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMPOS.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\EC4.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	10	50.00%
cavipro	cambio visión del problema	10	50.00%
		=====	
	Total	20	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

### Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	8	66.67%
retcl-	relación tp-cl negativa	4	33.33%
refcl+	relación fam-cl positiva	0	0.00%
refcl-	relación fam-cl negativa	0	0.00%
		=====	
	Total	12	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

### Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	7	36.84%
amnopro	ambiente no propicio	1	5.26%
inyo	incómodo yo	9	47.37%
inotros	incómodos otros	1	5.26%
infuse	incomodidad fuera sesión	1	5.26%
		=====	
	Total	19	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

### Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	0	0.00%
cor	coraje, rechazo	2	25.00%
car	cariño, ternura, afecto	0	0.00%
rap	respeto, admiración, preparados	5	62.50%
equi	se equivocan	1	12.50%
indi	indiferencia	0	0.00%
		=====	
	Total	8	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFPTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

Mnemonic Percentages

difper	por características personales	0	0.00%
difter	por características terapeuta	11	84.62%
diftec	por características técnica	2	15.38%
=====			
Total		13	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	8	61.54%
coper	comentarios perjudicaron	5	38.46%
=====			
Total		13	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT0\EC4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\EC4.DAT

Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	0	0.00%
nuse	número sesiones	0	0.00%
calen	cambio lenguaje	6	60.00%
camfis	cambio ambiente físico	0	0.00%
covi	contacto visual	0	0.00%
sein	sesiones/terapia individuales	0	0.00%
cuico	cuidar comentarios	3	30.00%
iguarel	igualar relación tp/cl	0	0.00%
diafa	diálogo con familia consultada	0	0.00%
vafa	variar familias consultadas	0	0.00%
sead	seguir adelante	1	10.00%
chisfa	conocer historia fam.consultada	0	0.00%
prefa	preparar más a familias	0	0.00%
=====			
Total		10	

PORCENTAJES OBTENIDOS EN TALLY 3.0  
DE LAS CATEGORIAS MARCADAS EN EL TEXTO DE LAS ENTREVISTAS.

FAMILIA CE1 (GRUPO CON EQUIPO).

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\OPINTT.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

Mnemonic Percentages

ott+	opinión positiva t.t.	17	94.44%
ott-	opinión negativa t.t.	1	5.56%
		=====	
	Total	18	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\LENG.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

Mnemonic Percentages

con	confuso	0	0.00%
paf	palabra/tono fuerte	0	0.00%
agre	agresivo, cruel, duro	0	0.00%
cot	cotidiano, real, acertado	5	100.00%
dir	directo	0	0.00%
inte	interrupción	0	0.00%
faltex	falto tiempo de expresión	0	0.00%
noterte	no terminar temas	0	0.00%
tenopro	temas no propios	0	0.00%
		=====	
	Total	5	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\BENEF.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

Mnemonic Percentages

befa	beneficio familiar	7	28.00%
bepe	beneficio personal	18	72.00%
		=====	
	Total	25	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMPOS.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	8	42.11%
cavipro	cambio visión del problema	11	57.89%
		=====	
	Total	19	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

### Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	0	0.00%
retcl-	relación tp-cl negativa	3	13.04%
refcl+	relación fam-cl positiva	20	86.96%
refcl-	relación fam-cl negativa	0	0.00%
		=====	
	Total	23	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

### Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	7	70.00%
amnopro	ambiente no propicio	0	0.00%
inyo	incómodo yo	3	30.00%
inotros	incómodos otros	0	0.00%
infuse	incomodidad fuera sesión	0	0.00%
		=====	
	Total	10	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

### Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	3	100.00%
cor	coraje, rechazo	0	0.00%
car	cariño, ternura, afecto	0	0.00%
rap	respeto, admiración, preparados	0	0.00%
equi	se equivocan	0	0.00%
indi	indiferencia	0	0.00%
		=====	
	Total	3	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFFTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

### Mnemonic Percentages

difper	por características personales	3	100.00%
differ	por características terapeuta	0	0.00%
ditfec	por características técnica	0	0.00%
=====			
Total		3	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	1	100.00%
coper	comentarios perjudicaron	0	0.00%
=====			
Total		1	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV1.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV1.DAT

### Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	0	0.00%
nuse	número sesiones	0	0.00%
calen	cambio lenguaje	0	0.00%
camfis	cambio ambiente físico	0	0.00%
covi	contacto visual	0	0.00%
sein	sesiones/terapia individuales	1	50.00%
cuico	cuidar comentarios	0	0.00%
iguarel	igualar relación tp/cl	0	0.00%
diafa	diálogo con familia consultada	1	50.00%
vafa	variar familias consultadas	0	0.00%
sead	seguir delante	0	0.00%
cohisfa	conoce historia fam.consultada	0	0.00%
prefa	preparar más a familias	0	0.00%
=====			
Total		2	

PORCENTAJES OBTENIDOS EN TALLY 3.0  
DE LAS CATEGORIAS MARCADAS EN EL TEXTO DE LAS ENTREVISTAS.

FAMILIA CE2 (GRUPO CON EQUIPO).

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\OPINTT.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

Mnemonic Percentages

ott+	opinión positiva t.t.	22	95.65%
ott-	opinión negativa t.t.	1	4.35%
		=====	
	Total	23	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\LENG.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

Mnemonic Percentages

con	confuso	0	0.00%
paf	palabra/tono fuerte	0	0.00%
agre	agresivo, cruel, duro	0	0.00%
cot	cotidiano, real, acertado	9	69.23%
dir	directo	0	0.00%
inte	interrupción	0	0.00%
faltex	falto tiempo de expresión	3	23.08%
noterte	no terminar temas	1	7.69%
tenopro	temas no propios	0	0.00%
		=====	
	Total	13	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\BENEF.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

Mnemonic Percentages

befa	beneficio familiar	13	44.83%
bepe	beneficio personal	16	55.17%
		=====	
	Total	29	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMPOS.SET  
Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	13	61.90%
cavipro	cambio visión del problema	8	38.10%
		=====	
	Total	21	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

### Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	0	0.00%
retcl-	relación tp-cl negativa	1	5.00%
refcl+	relación fam-cl positiva	19	95.00%
refcl-	relación fam-cl negativa	0	0.00%
		=====	
	Total	20	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

### Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	7	53.85%
amnopro	ambiente no propicio	0	0.00%
inyo	incómodo yo	6	46.15%
inotros	incómodos otros	0	0.00%
infuse	incomodidad fuera sesión	0	0.00%
		=====	
	Total	13	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

### Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	0	0.00%
cor	coraje, rechazo	0	0.00%
car	cariño, ternura, afecto	3	60.00%
rap	respeto, admiración, preparados	1	20.00%
equi	se equivocan	0	0.00%
indi	indiferencia	1	20.00%
		=====	
	Total	5	



### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFPTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

### Mnemonic Percentages

difer	por características personales	0	0.00%
difter	por características terapeuta	0	0.00%
diftec	por características técnica	3	100.00%
=====			
Total		3	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	0	00.00%
coper	comentarios perjudicaron	0	00.00%

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV2.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV2.DAT

### Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	9	33.33%
nuse	número sesiones	0	0.00%
calen	cambio lenguaje	0	0.00%
camfis	cambio ambiente físico	2	7.41%
covi	contacto visual	4	14.81%
sein	sesiones/terapia individuales	0	0.00%
cuico	cuidar comentarios	0	0.00%
iguarel	igualar relación tp/cl	0	0.00%
diafa	diálogo con familia consultada	6	22.22%
vafa	variar familias consultadas	4	14.81%
sead	seguir adelante	2	7.41%
cohisfa	conocer historia fam.consultada	0	0.00%
prefa	preparar más a familias	0	0.00%
=====			
Total		27	

DE LAS CATEGORIAS MARCADAS EN EL TEXTO DE LAS ENTREVISTAS.

FAMILIA CE3 (GRUPO CON EQUIPO).

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\OPINTT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

Mnemonic Percentages

ott+	opinión positiva t.t.	25	96.15%
ott-	opinión negativa t.t.	1	3.85%
		=====	
	total	26	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\LENG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

Mnemonic Percentages

con	confuso	3	60.00%
paf	palabra/tono fuerte	0	0.00%
agre	agresivo, cruel, duro	0	0.00%
cot	cotidiano, real, acertado	2	40.00%
dir	directo	0	0.00%
inte	interrupción	0	0.00%
faltex	faltó tiempo de expresión	0	0.00%
noterte	no terminar temas	0	0.00%
tenopro	temas no propios	0	0.00%
		=====	
	Total	5	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\BENEF.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

Mnemonic Percentages

befa	beneficio familiar	17	42.50%
bepe	beneficio personal	23	57.50%
		=====	
	Total	40	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMPOS.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	3	20.00%
cavipro	cambio visión del problema	12	80.00%
		=====	
	Total	15	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	0	0.00%
retcl-	relación tp-cl negativa	0	0.00%
refcl+	relación fam-cl positiva	24	100.00%
refcl-	relación fam-cl negativa	0	0.00%
		=====	
	Total	24	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	15	100.00%
amnopro	ambiente no propicio	0	0.00%
inyo	incómodo yo	0	0.00%
inotros	incómodos otros	0	0.00%
infuse	incomodidad fuera sesión	0	0.00%
		=====	
	Total	15	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	8	100.00%
cor	coraje, rechazo	0	0.00%
car	cariño, ternura, afecto	0	0.00%
rap	respeto, admiración, preparados	0	0.00%
equi	se equivocan	0	0.00%
indi	indiferencia	0	0.00%
		=====	
	Total	8	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFPTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

### Mnemonic Percentages

difper	por características personales	0	0.00%
difter	por características terapeuta	0	0.00%
diftec	por características técnica	2	100.00%
		=====	
Total		2	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	0	00.00%
coper	comentarios perjudicaron	0	00.00%

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT\ENTREV3.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV3.DAT

### Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	0	0.00%
nuse	número sesiones	0	0.00%
calen	cambio lenguaje	0	0.00%
camfis	cambio ambiente físico	0	0.00%
covi	contacto visual	3	37.50%
sein	sesiones/terapia individuales	0	0.00%
cuico	cuidar comentarios	0	0.00%
iguarel	igualar relación tp/cl	0	0.00%
diafa	dialogo con familia consultada	0	0.00%
vafa	variar familias consultadas	0	0.00%
sead	seguir adelante	3	37.50%
cohisfa	conocer historia fam.consultada	0	0.00%
prefa	preparar más a familias	2	25.00%
		=====	
Total		8	

PORCENTAJES OBTENIDOS EN TALLY 3.0

DE LAS CATEGORIAS MARCADAS EN EL TEXTO DE LAS ENTREVISTAS.

FAMILIA CE4 (GRUPO CON EQUIPO).

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\OPINTT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

Mnemonic Percentages

ott+	opinión positiva t.t.	4	22.22%
ott-	opinión negativa t.t.	14	77.78%
		=====	
	Total	18	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\LENG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

Mnemonic Percentages

con	confuso	8	57.14%
paf	palabra/tono fuerte	0	0.00%
agre	agresivo, cruel, duro	4	28.57%
cot	cotidiano, real, acertado	2	14.29%
dir	directo	0	0.00%
inte	interrupción	0	0.00%
faltex	faltó tiempo de expresión	0	0.00%
noterte	no terminar temas	0	0.00%
tenopro	temas no propios	0	0.00%
		=====	
	Total	14	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\BENEF.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

Mnemonic Percentages

befa	beneficio familiar	5	83.33%
bepe	beneficio personal	1	16.67%
		=====	
	Total	6	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMPOS.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	2	50.00%
cavipro	cambio visión del problema	2	50.00%
		=====	
	Total	4	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

### Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	0	0.00%
retcl-	relación tp-cl negativa	0	0.00%
refcl+	relación fam-cl positiva	1	10.00%
refcl-	relación fam-cl negativa	9	90.00%
		=====	
	Total	10	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

### Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	3	37.50%
amnopro	ambiente no propicio	1	12.50%
inyo	incómodo yo	2	25.00%
inotros	incómodos otros	2	25.00%
infuse	incomodidad fuera sesión	0	0.00%
		=====	
	Total	8	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

### Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	1	16.67%
cor	coraje, rechazo	4	66.67%
car	cariño, ternura, afecto	0	0.00%
rap	respeto, admiración, preparados	0	0.00%
equi	se equivocan	0	0.00%
indi	indiferencia	1	16.67%
		=====	
	Total	6	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFPTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

Mnemonic Percentages

difper	por características personales	1	7.14%
difter	por características terapeuta	0	0.00%
diftec	por características técnica	13	92.86%
		=====	
Total		14	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	0	0.00%
coper	comentarios perjudicaron	1	100.00%
		=====	
Total		1	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV4.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV4.DAT

Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	0	0.00%
nuse	número sesiones	0	0.00%
calen	cambio lenguaje	0	0.00%
camfis	cambio ambiente físico	0	0.00%
covi	contacto visual	0	0.00%
sein	sesiones/terapia individuales	0	0.00%
cuico	cuidar comentarios	0	0.00%
iguarel	igualar relación tp/cl	0	0.00%
diafa	dialogo con familia consultada	2	9.52%
vafa	variar familias consultadas	0	0.00%
sead	seguir adelante	0	0.00%
cohisfa	conocer historia fam.consultada	8	38.10%
prefa	preparar más a familias	11	52.38%
		=====	
Total		21	

PORCENTAJES OBTENIDOS EN TALLY 3.0

DE LAS CATEGORIAS MARCADAS EN EL TEXTO DE LAS ENTREVISTAS.

FAMILIA CES (GRUPO CON EQUIPO).

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\OPINTT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

Mnemonic Percentages

ott+	opinión positiva t.t.	5	83.33%
ott-	opinión negativa t.t.	1	16.67%
		=====	
	Total	6	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\LENG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

Mnemonic Percentages

con	confuso	0	0.00%
paf	palabra/tono fuerte	0	0.00%
agre	agresivo, cruel, duro	0	0.00%
cot	cotidiano, real, acertado	1	100.00%
dir	directo	0	0.00%
inte	interrupción	0	0.00%
faltex	faltó tiempo de expresión	0	0.00%
noterte	no terminar temas	0	0.00%
tenopro	temas no propios	0	0.00%
		=====	
	Total	1	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\BENEF.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

Mnemonic Percentages

befa	beneficio familiar	4	25.00%
bepe	beneficio personal	12	75.00%
		=====	
	Total	16	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMPOS.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXT\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT



Mnemonic Percentages

cainfa+	cambio positivo interacc.familiar	6	75.00%
cavipro	cambio visión del problema	2	25.00%
		=====	
	Total	8	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\RELTEP.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

Mnemonic Percentages

retcl+	relación tp-cl positiva	0	0.00%
retcl-	relación tp-cl negativa	0	0.00%
refcl+	relación fam-cl positiva	10	100.00%
refcl-	relación fam-cl negativa	0	0.00%
		=====	
	Total	10	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\AMBTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

Mnemonic Percentages

ampro	ambiente propicio	3	100.00%
amnopro	ambiente no propicio	0	0.00%
inyo	incómodo yo	0	0.00%
inotros	incómodos otros	0	0.00%
infuse	incomodidad fuera sesión	0	0.00%
		=====	
	Total	3	

Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SENT.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

Mnemonic Percentages

agra	agradecimiento, comprensión	1	50.00%
cor	coraje, rechazo	0	0.00%
car	cariño, ternura, afecto	1	50.00%
rap	respeto, admiración, preparados	0	0.00%
equi	se equivocan	0	0.00%
indi	indiferencia	0	0.00%
		=====	
	Total	2	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\DIFPTER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

### Mnemonic Percentages

difper	por características personales	0	0.00%
difter	por características terapeuta	0	0.00%
diftec	por características técnica	1	100.00%
		=====	
Total		1	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\CAMNEG.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

### Mnemonic Percentages

cainfa-	cambio negativo interacc.familiar	0	0.00%
coper	comentarios perjudicaron	1	100.00%
		=====	
Total		1	

### Mnemonic Percentages

Mnemonics Set : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\NEMO\SUGER.SET  
 Text File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\TEXTO\ENTREV5.TXT  
 Codings File : C:\ARCH\MARTHA\TALLY\DATOS\ENTREV5.DAT

### Mnemonic Percentages

tiese	tiempo sesión	0	0.00%
nuse	número sesiones	0	0.00%
calen	cambio lenguaje	0	0.00%
camfis	cambio ambiente físico	0	0.00%
covi	contacto visual	0	0.00%
sein	sesiones/terapia individuales	0	0.00%
cuico	cuidar comentarios	0	0.00%
iguarel	igualar relación tp/cl	0	0.00%
diafa	diálogo con familia consultada	2	40.00%
vafa	variar familias consultadas	0	0.00%
sead	seguir adelante	2	40.00%
cohisfa	conocer historia fam.consultada	1	20.00%
prefa	preparar más a familias	0	0.00%
		=====	
Total		5	

NOMBRE: FAMILIA SE4

NUMERO DE PERSONAS ENTREVISTADAS: 4

PARENTESCO: M=MAMA, P=PAPA, H\*=HIJA CON I.S., Ha=HERMANA MENOR.

FECHA: 30 DE MARZO DE 1998

(\*)EL NOMBRE DE LA HIJA CON I.S. SE CAMBIO POR ESTE SIMBOLO

1. ¿Qué fué lo que les gustó de la Terapia Familiar?

P=Bueno, yo...en lo personal como padre de (\*) pues me dieron parte de [ bepe ] la motivación de conocerla, para poder yo implantar ciertas reglas...-- [ ott+ bepe ] quizás me gustó que me hayan dado a conocerme más como ser humano, o -- [ ] sea mis errores también, yo pienso que eso fué lo que más me llamó la - atención.

[ ott+ ] M=Bueno, a mí me gustó que por ejemplo había cosas que pensábamos que - [ cavipro ] estábamos en lo correcto, y aquí nos hicieron ver que...pues hay que -- [ ] cambiar algunas cosas, entonces si nadie se lo dice a uno, pues uno si- que actuando como si fuera lo mejor...

[ ott+ befa ] Ha=A mí lo que me gustó fué que descubrimos cosas que no sabíamos.

[ ott+ befa ] H\*=Bueno...me gustó que hubo un cambio en la familia...

2. ¿Qué fue lo que no les gustó?

[ agre ] P=Pues la manera muy cruel de decir las cosas...aunque dicen que las -- cosas siempre son pesadas...bueno desde mi punto de vista muy personal,



pensar en la...en la educación de mis hijas, sin caer en cualquiera de los dos extremos y pienso que pudo haber habido un gran beneficio en - cuanto a la salud de (\*) porque...para nada he dudado de ustedes, ver-- dad? de su capacidad, pero...cuando la persona no quiere, es inútil, o sea, yo no le digo que no...no se haya recuperado totalmente por...por ustedes, sino que por más esfuerzos que ustedes hicieron, porque yo...- yo lo ví, y el esfuerzo que hicimos nosotros, si la persona indicada, - no pone de su parte, pues qué ganamos...todos, sí? entonces [ el benefi-- bepe cio, en lo personal fué ese, no? de saber que en adelante tengo que re- cuperar la educación de mis hijas y en saber tomar mi papel, mi lugar - befa dentro del hogar, saber hasta donde. ]

[ bepe cavipro  
Ha=El saber que el asma que tenía nada más era para llamar la atención  
] y no me dejaba vivir bién...

[ bepe ] [ bepe  
H\*=Por una parte, ya no estoy tan encerrada en mí misma, y a pensar más  
] en mí, si quiero hacer algo o no quiero hacer nada, hacerlo pero por mí no tanto por lo que me presionen.

4. ¿Cómo cambió la visión de su problema después de haber recibido la - terapia familiar?

[ cavipro ]  
P=Bueno empezamos a ver el problema...un poquito más fácil, ya mas...-- para poder tener mejores ideas, que funcionen no? cuando el problema, - cuando mi hija estaba en el hospital, nos encontrábamos totalmente ce-- rrados de ideas ya no encontrábamos qué puerta tocar, nada más quería-- mos que nos dieran una idea para poderle transmitir a ella que estaba - mal, ya no había la capacidad de...hacerlo.

[ cavipro  
M=Yo cuando llegamos aquí me sentía culpable, pero después de la tera--

pia, ví que no tenía yo la culpa, y que si llegué a cometer algunos - - errores, fueron involuntarios y que si una persona, si nos vamos a otra situación, digamos a un asesino que mata por accidente, a otro asesino que mata premeditadamente, yo creo que merecen diferente pena, así yo, yo lo hice...si cometí algún error en cuanto a la educación de mis hijas, fué inconsciente, yo pensaba que así deberían ser las cosas, y - - aquí me hicieron ver que no, que no hay que irse a los extremos, entonces ahora ya no me siento culpable, y si yo estoy corrigiendo todo ese tipo de cosas, menos me siento culpable, pero si por ejemplo (\*) no --- quiere...no quiere aceptar las cosas, por ejemplo ahorita me está haciendo gestos y se está burlando de mí por lo que dije, pues entonces - yo no...este...qué mas puedo hacer, doctora, si yo ya cambié todo.

Ha=Bueno, antes de llegar aquí al hospital yo no entendía qué pasaba -- con (\*), porqué actuaba así...hacía esas cosas, y ahora entiendo un poco más sus problemas, su comportamiento, todos tenemos algo que ver...

H\*=Los veía como un escape...y ahorita los sigo viendo igual.

5. ¿Cómo influyó el tratamiento en la relación o interacción de su familia?

H\*=Con mi papá, es más fuerte, demuestra más su carácter, con mi mamá, sigo teniendo problemas con ella, y con mi hermana, todo el tiempo estamos peleando, ella se escuda en que yo estoy en un hospital...

M=Bueno, como le decía doctora, nosotros...yo este...le he dejado a él su papel y este...con la tarea que ustedes nos dejaron que por cierto - la seguimos llevando a cabo, hablamos más, nos comunicamos más y nos -- ponemos de acuerdo y en cuanto a mis hijas, pues ella dice que yo lo --

hago para hacerme la víctima, pero siento que ahora soy más tolerante, [ cainfa+ bepe ]  
 porque por ejemplo a (otra hija) ahora la apoyo con la tarea, y si (\*) [ cainfa+ ]  
 fuera a la escuela, pues también lo haría, y ella se molesta porque en [ cainfa- ]  
 las mañanas a veces le acerco su uniforme, pero solamente cuando veo --  
 que en la noche tuvo mucha tarea, y que ya se acostó tan tarde y que no  
 le dió tiempo de acercarse sus cosas, entonces yo en las mañanas se las  
 llevo, y si (\*) fuera a la escuela, aún cuando no se durmiera muy tarde  
 por la tarea, también lo haría, pero como quiere que haga las mismas -  
 cosas si están en diferente actividad...ahorita ella no va a la escuela,  
 entonces, de qué manera la apoyo digamos, que ella diga que me hago la  
 víctima, yo creo que no es hacerme la víctima, sino como yo se lo dije  
 a ella, es que yo sí cambié, yo quiero cambiar, me dice "porqué no le -  
 dices esto a (hermana)", y "porqué a ella no...este...le haces las mis-  
 mas cosas que me hacías a mí, cuando yo llegaba de malas, no me sopor--  
 tabas..." le digo quieres que cometa los mismos errores con tu hermana,  
 le digo bueno, yo sí estoy cambiando, luego cuando emplezan a discutir  
 las dos, pues ya ve que aquí se dijo, no? que este...pues que las tengo  
 que dejar que ellas arreglen sus cosas y ahora me quedo callada, dice -  
 "pero no dices nada", le digo bueno, pues es que arreglen ustedes las -  
 cosas, "Ah, pero no fuera yo" para todo saca eso, entonces yo siento --  
 que...que para mí sí cambió mi manera de ser con ellas, con mi esposo, [ cainfa+ befa ]  
 en el papel que yo tenía.

Ha=Con mi mamá la siento igual, no? en cuanto a mi papá, ahora lo veo - [ cavipro ]  
 como un poquito más fuerte, a veces se pone de muy mal humor y por eso  
 ya lo oigo gritar...antes, mi papá era más tranquilo, decía las cosas - [ cainfa- ]  
 hablando y no se ponía a gritar, y con mi hermana...seguimos peleando... [ cainfa- ]

[ befa ]  
 P=Déjeme decirle que en cuanto a lo que es la familia, se comprendieron  
 muchas cosas de mucho valor, como el respeto, [ befa ] respetar al que tengo al

lado, respetar, el saber tomar una decisión, que es algo bastante difícil, pero ya se tiene el apoyo para hacerlo si? poner mano dura definitivamente también es muy difícil, pero creo que ya se está haciendo y - eso es lo que yo realmente...aprendí a tomar decisiones difíciles, y a determinar las situaciones porque por más difíciles que se presentan -- eh...eso es lo que yo veo que ha cambiado o lo que ha sido en base a -- esta pregunta...T=Y cómo era la relación antes con su esposa y como es ahora, y con sus hijas? P=Bueno eh...la relación ahora sí es más dura - porque no va con mi manera de ser y créame que esto por lo mismo no es fácil.

6. ¿Alguno de ustedes se sintió incómodo o a disgusto en algún momento?

M=Yo no me sentí incómoda, porque como ya le dije, yo de antemano me -- sentía del todo culpable, pues ya lo que me dijeran no me iba a hacer - sentir mal.

P=Incomodidad...fué...pues haber llegado aquí, porque poniéndome en el papel de padre yo pensaba que estaban bién las cosas, y eso fué mi incomodidad, haber llegado aquí, haber llegado en una situación como esta, que no lo creía yo en mi familia.

Ha=A veces me sentí incómoda pero fuera de la sesión, por cosas que habían sucedido...o que había dicho aquí.

H\*=Me hizo sentir incómoda que le pusieran atención a algo que no tenían que ponerle atención, porque yo decía "lo único que hicieron ahorita fué aliarlos más", a veces no sé...me sentí incómoda cuando trataron de una manera brusca a mi familia...T=¿Te sentiste incómoda cuando a cada quien le decían sus cosas? no tanto por las cosas en sí, sino porque --



duelen? H\*=yo creo que muchas veces durante la terapia nos sentimos in-  
[ inotros  
inyo ]  
cómodos...T=Para tí? o tu crees que para todos, aunque ellos no lo han  
dicho así? H\*=Sí, para todos.

7. ¿Qué siente hacia los terapeutas?

H\*=Yo sí sentí muchas veces coraje hacia ustedes, a veces...cuando la -  
[ cor ]  
persona está confundida, y está de por sí devaluada, le afecta más el -  
[ ]  
que le digan cosas o que la hagan sentir peor T=¿Sentiste eso en las --  
[ inyo retcl- ]  
sesiones? H\*=Sí algunas veces.

Ha=Sí tenía coraje a veces porque las cosas...que decían cosas que qué  
[ cor ] [ ]  
[ retcl- ] [ difter ]  
tienen que ver con nosotros porque tal vez ustedes lo catalogaban de --  
[ con ]  
otra manera, entonces yo decía "¿nos van a ayudar o no?", y por decirlo  
así "lo van a hacer bién o van a ir despacito o rápido", no? y siento -  
[ ott- ] [ faltex ]  
como que esto todavía no se ha acabado, como que faltan todavía muchí--  
[ ]  
simas cosas por decir...

M=Bueno, pues yo la vez que sí sentí pues un poco de falla fué el día -  
[ ott- ] [ equi ] [ ]  
[ difter ] [ coper ]  
que vinieron a decir que no era verdad que los hijos no se querían ----  
[ ]  
igual sino que siempre se tenía una preferencia, entonces yo dije: "no,  
pues con esto (\*) se hace fuerte", y por otro lado este...yo sí pues...  
[ rap ]  
los admiro muchísimo porque pues ustedes buscan la manera de ayudar a -  
[ ]  
la gente, verdad? por ejemplo, alguna enfermedad se puede detectar a --  
través del microscopio, o lo que sea, verdad? pero este tipo de cosas -  
[ rap ]  
es muy difícil, entonces yo considero que su labor de ustedes es admi--  
[ ]  
rable, no? porque se encuentran con situaciones que...no hay ni por ---  
donde, y le buscan por aquí, y le buscan por allá...

P=Pues ante todo yo siento por ustedes pues un respeto, porque [ ] [ ]  
[ rap ] [ ]  
pienso -

rap ]  
 que saben hacer su trabajo, verdad? y eso hay que reconocerlo, por otro  
 lado, hay situaciones que el ser humano cuando no se está preparado, se  
 con [ ]  
 confunde con las palabras o idea que le transmiten...porque a veces son  
 paf ]  
 palabras...muy fuertes, y es muy difícil que traiga sus cinco sentidos  
 bién abiertos para captar el significado de cada palabra, y eso se pue-  
 inyo ]  
 de decir más bién que a veces causa una molestia, y sí la causa porque  
 agre ]  
 tiene una...es una palabra dura, y se toma de quien venga porque así es  
 su trabajo...se respeta, pero...de ahí en fuera, pero se entiende ...yo  
 creo que no estamos tan mal para entender que...el lugar en que se en-  
 cuentran es este...difícil también, y que trabajar con seres humanos es  
 muy trabajoso...porque cuando alguien está enfermo, pues al rato se - -  
 rap ]  
 muere, pero encontrar el problema emocional de alguien, no es tan fácil  
 ]  
 ...ese es mi respeto...

8. ¿En qué cree que ayudó más este tipo de tratamiento?

bepe ]  
 P=En lo que más me fué útil para mí es en...saber ser padre.

befa  
 M=Para mí yo quisiera decirle doctora, en lo que más me ayudó es en que  
 cainfa+ ]  
 él ya tomara su parte, porque antes yo era la responsable de todo, y si  
 las cosas salían bién o mal, o cometía un error, pues decía "haber como  
 befa ]  
 me va", entonces, sobre todo en que él ya tomara su parte en la respon-  
 sabilidad de las hijas.

bepe  
 Ha=Bueno...pienso que una parte importante fué en descubrir lo de mi --  
 ]  
 enfermedad (asma)...me ayudó en eso y ya en lo demás, tomando en cuenta  
 befa ]  
 la familia, ví que mis papás reforzaron su cariño, su mundo...y este...  
 cainfa+ ]  
 me siento bién, no? de que ya no me hablan así en un tono de que me or-  
 ]  
 denan...

H\*=A mí me ayudó a...no sentirme tan encerrada en mí misma y en hacer -  
las cosas que yo quiera sin hacerlo por presiones de otros.

9. ¿Considera que el ambiente que se dió en las sesiones le permitió --  
hablar abiertamente? Si, No, Porqué.

H\*=Yo pienso que sí, sí puede uno hablar de todo lo que uno quiere, y -  
puede uno sacar todo lo que tiene adentro sí, el ambiente sí es propi--  
cio para eso...T=¿Porqué (\*)? H\*=Porque estás comprometido, o sea, no -  
hay tiempo para estar se callando, para engañar a las personas, y sobre  
todo porque te dan mucha...mucha confianza para que puedas decir todo -  
lo que quieras y como quieras y a la hora que quieras.

Ha=Yo también...sí pude decir lo que sentía...tenía confianza, al prin-  
cipio sí era difícil decir de mis papás...lo que yo sentía contra ellos,  
pero ya después ustedes mismos fueron reforzando el ánimo para decir --  
las cosas.

M=Pues sí, el ambiente sí era propicio para decir...todo, en primer lu-  
gar era propicio, y en segundo lugar, pues si nosotros queríamos salir  
del problema y queríamos ayudar a nuestra hija, pues era absurdo quedar-  
nos callados o no decir las cosas, lo teníamos que hacer, definitivamen-  
te...

P=Desde mi punto de vista...es un ambiente muy pesado, muy difícil de -  
entrada, son experiencias que...no se las esperan yo creo ni el compa--  
dre eso...no se puede cambiar, así se siente...pero...pero sí había ex--  
presión de libertad, lo que pasa es que a veces no se permitía o...la -  
pregunta que se hacía se confundía uno...y ahí se quedaba..nadamás la -  
información...no se dió del todo abiertamente, eh...dicen que para que

todo funcione se tienen que aceptar del todo las cosas para que en realidad pegue, <sup>[ ott+ ]</sup> sí nos han pasado buenos resultados, se presentó...ya después este...un poquito fácil, porque todo mundo era difícil pero este... <sup>[ ott- noterte ]</sup> no del todo salieron las cosas...este...quedan muchos cabos incluso... desde la última sesión que tuvimos todavía se quedó una situación...todavía que tratamos de controlar.

10. ¿Se sintió comprendido por los terapeutas a lo largo del tratamiento?

H\*=Algunas veces...<sup>[ retcl+ ]</sup> sí comprendían lo que sentíamos...

Ha=En algunas ocasiones porque hubo...<sup>[ retcl+ ]</sup> veces en que con sus palabras reflejaban mejor lo que quería decir...

M=Sí, así como algunas veces pues...<sup>[ retcl+ ]</sup> me decían mis verdades, pero para la siguiente vez ya trataban de comprenderme, no? y de dar un porqué -- <sup>[ retcl+ ]</sup> sobre las cosas, entonces sí sentí que me comprendieron.

P=Si, <sup>[ retcl+ ]</sup> creo que sí, sí comprendían la situación...pero a veces se presentaban situaciones más difíciles o diferentes...<sup>[ ampro ]</sup> aunque el lugar es principio, a veces, ya se trae tensión de afuera y quizás yo quería que entendieran para que controlaran esa ira que ya traía...y si no hubo <sup>[ retcl- ]</sup> resultado, no nomás en mi caso, sino en el caso de mi esposa.

11. ¿Qué de lo que hicimos cambiaría?

M=Doctora, pues la verdad yo este...he cambiado muchas cosas, ya no sé qué más cambiar...T=No, me refiero a lo que hicimos nosotros, qué <sup>[ cuico ]</sup> cambiaría? M=Nada más ese detalle doctora...ver si alguna cosa que se ha--

ble ahí puede afectar o beneficiar...nada más, o sea "si decimos esto",  
crees que afecte más o sí beneficia, no? porque a lo mejor va a ser ---  
contraproducente el hacer esa pregunta o el hacer ese comentario...nada  
más eso es lo único.

P=Yo un punto de vista doctora, es que a veces cuando no se puede asis-  
tir...yo creo que...se debe...de decir a la persona...yo sé, somos se--  
res humanos, pero yo creo que el ser humano por...profesionista, decir  
bueno sabes qué, no voy a asistir porque eso ese es un punto, el otro -  
punto es que se pierde la secuencia de una situación, por ejemplo hubo  
dos tareas, y el doctor no se presentó a la sesión, entonces yo pienso  
que sí lo va a escuchar, porque los demás ustedes le comentan la sesión,  
pero no es lo mismo...porque no va a ver si traigo coraje o si vengo --  
contento, motivado, si me gustó o no, esos son mis puntos.

Ha=Que...a veces dicen las cosas de manera...no directamente, sino ha--  
cen una pregunta para que la pensemos y demos una respuesta, yo quisie-  
ra que hicieran la pregunta...más directa porque luego me pregunto cómo  
querrá el doctor que la entienda"? T=Sí, el lenguaje a veces es un poco  
ambiguo, puedes entender algo de muchas formas...Ha=Sí, o simplemente -  
no es la pregunta que estoy entendiendo.

M=¿Puedo agregar algo doctora? T=Sí claro...M=Ahorita lo que estaba - -  
mencionando mi esposo, que algunas veces el doctor nos dejaba una tarea,  
y ya después a la siguiente sesión, no nos preguntaba nada...T=Se le --  
olvidaba pedirles la tarea...M=Sí, doctora entonces se quedó inconcluso  
y de ahí nos quedábamos pensando entonces qué intención tuvo o porqué...  
le contestaré o porqué hizo esa pregunta...

P=Me permite? T=Sí claro...P=Eso es algo de lo que le decía...que se --

noterte ]  
quedaban ciertos cabitos sueltos que veníamos entusiasmados y lo borra-  
ron, borraron el pizarrón de la tarea, porque sí nos hacía falta, por--  
[ difter ]  
que como le decía, bueno no entendí porqué la habían quitado...  
[ con ]

[ difter ]  
M=Sí, le poníamos mucha atención a la tarea y ya después nunca se...se  
] [ con noterte ]  
...revisaba... entonces nos quedamos muchas veces sin entender cual ha-  
] bía sido la intención...

H\*=También lo mismo, a veces hacían preguntas y yo la contestaba por --  
[ inte ] [ ]  
decir algo, o preguntaba otra cosa, y no me la contestaba, se iba por -  
noterte] [ noterte ]  
otro lado este...como que debe haber más secuencia a lo largo de la te-  
] rapia...de la charla, también en las preguntas en que sí hacen caso us-  
] [ calen ]  
tedes, a veces son ustedes...sí decir las cosas directamente, pero vaya,  
] [ calen ]  
sin ofender, decir las cosas claro y después...sin que la persona se --  
ofenda T=Está muy interesante eso, (\*), haber dáme un ejemplo...H\*=Como  
...achh...pues hubo muchas...T=O sea, hacíamos preguntas que te hacían  
] [ inyo agre ]  
por ejemplo sentir incómoda H\*=Ajá, sentía mal las expresiones que us--  
] tades decían, "no, ajá, haces eso por esto" o "no hagas..." o sea, como  
diciendo "qué descarada", o...o...o sea, cosas así...

12. ¿Qué sugerencias propone para mejorar este tipo de trabajo?

[ sead ]  
P=Mi sugerencia es que sigan adelante, que luchen...y que sigan siem--  
pre así.

[ cuico ]  
M=Pues yo lo único que ya mencioné...tener cuidado con lo que se habla,  
] que no vaya a ser algo que en vez de ayudar, perjudique.

[ calen ]  
Ha=Yo ya la hice...T=Cuál, cuál? Ha=La de que digan las cosas más dir--  
] ectamente.

H\*=Yo sugiero que pongan más atención a las cosas que trae cada persona,  
porque no se llega...a veces se confunden las cosas, que nos hagan ver  
el fin al que se va a llegar la...lo que se está diciendo...sí cambió -  
muchas cosas en la familia, mi papá cambió, y los cambios de las perso-  
nas a veces son para unas, o sea el cambio lo pueden notar unas perso-  
nas y otras no.

NOMBRE: FAMILIA CE3

NUMERO DE PERSONAS ENTREVISTADAS: 4

PARENTESCO: M=MAMA, P=PAPA, H\*=HIJA CON I.S., Ho=HERMANO MENOR

FECHA: FEBRERO 3 DE 1998.

(\*) EL NOMBRE DE LA HIJA CON I.S. SE CAMBIO POR ESTE SIMBOLO

1. ¿Qué fué lo que le gustó de la modalidad de equipo reflexivo?

P=Bueno, fué una situación donde..que a pesar del dolor que teníamos, -  
 de la angustia por la que pasamos, al final fué una ayuda psicológica,  
 moral, si? de la familia al saber que su hija había pasado lo que nues-  
 tra hija pasó y verla que sí había superado eso, fué un...algo positivo,  
 algo que nos dió fuerzas para seguir.

M=Pues para mí fué una ayuda orientacional yo creo que es este...muy --  
 bueno haber puesto...por decir...este equipo de trabajo que siga ade---  
 lante porque este...cuando tiene uno un tipo de problema de salud men--  
 tal es muy poco los conocimientos que se tienen como familia de poder -  
 orientar a la persona que está mal y para nosotros también es un des---  
 concierto, una angustia, muchas dudas, entonces el hacer eso yo creo --  
 que ayuda a muchas familias a tranquilizarse, a tener fé, a ver las co-  
 sas desde otro punto de vista para poder ayudar a la persona que está -  
 enferma y para uno mismo porque a veces en la propia familia hay muchos  
 conflictos que realmente no se ha dado uno cuenta, como es en nuestro -  
 caso, de nuestra familia, o sea tenemos conflictos pero no son unos ---  
 conflictos agresivos, pero si nos hemos dado cuenta de que tenemos mu--  
 chos errores y que eso nos ha ayudado a nosotros a tratar de ser mejor  
 como pareja y como familia...nada más.



[ bepe ott+ ]  
H\*=Mas que nada me enseñó a muchas cosas, a reflexionar, a tratar de --  
entender a la muchacha, que yo estaba pasando por lo mismo, y que debía  
de echarle mas ganas porque si ella estuvo en la misma situación que yo,  
yo la ví mejor, yo la ví este...pues ya una persona normal, entonces yo  
entendí que esto se podía curar y que podía salir adelante.

[ befa ott+ refl+ ]  
Ho=Pues nos enseñaron a reflexionar...porque ellos sabían oír los pun--  
tos claves de nosotros...la verdad no veníamos preparados, no sabíamos  
ni qué, y este...y pues sabían oír las cosas principales que nos ayuda--  
ron a salir.

## 2. ¿Qué fué lo que no les gustó?

[ ott+ ]  
P=Pues yo creo que nada, no? yo creo que todo estuvo bién...yo nada más  
quiero...una duda respecto a la doctora (Psiquiatra del Servicio), nos  
había dicho que teníamos que entender más que nada nosotros primero y -  
después darle a entender a (\*) que estaba enferma, si? y en la segunda  
o tercera sesión ustedes nos dijeron que...bueno, que no teníamos que -  
ponerle etiquetas a (\*) no? entonces yo ahí si me quedo todo desconcer-  
tado...y la verdad yo sigo con la duda de decirle a mi hija "estás en--  
ferma" o "no tienes nada"...no? es lo único. T=No le gustó que sintió -  
cierta confusión de que por un lado le dicen "tiene esto" y acá les de-  
cimos "no, no tienen porqué colgarle una etiqueta" no? P=Así es.

[ con ]  
M=Si...es un poco lo que dice él, hay un poco de contradicción en el --  
aspecto de la doctora que es psiquiatra y ustedes que son terapeutas o  
sea...nos dicen por un lado una cosa y aquí nos dicen otra, entonces --  
eso es una confusión. T=Algo más de haber tenido una familia atrás, ---  
hay algo que no le gustó? M=No...bueno, mas que nada es duda, no? o sea

[ covi ]  
 porqué no se pone a la familia por decir de frente, y que de su opinión  
 [ diftec ]  
 o sea, no le veo el caso de que...se esconda, porque para mí es que se  
 ] [ refl+ ]  
 esconda puesto que...realmente...nos podemos entender tanto ellos como  
 nosotros porque estamos pasando una situación similar, con caracterís--  
 ] [ diftec ]  
 ticas diferentes pero que es lo mismo, no? o sea no le veo el caso de -  
 ]  
 que tengan que esconder a la familia.

P=Yo difiero ahí no? no sé si esté correcto, lo que pasa es que...el --  
 [ ampro ]  
 espejo, el mismo espejo, sirve para que uno no se cohíba no obstante --  
 saber que están las personas ahí atrás...como que da más tranquilidad -  
 ] [ ampro ]  
 el hablar...yo pienso que no se esconde, si? es una forma de trabajo, -  
 ] [ ott+ ]  
 yo creo que está bién porque hay comunicación, se escucha uno perfecta--  
 mente pero no es de que se escondan no? simplemente son situaciones que  
 se ven muy raro, porque uno...a veces con ustedes es difícil tener la -  
 comunicación, imagínese estando otras gentes que no tienen nada que ver  
 que lo único que sirve sería nada más decir "bueno, pues yo pasé por --  
 ] [ befa ]  
 esto, échale ganas" y ya, no? pero es un apoyo, pero si las traemos - -  
 ] [ ott+ ]  
 aquí enfrente de nosotros, sería completamente diferente, yo creo que -  
 ]  
 está muy bien así.

[ ott+ ]  
 H\*=No, pues yo lo veo bién, de que estén atrás...es una forma de traba-  
 ] [ befa refl+ ]  
 jo, es una forma de que nos escuchan y nos hacen reflexionar de muchas  
 cosas, y es otra parte del trabajo.

Ho=No, nada.

### 3. ¿Qué beneficios recibieron de este tipo de tratamiento?

[ befa ott+ ]  
 P=Yo explicaba que si, tuvimos mucho beneficio porque nos dió mucha - -  
 ]  
 confianza, si? nos dió mucha confianza, de hecho sin querer yo...antes

de saber que eran las personas que iban a entrar aquí...yo platiqué con ellos porque estaba muy inquieto...y fué...yo le pregunté a la muchacha que qué tenía, no? me dijo que era depresión, que había tenido un intento de suicidio y que este...yo dije, y como estás? "muy bién", entonces yo la vi muy bien...por cierto está...está embarazada y pues... que más que nada quería la vida si? entonces más que nada, a mí me dió mucha confianza, sí me ayudó bastante, la verdad me ayudó muchísimo saber que sí iba a salir adelante, que iba a salir bien.

[ bepe ]  
M=Pues más que nada tranquilidad y seguridad de que este...que es un buen hospital porque siempre uno cuando llega por primera vez lo primero que hace uno es informarse, es bueno?, de veras los curan?, de veras es buena la atención? o sea, viene uno con todas esas dudas y es lógico, no? lo primero que uno hace es interrogar a la gente que ya está aquí, entonces el que nos hablen y que nos digan que va a salir adelante, que está en buenas manos, que son buenos doctores, pues nos tranquiliza bastante.

[ bepe ]  
H\*=Que...o sea que...debía echarle todas las ganas de mundo por lo que tenía y que pues debía vencer los retos que tenía y estaban dando a conocer que esto se superaba y que esto era poco a poco pero que tuviera paciencia...y me dijo que esto era muy difícil pero se podía superar y...pues nada más.

[ bepe ]  
HO=Aprendí a escuchar los consejos, porque antes nadamás me decían: "no, pues que échale ganas y haz esto así" y...ya, no? pero con la familia, me decían cosas diferentes.

4. ¿Cómo cambió la visión de su problema después de haber recibido la colaboración de otra familia en su tratamiento?

P=Si, Sí y en lo personal puedo decir que cuando yo...cuando internamos a (\*) la internamos un sábado y yo vine el lunes a dejarle ropa y vi -- una situación que me rompió el corazón, una niña que estaba completa--- mente sedada se acercó y le acarició la cara a mi hija...no quiso ha--- cerle daño y (\*) se quedó así...sin saber qué hacer, y yo dije "bueno, qué es esto?", yo en ese momento le comenté que iba a sacar a mi hija - [ cavipro ] de aquí, yo no pensaba que mi hija estaba tan mal como pensaba yo que - estaban las demás niñas si? porque estaban completamente sedadas, ya -- cuando vi a mi hija sedada también, pues es un dolor tremendo...T=Y la visión cambió? P=pues si, le digo, ve uno la situación en que estaba mi [ cavipro ] hija y la situación en que estaba esta muchacha es este...inyectar e--- [ befa ] nergia, es decir, confianza, yo le pregunté cuanto tiempo había estado aquí, cómo la trataban, qué hacían, todo, no? informarme porque estaba [ cavipro ] muy angustiado, eso me hizo cambiar la visión de esto, que debía tener un poco de paciencia para ver los resultados y como dijo la doctora, -- no es de ocho días, cuando yo me enteré que tenía que dejar a mi hija - mínimo un mes pues fué un golpe muy grande, pero gracias a Dios está -- bién.

[ ott+ refl+ ]  
M=Pues la verdad fué muy grata la primera sesión con esta familia por-- que yo...a diferencia de él no estaba tan angustiada, sí me preocupaba mi hija, pero a la vez tenía fé de que iba a salir adelante, entonces - [ ott+ ] cuando tuvimos la primera terapia con una familia atrás pues por decir [ bepe ] me tranquilizó aun más esa situación.

[ cavipro ]  
H\*=Pues que...yo pensé que nunca iba a salir de aquí, que mis papás me [ ] iban a dejar aquí, que este problema no tenía solución, que yo era así y cuando me dijo la muchacha que era difícil pero que me podía curar, - [ bepe ] pues me sentí muy aliviada, me sentí otra, muy bién, eso es lo que sen-

ti.

Ho=Así la verdad la verdad...yo no tenía ningún problema, lo que tenía  
era duda de qué había pasado con mi hermana, y simplemente me han dado  
consejos de como debo hacer, qué es lo que me falla y qué es lo que --  
puedo hacer...porque en sí yo veía bien a mi hermana, bien entre comi-  
llas, hasta esos días que se escapó, sí me ayudaron a comprender que...  
que sí estaba mal.

5. ¿Cómo influyó este tipo de tratamiento en la relación o interacción -  
de su familia?

M=Yo creo que ya...hice el comentario anterior...nos hace reflexionar -  
sobre errores o problemas que tenemos...que vivimos con ellos y aparen-  
temente no lo son aunque repito, no somos una familia en que "haiga" --  
agresión, porque hay familias donde hay mucha agresión, entonces noso--  
tros tenemos nuestros problemas pero en mi sentir es que son...que se -  
pueden sobrellevar...y se pueden solucionar...nada más.

P=Creo que cambió desde que mi hija se enfermó, fué una etapa muy difí-  
cil, fué una situación que desconocíamos, creo que ahí cambió y ellos -  
nos ayudaron a tener confianza o a decir...a saber que iba a cambiar, -  
que íbamos a estar bien, que íbamos a superar todo esto, más que nada  
fué inyectar confianza.

H\*=Pues yo pienso que sí porque...o sea yo...bueno, mas bien ellos este  
...sí aprendieron a que...aceptar que yo estaba mal, no? y que ellos --  
estaban mal también no? porque antes de que yo llegara aquí ellos esta-  
ban...no sentían nada de peligro conmigo o sea no sentían que yo estaba  
enferma, no sabían que yo estaba en estas condiciones y cuando les di--

ieron a ellos se dieron cuenta de la realidad.

Ho=Pues si, la verdad si cambió la relación porque yo antes, la verdad, [ cainfa+ ]  
no podía estar 3 horas sin pelear con mi hermana, y ahorita no he teni-  
do ningún problema así fuerte como antes, ya nos llevamos bién, no nos [ cainfa+ ]  
peleamos, antes también con mi papá nomás era problema por la escuela,  
[ befa cainfa+ ]  
ahorita siento también que ya cambió él.

6. ¿Alguno de ustedes se sintió incómodo o a disgusto en algún momento?

[ ampro ]  
P=Completamente no.

[ ampro ] [ covi ]  
M=No, o sea yo no, pero ya di mi opinión, no? que se puede hacer de - -  
] [ refcl+ ]  
frente porque son familias que están pasando parecido a nosotros esa --  
situación, no? por eso estamos ahora sí en el mismo hospital...

[ ampro ] [ refcl+ bepe ]  
H\*=No, es más, me sentí tranquila porque me estaba apoyando esa gente.

[ ampro ]  
Ho=No, no me sentí mal.

7. ¿Qué siente usted hacia la familia que participó como equipo refle--  
xivo?

[ agra ]  
M=Pues más que nada es uno comprensible porque ellos ya habían pasado -  
esta situación ] puesto que la muchacha ya había sido dada de alta y más  
[ agra ]  
que nada es eso, no? comprensión porque pasa uno por esas situaciones...  
y luego tiene uno muchas dudas T=Entonces usted siente comprensión ha--  
cia ellos? M=Sí, comprensión hacia esa familia porque pasaron por el --  
] mismo problema que nosotros pero en circunstancias diferentes porque --  
cada adolescente es un problema diferente.

P=Pues yo siento como... [ agra  
refcl+ ] siento agradecimiento hacia ellos porque dieron  
parte de su tiempo para venir a ayudarnos aquí, más que nada es agrade-  
cimiento porque se prestaron, [ agra ] vinieron a decir que también habían pasa-  
do por eso, [ refcl+ ] tuvieron el valor de venir a decir "nosotros pasamos por lo  
mismo y ya estamos del otro lado", [ agra ] así es que yo...es agradecimiento, -  
que se hayan prestado a eso.

H\*=Yo [ agra ] agradecimiento a la familia que se prestó a darnos así...un con-  
sejo, y a tratar de [ cot ] que nosotros viéramos las cosas desde otro punto --  
de vista.

Ho=Agradecimiento porque en algunas ocasiones me ayudaron a salir, no? [ bepe ]  
porque siempre los problemas eran con acá...(señalando al padre ladean-  
do la cabeza) [ bepe ] y...en algunos momentos sí me ayudaron bastante.

8. ¿En qué cree usted que le ayudó más este tipo de tratamiento?

P=[ bepe ] En la confianza de que iba a salir mi hija.

M=[ bepe ] En darme seguridad.

H\*=[ bepe ] Pues a salir adelante, a tratar de mejorar, a tratar de echarle ga--  
nas, a tratar de ser mejor, y a sentirme que ya iba mejor.

Ho=[ bepe ] Como ya lo comenté, a saber reflexionar, a saber escuchar y a ver --  
como se pueden...ahora si que...resolver las cosas.

9. ¿Considera que el ambiente que se dió en las sesiones le permitió --  
hablar abiertamente? Si, No, Porqué.

[ ampro ]  
 P=Si, con todo y la otra familia, tuvimos toda la libertad de expresar-  
 ] [ refl+ ]  
 nos, porque no eran personas totalmente ajenas, eran personas que ya --  
 ] [ refl+ ]  
 habían pasado por el mismo problema y ya sabían qué es lo que estábamos  
 ]  
 sintiendo y además pues no...no había porqué esconder algo, no? no te--  
 níamos porqué tener desconfianza.

[ ampro ] [ ampro ]  
 M=Si, sentí que podía hablar libremente. Yo no sentí temor de expresar  
 porque son problemas que estamos pasando pero en diferente forma, pero -  
 ] [ refl+ ]  
 lo estamos viviendo, porque es una familia que pasó por lo mismo.

[ ampro ] [ ]  
 H\*=Me sentí a gusto porque me estaban ayudando. Porque estábamos en ---  
 ampro refl+ ]  
 confianza porque ellos ya sabían lo que nosotros sentíamos, lo que no--  
 sotros les estábamos diciendo.

[ ampro refl+ ]  
 Ho=Si, yo no tenía ninguna desconfianza en nadie, yo sabía que me iban  
 ] [ ampro ]  
 a ayudar. Sí se podía comentar todo, porque si no, ¿qué íbamos a ganar  
 nosotros? al decirlo, íbamos a mantenernos en confianza...bueno, al me-  
 ampro ]  
 nos yo tenía confianza.

10. ¿se sintió comprendido por el equipo que actuó detrás del espejo?

[ refl+ ]  
 Ho=Si, nos sentimos comprendidos porque ellos escuchaban bien, no? escu-  
 ott+ ]  
 chaban los puntos claves, hacían preguntas claves...

[ refl+ ]  
 H\*=Si, creo que ellos ya sabían lo que estaba pasando yo y me entendían  
 cómo yo estaba...

[ refl+ ] [ ott+ ]  
 P=Si, porque ya habían pasado por lo mismo, y si hay una comprensión --  
 refl+ ]  
 que no se hubiera esperado de otra gente, nosotros entendemos a las ---



personas que llegan por primera vez como se sienten.

M=Sí, lo mismo, [ refl+ ]  
más que nada hay solidaridad, yo creo que esto es una -  
cadena que se va dando, tanto las familias que vienen nuevas como las -  
que ya van de salida, entienden perfectamente o nos entendemos perfec--  
tamente porque vivimos la misma angustia, la misma duda, los mismos te--  
mores, entonces realmente es...un apoyo hacer esta terapia, yo creo que  
es bueno y que deben de continuarla porque tranquiliza mucho a las fa--  
milias que que vienen por primera vez desconociendo todo y con muchas -  
dudas.

11. ¿Qué de lo que hicimos cambiaría?

M=Pues yo ya lo comenté...que yo pienso que es en grupo, o sea [ que esté  
covi ]  
la familia aquí...bueno, eso es lo que yo pienso...cada quién, verdad?

P=Yo pienso que al contrario, no? [ sead ]  
que deberían seguir así, y posterior-  
mente...claro, poderse sentar...pero este...yo creo que es muy correcto [  
ott+ befa ]  
lo que están haciendo porque nos dan mucha confianza...le digo...si la  
primera vez esas personas hubieran estado frente a nosotros, creo que -  
nos cohibiríamos un poco.

H\*=Pues yo [ ott+ ]  
pienso que está bién así porque primero escuchan lo que no--  
sotros sentimos y después ellos dan su opinión sobre lo que nosotros --  
pasamos y ya lo entienden, yo pienso que está bién así.

[ ott+ ] [ ampro ]  
Ho=No, está bién, realmente es bueno, al menos yo no sentí desconfianza  
[ agra ]  
y me sentí agradecido.

12. ¿Qué sugerencias propone para mejorar este trabajo?

M=Para mi una sugerencia...para el equipo que cuando sea la primera terapia, darle nociones un poco a la familia de lo que va a ser la terapia, y preguntarle opcionalmente a la familia que va a dar su testimonio si le gustaría que fuera de frente o detrás del vidrio, entonces yo creo que ya sería una opción de cada familia, porque cada familia lo ve diferente, a muchas familias les gusta de frente, otra familia como dice mi esposo pues por atrás para que no se cohiba, entonces yo sugiero que hagan una pregunta y ya depende de cada familia, se trabaje así.

Ho=Yo pienso que en la primera terapia no se diera a conocer, no? que... ya cuando...o sea, mas o menos como por la sexta o séptima, se den a -- conocer,no? porque si se dan a conocer desde la primera, alguna familia si...se puede abstener de hablar, y no decir "esto"...o sea, que se -- dieran a conocer hasta el último día todos sus puntos de vista.

H\*=Más que nada [ darle confianza a la...a esta familia, la que está aquí ] de expresar lo que quiere como dice mi mamá, si ella no quiere tener a los demás dentro de la terapia, pues no, o sea primero que se sienta -- como en confianza para hablar con los que están del otro lado, o sea -- después, como dice (mi hermano), poco a poco...T=O sea, las primeras sesiones, sin familia atrás...Ho=No, o sea, que sí que esté la familia atrás pero que no se dieran a conocer T=Que nadamás estén observando pero que no intervengan...H\*=Hasta que la familia de aquí quiera... T=¿hasta que la familia de aquí quiera? Ho=No, yo diría que...que ya -- cuando se vea una mejoría en la familia, digan todo lo que fallaron y -- todo lo que dijeron...que lo comenten.

P=Yo difiero de lo de (mi hijo) y lo de (mi hija) porque si la primera terapia recibimos una gran confianza, una gran ayuda por parte de esa -

] gente, yo creo que sí en la primera es importante que estén, porque no se ven, en el espejo se escucha la voz pero no se ve bien, difiero de - lo de (mi hijo) porque no se ven, no los conocen, para mí pienso que -- [ ott+ ] desde un principio es de ayuda...ahora, usted me dice que comente algo para mejorar esto...creo que la experiencia la da la propia práctica, - creo que se va viendo conforme a lo que se va avanzando y ustedes mis-- [ ott+ ] mos se van a dar cuenta...para mí está muy bién.