

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Una Experiencia de Aplicación de la Terapia Breve Centrada en
Soluciones: Proceso psicoterapéutico con cinco familias en el Centro de
Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica

Sustentantes:

María Cristina Matamoros Calvo

Doris Carolina Rodríguez Ramírez

Comité Asesor:

Directora: M.Sc. Andrea Peralta Valverde

Lector: M.Sc. Alfonso González Ortega

Lector: M.Sc. José Manuel Salas Calvo

2011

Tribunal Evaluador



M. A. Gloriana Rodríguez Arauz
Representante de la Escuela de Psicología



Licda. Maritza Veitch Forbes
Profesora Invitada



M.Sc. Andrea Peralta Valverde
Directora de la Práctica Dirigida



M.Sc. Alfonso González Ortega
Lector

M.Sc. Jose Manuel Salas Calvo
Lector

Sustentantes



María Cristina Matamoros Calvo



Doris Carolina Rodríguez Ramírez

Junio, 2011

El trabajo de graduación titulado: **Una Experiencia de Aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones: Proceso psicoterapéutico con cinco familias en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica**, presentado por las estudiantes María Cristina Matamoros Calvo y Doris Carolina Rodríguez Ramírez, para optar por el grado de Licenciada en Psicología en la Universidad de Costa Rica, ha sido revisado en la parte formal, que corresponde a los aspectos de: ortografía, precisión, redacción, claridad de ideas, estructura gramaticales, puntuación y otros vicios que se trasladan al escrito.



Lic. Marianela Fernández Alfaro

Filóloga

Carné: 1651742

Colegio de Licenciados y Profesores

Reconocimientos

Este trabajo final de graduación se cumplió con éxito gracias a la participación de muchas personas, quienes con sus aportes nos ayudaron a crecer personal y profesionalmente, a todos ellos y ellas nuestro más sincero agradecimiento.

A cada miembro del equipo asesor por su apoyo y acompañamiento a lo largo de todo el proceso.

Al Centro de Atención Psicológica, su coordinadora y funcionario administrativo por abrirnos las puertas y darnos la posibilidad de realizar nuestra práctica dirigida allí.

A las familias que participaron por su interés y compromiso con sus procesos de cambio.

A las docentes, estudiantes de psicología, amigos y amigas por su colaboración en las sesiones de entrenamiento.

A nuestras familias y seres queridos por su apoyo incondicional y su comprensión.

Doris y Cristina

Índice

<i>Reconocimientos</i>	i
<i>Índice</i>	ii
<i>Resumen</i>	v
<i>Capítulo I. Introducción</i>	1
1.1. Objetivo General	1
1.2. Objetivos Específicos	1
1.3. Objetivos Externos	2
<i>Capítulo II. Marco Teórico de Referencia: Terapia Breve Centrada en Soluciones</i>	4
2.1. Proceso terapéutico en TBCS.	5
<i>Capítulo III. Estrategia Metodológica de la Práctica Dirigida</i>	13
3.1. Fase 1. Preparación y entrenamiento de las terapeutas	13
3.2. Fase 2. Selección de las familias participantes	14
3.3. Fase 3. Proceso psicoterapéutico con las familias	16
<i>Capítulo IV. Experiencia de Inserción Institucional en el CAP</i>	21
4.1. Contextualización del CAP	21
4.2. Experiencia de inserción en el CAP	22
<i>Capítulo V. Experiencia de dos Terapeutas Principiantes Trabajando desde el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones</i>	24
5.1. Caracterización de la estrategia terapéutica con las familias	24
<i>Capítulo VI. Proceso Psicoterapéutico con las Familias</i>	34
6.1. Caracterización general de las familias participantes	34
6.2. Caracterización general del proceso psicoterapéutico	34
6.3. Descripción del proceso de cambio de las familias	35
6.3.1. Familia 1	35
6.3.2. Familia 2	48
6.3.3. Familia 3	54
6.3.4. Familia 4	60

6.3.5. Familia 5	66
6.4. Consideraciones sobre el proceso psicoterapéutico con las familias	72
<i>Capítulo VII. Reflexiones Finales</i>	73
7.1. Experiencia como terapeutas	73
7.2. Experiencia en el trabajo con las familias	76
<i>Capítulo VIII. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones</i>	78
8.1. Conclusiones	78
8.1.1. Sobre los objetivos de la práctica dirigida	78
8.1.2. Sobre la fase de entrenamiento y capacitación	79
8.1.3. Sobre la selección, contacto telefónico y primera reunión con las familias	79
8.1.4. Sobre el proceso psicoterapéutico con las familias	79
8.1.5. Sobre la aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones	81
8.2. Recomendaciones	81
8.2.1. Para el Centro de Atención de la Escuela de Psicología	81
8.2.2. Para la Escuela de Psicología	82
8.2.3. Para los y las estudiantes de la carrera de Psicología	83
8.3. Limitaciones	84
<i>Referencias Bibliográficas</i>	85
<i>Anexos</i>	88

Índice de Cuadros

Cuadro N° 1. Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 1	iv
Cuadro N° 2. Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 2	vii
Cuadro N° 3. Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 3	vii
Cuadro N° 4. Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 4	viii
Cuadro N° 5. Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 5	ix

Cuadro N° 6. Guía de primer contacto telefónico con las familias	15
Cuadro N° 7. Contrato	15
Cuadro N° 8. Estrategia de intervención	17
Cuadro N° 9. Reglas para el desarrollo de las sesiones	18
Cuadro N° 10. Guía de entrevista de valoración para las familias	19
Cuadro N° 11. Boleta de sesión	22
Cuadro N° 12. Guía de entrevista de valoración para funcionario del CAP	23
Cuadro N° 13. Entrevista de valoración de la familia 1	47
Cuadro N° 14. Entrevista de valoración de la familia 2	53
Cuadro N° 15. Entrevista de valoración de la familia 3	59
Cuadro N° 16. Entrevista de valoración de la familia 4	65
Cuadro N° 17. Entrevista de valoración de la familia 5	71

Índice de Ilustraciones

Ilustración N°1. Medalla	29
Ilustración N°2. Escala de Avance	31
Ilustración N°3. Cartel Familia1	43
Ilustración N°4. Papalote	45
Ilustración N°5. Cartel Familia 2	51
Ilustración N°6. Imágenes para los cuentos	63

Índice de Abreviaturas

Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica	CAP
Terapia Breve Centrada en Soluciones	TBCS
Trabajo Final de Graduación	TFG
Universidad de Costa Rica	UCR

Resumen

El Trabajo Final de Graduación (TFG) se realizó desde la modalidad de Práctica Dirigida, en el área de Psicología Clínica, insertándose en el Centro de Atención Psicológica (CAP) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR). Consistió en la aplicación de un modelo de psicoterapia familiar breve llamado Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), de Steve de Shazer, con cinco familias costarricenses que solicitaron atención en el CAP.

La práctica tuvo como objetivo general ofrecer un servicio de atención psicoterapéutica familiar sistémica breve a familias usuarias del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica; como objetivos específicos se plantearon emplear el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones para la atención clínica de cinco familias usuarias del Centro de Atención Psicológica y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias participantes del proceso psicoterapéutico. Por su parte, los objetivos externos fueron promover el desarrollo de la psicología clínica y de la salud por medio de la aplicación del conocimiento en el quehacer clínico, favorecer la promoción del Centro de Atención Psicológica como un espacio para la formación en Psicología Clínica y contribuir a la promoción de los Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Psicología como herramientas de acción social y servicio a la comunidad.

Para cumplir dichos objetivos, se planteó desarrollar la práctica dirigida en diferentes fases, contando en cada una de ellas con la supervisión y apoyo del equipo asesor. En la primera fase las practicantes se prepararon y se entrenaron para desempeñar el rol de terapeutas, dedicando tiempo al estudio y análisis de bibliografía sobre TBCS. También se realizaron sesiones de entrenamiento, mediante actividades como juegos de roles, en los cuales se contó con colaboradores externos a la práctica, que representaron el papel de consultantes, mientras las practicantes asumieron el rol de terapeutas.

Después de la fase de entrenamiento se realizó la selección de las familias participantes, para ello se revisaron las listas de solicitudes de atención del CAP y se eligieron aquellos casos donde se solicitaba atención familiar o se les podría sugerir este tipo de servicio.

Luego se les llamó para conocer su anuencia a participar y, de ser así, acordar una primera reunión informativa. Se concretó la participación de cinco familias en el proceso. Estas fueron atendidas durante los meses de julio a diciembre del año 2010, por el equipo co-terapéutico conformado por las dos sustentantes.

Con cada familia se realizó un proceso de psicoterapia familiar breve, con una prolongación entre cuatro y seis sesiones, donde se pusieron en práctica las diferentes herramientas de la TBCS. La estrategia terapéutica se construyó a partir de los presupuestos teóricos del modelo. En general, con todas las familias se utilizó el formato pre-sesión (un espacio antes de la sesión donde terapeutas acuerdan los objetivos a seguir), sesión (momento en el cual se trabaja con la familia y se ponen en práctica las técnicas terapéuticas) y post-sesión (reflexiones acerca del proceso y elaboración de una bitácora que narra lo acontecido en cada encuentro).

Las cinco familias establecieron, junto con las terapeutas, sus propios objetivos psicoterapéuticos, de acuerdo a su motivo de consulta y demanda. A continuación se muestra una descripción del proceso con cada caso, se incluye la composición de la familia, el número de sesiones realizadas, el motivo de consulta y demanda, las técnicas psicoterapéuticas empleadas y los cambios observados.

Familia 1

**Cuadro N°1.
Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 1**

Composición de la familia	Padre y madre divorciados, pero por razones económicas viven en la misma casa con sus hijos: un adolescente de 16 años y una niña de 10 años.
Número y tipo de sesiones	En total se realizaron una primera reunión informativa y seis sesiones psicoterapéuticas. A la primera reunión asistieron los cuatro miembros de la familia. A todas las sesiones terapéuticas asistieron los cuatro miembros de la familia, con excepción de la segunda sesión donde sólo se presentaron padre e hijo.
Motivo de consulta y demanda	Padre y madre externaron preocupación por el bajo rendimiento académico del hijo adolescente. La madre agregó que le gustaría que el padre ejerciera con más firmeza la autoridad para con sus hijos. Por su parte, los hijos no se mostraron en desacuerdo con lo externado por sus padres.
Técnicas terapéuticas del modelo	Indagación de excepciones, mejorías y recursos, elogios, metáforas, escala de avance, re-encuadres, preguntas orientadas al futuro, atribución de control por

empleadas en el caso	los cambios logrados y prevención de recaídas.
Cambios observados	El hijo adolescente mejoró sus calificaciones en el colegio, los hermanos disminuyeron la frecuencia de sus peleas, hubo más tranquilidad en casa, todos cooperaron más con los quehaceres domésticos, padre y madre se enojaban menos y cada uno logró identificar fortalezas del otro en el ejercicio de la parentalidad.

Fuente: elaboración propia.

Familia 2

Cuadro N°2.

Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 2

Composición de la familia	Padre y madre separados, pero por razones económicas viven en la misma casa con sus hijos: una joven de 18 años, un adolescente de 14 años y una niña de 8 años. La invitación de participar en el proceso psicoterapéutico se extendió a los 5 miembros, pero sólo la madre y sus tres hijas decidieron asistir a las sesiones.
Número y tipo de sesiones	En total se realizaron una primera reunión informativa y cinco sesiones psicoterapéuticas. A la primera reunión y a todas las sesiones terapéuticas asistieron la madre y sus dos hijas.
Motivo de consulta y demanda	En general las tres consultantes deseaban mejorar las relaciones familiares. La madre quería mejorar la comunicación con su hijo, la hija mayor mejorar la relación con su padre (se habían peleado y no se hablaban) y la hija menor aspiraba a pelear menos con su hermano. Además, las hijas comentaron que les molestaba que sus padres discutieran.
Técnicas terapéuticas del modelo empleadas en el caso	Indagación de excepciones, cambios y recursos, metáforas, escala de avance, preguntas orientadas al futuro, atribución de control y prevención de recaídas.
Cambios observados	La madre dejó de gritar a su hijo y logró notar cualidades positivas en él, existían más muestras de cariño y menos peleas entre los hermanos, la hija mayor y el padre se volvieron a hablar, el padre y la madre discutían menos y el ambiente en casa se tornó más tranquilo.

Fuente: elaboración propia.

Familia3

Cuadro N°3.

Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 3

Composición de la familia	Madre, padre y tres hijos: una adolescente de 14 años, un niño de 6 y un niño de 2 años. El cónyuge de la madre es padrastro de la joven de 14 años. Toda la familia fue invitada a participar en la terapia, pero al padre se le dificultó asistir a las sesiones por motivos laborales. Los niños de 2 y 6 años asistieron a los primeros encuentros, pero posteriormente la familia decidió que, en el horario de la sesión, permanecieran al cuidado de la abuela para que a la
---------------------------	---

	madre e hija se les facilitara el traslado al Centro.
Número y tipo de sesiones	En total se realizaron una primera reunión informativa y seis sesiones psicoterapéuticas. A la primera reunión asistieron la madre, la hija adolescente y el hijo de dos años. A la primera sesión asistieron la madre y sus tres hijos. En la segunda, tercera, cuarta y quinta sesión se presentaron la madre y la hija. A la quinta sesión se presentaron los cinco miembros de la familia, ya que todos querían participar del cierre del proceso psicoterapéutico.
Motivo de consulta y demanda	La madre comentó que hace un tiempo atrás le preocupaba el comportamiento “rebelde” de su hija, pero actualmente su interés era aprender a no descargar el enojo contra sus hijos. La muchacha mencionó que le gustaría llevarse mejor con su familia y que su padrastro cooperara más con las tareas domésticas.
Técnicas terapéuticas del modelo empleadas en el caso	Indagación de excepciones, mejorías, cambios y recursos, metáforas, reencuadres, escala de avance, preguntas orientadas al futuro, atribución de control y prevención de recaídas.
Cambios observados	La adolescente logró obedecer las reglas propuestas por sus padres, hubo mejoras en la comunicación familiar (menos gritos), el ambiente en casa era más tranquilo y el padre aprendió a colaborar más con las tareas domésticas.

Fuente: elaboración propia.

Familia 4

**Cuadro N°4.
Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 4**

Composición de la familia	Se trata de una familia compuesta por padre y madre, hija menor (12 años), hijo mayor (21 años), hijo (18 años), todos viven en la misma casa. El joven de 18 años es padre de un niño de 2 años.
Número y tipo de sesiones	En total se realizaron una primera reunión informativa y cuatro sesiones psicoterapéuticas. El proceso se desarrolló en la casa de habitación de los consultantes, ya que, por motivos de salud y económicos, a la familia se le dificultaba trasladarse al Centro. En todas las sesiones estuvieron presentes la madre, el padre y la hija menor. Los demás miembros se integraron en alguna de las sesiones de acuerdo a sus posibilidades.
Motivo de consulta y demanda	El padre solicitó atención al CAP indicando “asuntos familiares”. La familia comentó su interés de trabajar los siguientes temas: la historia de agresión intrafamiliar vivida por el padre durante su niñez, los nervios que experimenta la madre frente situaciones como andar en bus y el deseo de ambos padres de establecer reglas claras para su hija menor.
Técnicas terapéuticas del modelo empleadas en el caso	Indagación de excepciones, mejorías, cambios y recursos, metáforas, reencuadres, escala de avance, preguntas orientadas al futuro, atribución de control y prevención de recaídas.
Cambios observados	Los padres lograron establecer reglas claras para su hija, quién por su parte obedeció dichos límites. El padre reconstruyó su historia personal y reafirmó su meta de ofrecer a sus hijos amor en lugar de agresión y la madre se visualizó como una persona con recursos, para enfrentar las situaciones que le atemorizaban.

Fuente: elaboración propia.

Familia 5

**Cuadro N°5.
Descripción del proceso psicoterapéutico de la familia 5**

Composición de la familia	Madre, padre, hijo de 12 años y abuela materna. Todos conviven en la misma casa.
Número y tipo de sesiones	En total se realizaron una primera reunión informativa y cinco sesiones psicoterapéuticas. A la primera reunión asistieron la madre y el hijo. Las tres sesiones siguientes fueron encuentros individuales con la madre, el padre y el hijo. Después, hubo otra sesión individual con la madre y una última sesión de cierre con madre e hijo.
Motivo de consulta y demanda	Inicialmente las terapeutas conocieron la existencia de una relación extramatrimonial en la pareja. Este tema se abordó en las sesiones individuales con los cónyuges. Luego las circunstancias familiares cambiaron (complicación en el estado de salud de la abuela materna) y se replantearon las prioridades de la familia, de modo que la demanda pasó a ser prepararse para afrontar las nuevas circunstancias familiares.
Técnicas terapéuticas del modelo empleadas en el caso	Indagación de recursos, fortalezas, cambios, re-encuadres, preguntas orientadas al futuro, atribución de control.
Cambios observados	Disminuyó la tensión que mostraban los consultantes, al poder expresar sus pensamientos y sentimientos en las sesiones. Cada consultante visualizó sus propios recursos, fortalezas y expectativas a futuro. Hubo un cambio en su perspectiva acerca de las situaciones que les preocupaban, concibiéndolas como resolubles.

Fuente: elaboración propia.

En los cinco casos, al finalizar la terapia, se les solicitó a las familias retroalimentar el proceso. Para ello en la sesión de cierre se les pidió brindar su opinión sobre el quehacer del equipo coterapéutico, el grado de satisfacción con lo alcanzado, los aspectos que más les ayudaron y les gustaron, entre otros. En general, las familias consideraron que lo que más les ayudó y gustó fue tener un espacio para expresarse, encontrar sus propias respuestas y soluciones, compartir como familia y alcanzar cambios. Agregaron que en el proceso de terapia familiar les fue posible ver las cosas con una perspectiva diferente y desahogarse, mejoraron sus habilidades de comunicación y disminuyó la tensión que experimentaban.

Sobre la labor de las terapeutas, opinaron que ellas lograron comprender las situaciones por las que atravesaban y se ganaron su confianza y aprecio. Con respecto al grado de satisfacción con lo alcanzado, todas las familias manifestaron estar muy satisfechas con el

proceso, porque al finalizar la terapia notaron cambios, construyeron aprendizajes y lograron trabajar como un equipo.

También, al finalizar la práctica dirigida se solicitó retroalimentación al funcionario administrativo del CAP, para que brindara su opinión respecto a la inserción institucional de las sustentantes. El funcionario valoró positivamente que se tomara en cuenta su opinión, rescató que las terapeutas establecieron una relación de cooperación y coordinación con el personal del Centro y brindó una serie de recomendaciones, entre ellas, que el CAP haya constante revisión de sus herramientas e instrumentos y cuente con espacios físicos adecuados y diferenciados para la atención de niños, adolescentes y adultos.

A raíz de la experiencia en la Práctica Dirigida se concluye que las sustentantes cumplieron los objetivos planteados para este Trabajo Final de Graduación. El objetivo general se alcanzó al brindar un servicio de psicoterapia familiar desde el CAP. Los objetivos específicos se lograron al emplear la Terapia Breve Centrada en Soluciones en la atención de cinco familias usuarias del Centro; quienes además se beneficiaron al alcanzar cambios, avances y mejorías que contribuyeron a su bienestar integral. Además, la realización de la Práctica contribuyó a promover la Psicología Clínica gracias a la aplicación de un modelo psicoterapéutico novedoso para el contexto costarricense

Al realizar la práctica en el CAP se promovió este como un espacio favorable para la realización de TFG y además se aportó a la acción social de la Universidad de Costa Rica. Por estas razones se considera que se cumplieron los objetivos externos, pero aún se requiere que se continúen aunando esfuerzos y acciones más allá de este trabajo. Se recomienda continuar promoviendo al CAP como espacio de atención psicológica gratuita, seguir empleando el Centro como espacio de inserción para prácticas dirigidas y buscar nuevas estrategias para cubrir las demandas hechas al CAP y ampliar su oferta de servicios.

Palabras Claves: Terapia Breve Centrada en Soluciones, Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica, Psicoterapia Familiar Sistémica.

Capítulo I

Introducción

El presente Trabajo Final de Graduación (TFG) consistió en una Práctica Dirigida, modalidad que permite utilizar conocimientos adquiridos durante la carrera de Psicología, insertándose en una institución. La propuesta fue planteada por dos sustentantes cuyo propósito era aplicar un modelo de psicoterapia familiar sistémica (Terapia Breve Centrada en Soluciones de Steve de Shazer –TBCS-) en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica (en adelante CAP).

La TBCS es un abordaje que enfatiza los aspectos positivos y no problemáticos, para ayudar a las familias a encontrar recursos que les permitan construir soluciones y así desarrollar un futuro con esperanza. (De Shazer 1986, 1987)

Por su parte, el CAP es un proyecto de la Universidad de Costa Rica (UCR) que ofrece a la comunidad residente en el país, servicios profesionales de atención psicológica individual, de pareja y familiar; permitiendo a poblaciones de escasos recursos tener acceso a este servicio de forma gratuita y cumpliendo así con el eje de **acción social** de la UCR. De este modo, la práctica dirigida se propuso como un insumo a la labor del CAP en el trabajo de atención clínica a las familias y promoción de la salud. Se plantearon como objetivos los siguientes:

1.1. *Objetivo General*

1.1.1. Ofrecer un servicio de atención psicoterapéutica familiar sistémica breve a familias usuarias del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica.

1.2. *Objetivos Específicos*

1.2.1. Emplear el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones para la atención clínica de cinco familias usuarias del Centro de Atención Psicológica.

1.2.2. Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias participantes del proceso psicoterapéutico.

1.3. *Objetivos Externos*

1.3.1 Promover el desarrollo de la psicología clínica y de la salud por medio de la aplicación del conocimiento en el quehacer clínico.

1.3.2 Favorecer la promoción del Centro de Atención Psicológica como un espacio para la formación en Psicología Clínica.

1.3.3 Contribuir a la promoción de los Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Psicología como herramientas de acción social y servicio a la comunidad.

Para alcanzar los objetivos planteados se diseñó una estrategia de intervención en tres fases, basada en el modelo teórico que respalda la práctica (TBCS).

La primera fase consistió en el entrenamiento y capacitación de las sustentantes para la aplicación del modelo, mediante la revisión de bibliografía, con su respectivo estudio, unido a la realización de juegos de roles. La segunda fase fue la selección de las familias participantes en la terapia familiar; para esto se revisaron las solicitudes de consulta del CAP, de éstas se escogieron cinco familias cuya solicitud mostrara poca información sobre el problema e hiciera referencia a situaciones familiares en su motivo de consulta. Una vez seleccionadas se estableció el primer contacto telefónico para conocer su anuencia a participar y de ser así, coordinar un primer encuentro. La tercera fase consistió en la aplicación de la TBCS en el proceso de intervención con las familias. Con cada una de las cinco familias se realizaron entre cuatro a seis sesiones, de las cuales, cuatro casos se atendieron en las instalaciones del CAP, y una familia se atendió a domicilio. En los grupos familiares hubo población infantil, adolescente y adulta que participó de las sesiones.

La práctica dirigida se desarrolló en un lapso aproximado de seis meses; y en todo momento se contó con el acompañamiento del equipo asesor. Al final de los procesos con cada una de las familias, con el propósito de obtener una valoración del trabajo terapéutico, se consultó la opinión de las personas atendidas, a manera de retroalimentación. También se tomó en cuenta la valoración del funcionario administrativo del CAP, sobre la inserción institucional de las sustentantes.

El TFG enriqueció tanto a las familias participantes como a las sustentantes en su labor de terapeutas. En las familias se promovieron procesos de bienestar integral y mejoramiento de su calidad de vida. A las sustentantes les permitió aplicar conocimientos adquiridos durante la carrera y cultivar nuevas habilidades. Además, fue una oportunidad para contribuir con el principio de acción social de la UCR, al intervenir con personas que por razones económicas no tenían acceso a servicios psicológicos privados. La práctica dirigida también se convirtió en un aporte para la Psicología de la Salud, en tanto la experiencia de aplicar un conocimiento lo enriquece y fortalece.

El informe que se presenta a continuación contiene elementos que conformaron la práctica dirigida: marco teórico de referencia, estrategia de intervención, experiencia de inserción institucional y experiencia de dos terapeutas principiantes trabajando desde la TBCS, conclusiones, recomendaciones y limitaciones.

Este informe integra distintos aspectos de la vivencia de las sustentantes al realizar su práctica. Por lo tanto, se describe la memoria clínica, sin embargo no pretende ser una presentación exhaustiva de los procesos psicoterapéuticos de cada una de las familias, sino brindar aquellos elementos concretos que permitan al lector comprender los cambios, avances y mejorías alcanzados por cada una de ellas.

Capítulo II

Marco Teórico de Referencia Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones

La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones (TBCS) pertenece al paradigma de psicoterapia familiar sistémico. Una de las concepciones básicas es considerar a la familia como un sistema donde cada miembro está relacionado con el resto, de forma tal que sus comportamientos, pensamientos y emociones se influyen mutuamente. Esto implica una perspectiva relacional, interpersonal e interaccional, al concebir al individuo en constante interacción con su medio. (Beyebach, 1999; Feixas & Villegas, 2000 y Navarro, 1992)

La TBCS es un modelo psicoterapéutico desarrollado por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y otros de sus colegas en el Centro de Investigación, Formación y Entrenamiento de Terapeutas “Brief Family Therapy Center” (BFTC) en la ciudad de Milwaukee, Estados Unidos.¹ Este modelo parte de que el ser humano se desarrolla en interacción con las demás personas, gracias a ese proceso se construyen los sistemas de significados y creencias que dan sentido al mundo en el que vive. Igualmente considera dentro del sistema terapéutico tanto a la familia y al terapeuta como participantes en la co-construcción de significados.

La psicoterapia es un proceso donde terapeuta y clientes construyen soluciones, por lo que se centra sobre las conductas no problemáticas, es decir se enfatizan aquellos aspectos positivos que la familia está haciendo o viviendo y las soluciones que han venido construyendo y funcionan. Por eso se afirma que la TBCS se caracteriza por buscar soluciones más que por resolver problemas. (Hudson & Weiner-Davis, 1990 y Molnar & De Shazer, 1988)

¹ La TBCS retoma los aportes del Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, tiene influencia de Milton Erickson, de Gregory Bateson, de la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy, de la cibernética, del socioconstruccionismo y el constructivismo. Para más información consultar: Beyebach, 1999; Feixas & Villegas, 2000; Hudson & Weiner-Davis, 1990; Navarro, 1992 y O’Hanlon, 2001.

En el proceso terapéutico, el objetivo de las terapeutas es promover la salud, por esto evitan la utilización de etiquetas diagnósticas; ya que cuando una persona ha recibido una etiqueta de *enferma, problemática o disfuncional*, podría resultar difícil para otras, considerarla de una forma más positiva que la acerque al bienestar en lugar de la culpabilización y la desesperanza. (Feixas & Villegas, 2000; De Shazer, 1987 y Duncan, Hubble & Miller, 2003) La relación entre terapeuta y familia tiende a ser igualitaria y democrática, porque se parte de que el consultante es el experto en la situación que le ocurre, y el terapeuta es quien acompaña y colabora en la co-construcción de una nueva realidad. (Carpenter & Treacher, 1993; De Shazer, Dolan, Korman, Trepper, Mclollum & Kim Berg, 2007; Duncan, et ál. 2003 y Nardone & Salvini, 2006)

Además, la TBCS como parte de los principios sistémicos, considera que el cambio es inevitable, permanente y le ocurre tanto al sistema familiar como al sistema terapéutico. Pequeños cambios anteceden a otros más grandes; la tarea del terapeuta es colaborar en la adaptación de la familia al proceso de cambio. (De Shazer, 1986; Hudson & Weiner-Davis, 1990) Por “más tremenda y compleja que sea la situación, un pequeño cambio en la conducta de una persona puede generar diferencias profundas y de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas. (...) Un pequeño cambio puede conducir a otros cambios y, por lo tanto, a una mejoría adicional”. (De Shazer, 1986, p.34)

2.1. *Proceso terapéutico en TBCS*

En TBCS la terapia es considerada una conversación entre cliente y terapeuta que permite un intercambio de ideas, opiniones y sentimientos, para descubrir y propiciar nuevas alternativas. La terapia es un acto empático donde siempre se concibe la posibilidad de cambio, por eso se trabaja con soluciones y recursos, y se investiga de forma interaccional, brindando mucha importancia a lo que sucede alrededor de la familia. Así, la TBCS es sistémica porque las soluciones exploradas son interaccionales, es decir, las situaciones que presenta la familia involucran a otras personas y contextos.

El sistema terapéutico está constituido por dos subsistemas: la familia que consulta y el equipo terapéutico; juntos forman un “suprasistema” que nace de las interacciones entre ambos y en el cual se influyen mutuamente. (De Shazer, 1987; De Shazer et ál., 2007 y Duncan et ál., 2003) Dentro de ese suprasistema los y las consultantes son el primer agente de cambio, se les concibe como personas sanas, competentes y capaces, cuya participación en la terapia es indispensable para la elaboración y consecución de los objetivos terapéuticos. En todo momento se respetan las habilidades e ideas de la familia, pues se concibe al consultante como protagonista en su proceso de cambio. (Duncan et ál., 2003)

Dentro del subsistema terapéutico la terapeuta puede encontrar apoyo en una **co-terapeuta** durante todo el proceso del trabajo con las familias. Como mencionan Kuipers, Lam & Leff (2004, p. 45): “recomendamos que los terapeutas trabajen siempre por parejas, hemos comprobado que es útil que haya dos personas a la hora de planificar la sesión, de debatir sobre lo ocurrido en ella y de decidir qué hacer en la siguiente. Es una ventaja que durante la sesión haya un terapeuta observando lo que sucede mientras el otro habla, y viceversa”. En el trabajo en co-terapia, cada terapeuta asume compromisos para desempeñar un trabajo de calidad: respaldar las sugerencias de la otra, respetar sus capacidades, ofrecerle en todo momento su apoyo y así construir una relación de colaboración. Además el trabajo de dos profesionales permite tener diferentes perspectivas sobre un mismo fenómeno; proporcionar un modelo a la familia (ya que son dos personas que trabajan juntas para mejorar las cosas); y permite tener contención emocional frente a situaciones que puedan resultar abrumadoras. (Carpenter & Treacher, 1993; De Shazer et ál. 2007; Duncan et ál. 2003 y Kuipers et ál. 2004)

En la intervención con las familias el papel de las co-terapeutas está enfocado hacia²:

a) Identificar los recursos propios de la familia con los que podrán alcanzar una vida satisfactoria por sí mismos.

² Consultar: Beyebach, 1999; Biever, Bobele, Franklin & Gardner, 2005; De Shazer, 1986 y 1987; Feixas & Villegas, 2000; Molnar & De Shazer, 1988; Selekman, 2005 y Onnis, 1995.

b) Identificar y ampliar las soluciones eficaces que hacen las personas, con el fin de conseguir y consolidar el cambio, pues “cada cliente lleva consigo las claves de su solución, el terapeuta tiene que saber donde mirar” (De Shazer 1986, p.106).

c) Trabajar con los clientes para conseguir soluciones mediante el establecimiento de metas y objetivos; y buscar modos de mantener en marcha sus logros.

d) Junto con la familia procurar aumentar los aspectos no problemáticos y analizar lo que sí les funciona y satisface.

e) Respetar y aceptar la perspectiva de la familia y por lo tanto aceptar las soluciones que plantean en terapia.

f) Procurar que cada miembro comparta su punto de vista acerca de las situaciones.

g) Las terapeutas no son observadoras externas ni neutrales, sino que pasan a ser participantes activas y constructoras dentro de la escena terapéutica.

h) Se ha de re-encuadrar lo expuesto por la familia, esto es brindarle una visión desde un ángulo distinto que les posibilite notar una diferencia que promueva el cambio; así se modifica la percepción que la familia tiene de la situación original posibilitando nuevos comportamientos, pensamientos y sentimientos.

También, el modelo le ofrece al equipo coterapéutico distintas herramientas clínicas para cumplir con sus propósitos.

Estructura de la sesión: a cada encuentro con la familia se le denomina sesión y se compone de tres momentos: pre-sesión- sesión y post-sesión. Previo al encuentro el equipo coterapéutico se reúne para planear la estrategia terapéutica y objetivos terapéuticos a seguir con la familia (pre-sesión); en la sesión se desarrolla la estrategia planeada, y una vez finalizada esta, las terapeutas reflexionan y trabajan sobre lo acontecido (post-sesión). (De Shazer, 1987 & Selekman, 2005)

Encuadres informativos: consiste en explicarle a la familia el formato de la sesión; obtener su consentimiento para grabar (vídeo o audio), tomar notas, explicar la importancia

de contar con la presencia de los miembros de la familia, la participación de más de una terapeuta y la pausa. Tomar nota durante la sesión permite recoger las palabras que utilizan las personas en la terapia, además es una muestra de interés por parte del terapeuta, al darle valor a lo que la persona está diciendo. Ha de hacerse con cautela para que no sea motivo de interrupción de la sesión. (Duncan et ál., 2003 y Selekman, 2005)

Fase social: luego de realizar el encuadre informativo se comienza la sesión estableciendo rapport, para esto el equipo tanto el coterapéutico como los miembros de la familia comentan sobre sus intereses, ocupaciones, talentos personales, pasatiempos y las cosas que suelen hacer mejor. Las terapeutas en estos espacios recurren al humor para rescatar los aspectos positivos de la familia. Además las fortalezas resultan muy útiles para solventar las preocupaciones. (Selekman, 2005)

Validación y alianza terapéutica: la conversación cliente-terapeuta ha de propiciar el establecimiento de una alianza terapéutica; se requiere que la terapeuta valide la experiencia del cliente, legitime sus preocupaciones y crea en sus habilidades para resolver el problema. La terapeuta debe escuchar, comprender, aceptar, respetar y mostrar un cálido y positivo interés por la persona. Esto propicia la esperanza en los clientes, la cual es un factor curativo dentro de la terapia. (Duncan et ál. 2003)

Contrato: es un acuerdo que formaliza la relación de cooperación entre la familia y terapeuta; en éste se consignan las reuniones a realizar y se acuerdan los objetivos por alcanzar. Refuerza la idea de que la terapeuta no es la experta que sabe lo que conviene a la familia ni aporta la solución, sino que se deja claro que la solución es construida de forma conjunta. Además el contrato contiene las reglas básicas para el desarrollo de las sesiones. (Carpenter & Treacher, 1993)

Construcción de la demanda: indagar la demanda permite que las terapeutas tengan claro lo que las familias desean trabajar en la terapia y así negociar los objetivos de tratamiento. Se usan preguntas como *¿qué los trae por acá?*, *¿en qué los podemos ayudar?* y *¿qué les gustaría cambiar?* (Selekman, 2005)

Preguntas orientadas al futuro: son preguntas que se realizan para ayudar a la familia a que visualice un futuro sin el problema; generalmente se utilizan al inicio de la intervención para facilitar que la familia construya sus objetivos psicoterapéuticos. Se puede hacer de diferentes maneras, Steve de Shazer (1986 y 1987) lo hacía utilizando la pregunta milagro: *Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que este milagro se ha producido?* Otra forma posible es solicitarle a la familia que imagine que las terapeutas tienen una varita mágica que resuelve las situaciones que les preocupan, cada consultante debe narrar cómo serán las cosas sin el problema. (Beyebach, 1995; De Shazer 1986 y 1994; De Shazer et ál., 2007; Hudson & Weiner-Davis, 1990) Aunque se recurre a estas técnicas para incentivar a la familia a imaginar un futuro sin el problema, en todo momento se aclara que en la vida real los cambios requieren de trabajo continuo y el esfuerzo de la familia. Por esto las terapeutas procuran que la familia se prepare ante una eventual percepción de estancamiento, conociendo los recursos con los que cuentan como una forma de prevenir recaídas.

Mejorías: durante la terapia familiar se da por un hecho que ocurren mejorías, éstas son cambios y avances que acercan a las familias a sus metas. Las terapeutas las indagan preguntando *¿qué cosas van mejor?* En caso de que la familia las mencione espontáneamente, el equipo coterapéutico las amplía. Las terapeutas invitan a la familia a mantener los cambios y continuar haciendo aquello que posibilita la mejoría en la interacción familiar. (Selekmán, 2005)

Excepciones: son las ocasiones o situaciones en las que pudiendo haber ocurrido el problema no sucedió; también son aquellas conductas, pensamientos, percepciones y sentimientos que contrastan con la queja. Otro tipo de excepciones son las que ocurren antes de iniciar la psicoterapia, y reciben el nombre de cambios pre-tratamiento. Para

indagarlas se proponen los siguientes pasos: (Beyebach, 1995; De Shazer et ál., 2007; Duncan et ál., 2003 y Hudson & Weiner-Davis, 1990)

- Elicitar: consiste en invocar el tema de las excepciones durante la sesión.
- Marcar la excepción: se trata de que la excepción se vuelva relevante para la familia; esto se puede hacer mostrando curiosidad e interés por el relato de las personas.
- Ampliar: se procura que las personas hablen de las excepciones la mayor cantidad de tiempo posible y con lujo de detalles: *¿qué sucedió?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?* y *¿quiénes estuvieron involucrados?* Además se rescata el punto de vista de terceras personas (por ejemplo: *¿cómo reaccionó su hija cuando Ud. hizo eso?*), y se reconstruye la secuencia de los hechos en el tiempo: *¿qué sucedió antes y después de la excepción?* y *¿cuáles consecuencias positivas tuvo lo ocurrido en el resto del día?*
- Atribuir control: se atribuye control a la familia por sus avances, lo que hace que asuman su responsabilidad por los cambios que han sucedido.
- Seguir: se indaga otras posibles excepciones preguntando *¿qué más de este tipo de situaciones han ocurrido?* y con cada una se vuelve a realizar el procedimiento de marcar, ampliar y atribuir control.

Escalas de avance: permiten identificar avances, establecer metas, atribuir responsabilidad por los cambios conseguidos y recibir retroalimentación sobre la evolución de la terapia. Se introduce formulando la siguiente pregunta: *En una escala de 1 a 10, en la que 1 es el momento en el que los problemas que les han traído aquí han estado peor, y 10 es el momento en que estarán del todo solucionados, ¿en qué punto pondría usted esta última semana?* (Beyebach, 1995 y De Shazer et ál., 2007)

Reencuadres: se refiere a las intervenciones de las terapeutas que se dirigen a cambiar el punto de vista desde el cual se experimenta una determinada situación, modificando su significado. Se trata de co-construir un nuevo conjunto de creencias y percepciones alternativas; así una vez que la familia contempla las cosas desde un ángulo distinto puede conducirse de una forma diferente. Deben hacerse de forma cuidadosa para que no se aleje demasiado de la percepción familiar, y evitar que les resulte ajeno. (De Shazer, 1987)

Metáforas: se trata de transmitir a la familia un mensaje que genere una información nueva, a partir del lenguaje de los consultantes y transmitiéndolo de forma muy gráfica (imágenes y ejemplos). Se trata de diseñar una comparación próxima a las vivencias de la familia, que les permita a las personas construir sus propios significados. (Beyebach 1995 y 1999)

Elogios: son intervenciones y mensajes elaborados por las terapeutas que se utilizan para recopilar y recuperar las cosas que la familia está haciendo bien, remarcando sus cualidades, fortalezas y recursos; esto motiva a la familia a seguir progresando. En su formulación deben ser genuinos y creíbles. (Beyebach, 1999 y De Shazer et ál., 2007)

Lenguaje presuposicional: es el lenguaje utilizado por el equipo coterapéutico que presupone que los cambios están ocurriendo o se producirán (el cambio es inevitable). Por ejemplo, en lugar de preguntar *¿qué sería distinto?* se utiliza *¿qué cosas serán diferentes?* (Beyebach & Rodríguez, 1994 y O'Hanlon, 2001)

Diálogo estratégico: Se parte de la premisa de que las preguntas crean respuestas y que las personas al ser sometidas a preguntas particulares, en relación con sus propios problemas, pueden llegar a descubrir nuevas maneras de solución. Se requiere que sean preguntas estratégicas, esto es, interrogantes dirigidas a proporcionar alternativas que permitan a las personas aproximarse a nuevas posibilidades de percepción. Se trata de sugerir y no de imponer. "El objetivo es llevar al paciente a salir de su trampa mental (...) las preguntas se convierten en reales instrumentos terapéuticos en tanto inducen en la persona nuevos modos de sentir y reaccionar frente a su propia realidad". (Nardone & Salvini, 2006, p. 47)

Pausa y mensaje final: Hacia el final de la sesión el equipo coterapéutico hace una pausa y se retira por unos minutos a un espacio físico separado de la familia, para reflexionar sobre lo ocurrido en la sesión y elaborar un mensaje final que le será comunicado a los consultantes, al retornar de la pausa. El mensaje incluye elogios y tiene el propósito de esperaranzar e incentivar a la familia para alcanzar logros y mantenerlos. Esto se

puede hacer de varias formas, una de ellas es resumir los principales aspectos de la sesión, y otra es rescatar uno de los tantos aspectos y resaltarlo. (Selekman, 2005)

El proceso psicoterapéutico con la familia se puede desarrollar tanto en el consultorio del profesional como en el domicilio de los consultantes. Cuando las sesiones se desarrollan en casa de las familias es necesario tener presente algunas consideraciones especiales. En primer lugar se debe dejar claro a los consultantes que se trata de una visita profesional y no social; el hogar en estas circunstancias se convierte en un espacio de trabajo conjunto entre terapeutas y miembros de la familia. Los autores recomiendan (Kuipers, Lam & Leff, 2004) que al principio de la sesión el espacio de saludo y rapport no se extienda demasiado, para que los primeros minutos de la visita se centren en el tema de la sesión; esto se puede realizar preguntando *¿cómo han ido las cosas desde la última visita?* También se debe respetar la duración de la sesión y evitar interferencias como un televisor encendido.

Una vez expuesto el modelo teórico que fundamenta la práctica dirigida es importante resaltar que todos los profesionales de la salud mental deben contar con un marco teórico de referencia que les sirva como guía en el desarrollo de los procesos psicoterapéuticos con sus clientes. En este caso la Terapia Breve Centrada en Soluciones constituyó en fundamento ideológico y conceptual para las sustentantes. La TBCS ofrece una visión alternativa al orientarse al futuro y centrarse en los recursos de los consultantes y la construcción de cambios y soluciones.

A continuación se expone la estrategia metodológica de la práctica dirigida, construida a partir del modelo teórico que la sustenta.

Capítulo III

Estrategia Metodológica de la Práctica Dirigida

A continuación se detalla el proceso de la práctica dirigida, sus fases y las actividades realizadas por las sustentantes en cada uno de los diferentes momentos.

3.1. Fase I: Preparación y entrenamiento de las terapeutas

Inicialmente, las sustentantes se dedicaron a la recopilación y revisión de bibliografía sobre la TBCS y sus principales autores; este ejercicio motivó un proceso amplio de análisis y asimilación del modelo, a través del estudio individual y la puesta en común de las reflexiones generadas. La directora de la práctica, experta en el tema, apoyó este proceso aclarando conceptos, enriqueciendo la teoría con su experiencia profesional y orientando sobre aquellos elementos del modelo fundamentales para la práctica. Esta fase permitió a las sustentantes confirmar que el modelo de TBCS coincide con sus valores, cosmovisión, concepción del ser humano, principios éticos y comprensión del quehacer psicológico. Es así como la TBCS y sus supuestos teóricos básicos se convirtieron en una filosofía de vida para las terapeutas, ya que sus principios se adoptaron como una forma de ver, leer y comprender la realidad y no sólo la escena terapéutica. Además, tener claridad en los principios del modelo, entre ellos las tareas propias del equipo coterapéutico, permitió a las sustentantes visualizarse y colocarse en el rol de terapeutas para el trabajo con familias.

Otro momento de la fase de entrenamiento fue realizar juegos de roles para llevar a la práctica los conocimientos adquiridos sobre la TBCS. Se realizaron sesiones con personas colaboradoras externas a la práctica que representaron familias consultantes, mientras las sustentantes asumieron el rol del equipo coterapéutico (Anexo N°1). En cada sesión de entrenamiento las terapeutas practicaron diferentes herramientas del modelo: construcción de la demanda, excepciones, preguntas sobre el futuro, escala de avance, encuadre, pausa y mensaje final, coterapia, elogios, metáforas, atribución de control. Estas contaron con la

supervisión en vivo de la directora de la práctica. Una de las sesiones de entrenamiento se llevó a cabo en una de las clases del curso “Módulo de Psicología de la Familia I”, que lo aborda desde el paradigma sistémico. En esa ocasión, algunos de los estudiantes colaboraron representando a la familia consultante, mientras las docentes y demás alumnos observaron y retroalimentaron el ejercicio. Este espacio fue muy valioso para las sustentantes, porque les permitió prepararse para enfrentar los casos reales, previendo situaciones que podrían suceder con las familias y recibiendo recomendaciones por parte de la Directora y estudiantes. Además, fue posible compartir la propuesta de Práctica Dirigida e incentivar a otros estudiantes para realizar sus Trabajos Finales de Graduación desde esta modalidad. A esto último también contribuyó otra actividad realizada como parte de esta fase, que consistió en asistir a una clase del curso Investigación VIII, para compartir con los estudiantes, que estaban en proceso de elaborar su anteproyecto de Trabajo Final de Graduación, la experiencia de construir y desarrollar la práctica dirigida.

Gracias a este período de entrenamiento las sustentantes lograron afianzarse paulatinamente en su rol como equipo co-terapéutico y prepararse mejor para recibir a las familias en la práctica real. También se propició como un espacio para aprender a manejar las sensaciones y emociones generadas al ejercer el rol de terapeutas (por ejemplo el temor a equivocarse, la ansiedad, el deseo de la perfección, la inseguridad), que poco a poco se fueron superando y esto contribuyó a que no fueran obstáculos en el trabajo de intervención con las familias.

3.2. Fase 2: Selección de las familias participantes

Con esta fase inició el proceso de atención de las familias participantes; desde el principio se procuró establecer una relación cordial y de colaboración entre terapeutas y consultantes. El primer paso consistió en revisar las listas de personas que habían solicitado los servicios de atención psicológica al CAP para seleccionar las familias candidatas para la terapia; los criterios que las sustentantes utilizaron fueron: que el motivo de consulta reflejara temas familiares y que en éste no se brindara una descripción detallada de la queja. Esto porque en la TBCS se recomienda que terapeutas conozcan poco sobre el problema y eviten dejarse influenciar por etiquetas diagnósticas, que pudieran predisponer a las

terapeutas a enfocarse en el problema. (Beyebach, 1999 y De Shazer, 1986 y 1987) Una vez seleccionados los casos, se les contactó telefónicamente para ofrecerles el servicio de terapia familiar, para ello las sustentantes utilizaron la siguiente guía:

Cuadro N° 6.
Guía de primer contacto telefónico con las familias

- Presentación de las sustentantes (nombre y universidad).
- Contacto de parte del CAP: ofrecer servicio de terapia familiar.
- Corroborar anuencia a participar: si o no.
- Información de la familia: miembros, edades y dirección.
- Fijar fecha y horario para la primera reunión informativa.

Fuente: elaboración de las sustentantes.

Cinco familias se mostraron anuentes a participar y se les convocó a una primera reunión informativa junto con los familiares que participarían del proceso.

Se realizó la **primera reunión informativa** con cada familia para establecer el primer contacto personal entre terapeutas y familias; informar sobre aspectos generales de la terapia familiar (se hizo entrega de un documento explicativo sobre algunos elementos del proceso, Anexo N° 2); hacer entrega de documentos oficiales del CAP (consentimiento informado y la hoja de derechos) y firmar un contrato de participación que formalizó la relación de cooperación entre familias y terapeutas. El contrato (cuadro N°7) es un instrumento que reforzó la idea de que las terapeutas no son las expertas que aportan las soluciones para la familia, ya que éstas son construidas de forma conjunta. (Carpenter & Treacher, 1993)

Cuadro N° 7.
Contrato

Se nos ha explicado claramente en qué consiste el proceso de intervención psicoterapéutica y se nos han contestado todas nuestras preguntas. Satisfechos con la información brindada accedemos voluntariamente a participar en esta terapia.

Además, nos comprometemos a participar de las sesiones, a trabajar junto con las terapeutas para cumplir los objetivos que nos propongamos y a colaborar activamente con el proceso.

Fecha

Firmas Terapeutas

Firmas Miembros de la Familia

Fuente: elaboración de las sustentantes.

Este primer encuentro con las familias permitió a las terapeutas prepararse para el inicio del proceso psicoterapéutico. De esta reunión se rescataron varios aspectos importantes que fueron tomados en cuenta para el posterior trabajo con las familias:

- Se percibió en las familias su interés de colaborar activamente en el proceso psicoterapéutico y se encontró que ésta era la primera ocasión en que las personas participaban de un proceso de terapia familiar.
- En varios casos se identificó que la responsabilidad por la situación que preocupaba a la familia se depositaba sobre una sola persona; para evitar la asignación de etiquetas y la culpabilización de estos miembros, se realizaron pequeñas intervenciones terapéuticas; aprovechando el espacio para rescatar recursos, partiendo del compromiso ético-profesional de propiciar el bienestar de las familias en todo momento.
- Las familias espontáneamente comentaron sobre cambios ocurridos y expectativas a futuro. Además, se refirieron a soluciones intentadas que les dieron buenos resultados. Esto fue para las terapeutas una confirmación de la capacidad de las familias para trazar y diseñar buenas estrategias de acuerdo a sus habilidades, competencias y recursos.

3.3. Fase 3: Proceso psicoterapéutico con las familias

Este fue el momento en el que las terapeutas aplicaron la TBCS con las familias seleccionadas, para lo cual utilizaron una guía que se construyó a partir del modelo y que posteriormente en la práctica se flexibilizó para ajustarse a las particularidades de cada caso. El siguiente cuadro muestra la estrategia de intervención elaborada por las sustentantes:

Cuadro N° 8.
Estrategia de Intervención

Líneas de Trabajo para las Terapeutas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar lo que quieren conseguir los clientes (sus metas y objetivos terapéuticos). ▪ Detectar y movilizar recursos y soluciones. ▪ Estimular procesos de cambio en las familias. ▪ Colaborar en la consecución de objetivos. ▪ Promover el mantenimiento de logros y avances. ▪ Brindar protagonismo a todos los miembros de la familia. ▪ Respetar el proceso de cada familia. 		
Esquema del Proceso Terapéutico	<p>En la primera sesión se buscó crear una buena relación terapéutica y definir un proyecto conjunto de trabajo a partir de la negociación de los objetivos entre la familia y las terapeutas.</p> <p>En esta primera sesión las terapeutas siguieron los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo y apertura de la sesión. ▪ Construcción de la demanda: <i>¿qué los trae por acá?, ¿en qué les podemos ayudar?</i> ▪ Excepciones y pregunta sobre el futuro. <p>Las sesiones posteriores se dedicaron a construir y mantener cambios. Las principales estrategias fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conversación con la familia. ▪ Mejorías: <i>¿Qué cosas van mejor?</i> ▪ Excepciones: <i>¿Qué sucede en los momentos en los que no hay tensión?</i> ▪ Atribución de control: <i>¿Cómo lo consiguen? ¿Y cómo lo mantendrán?</i> ▪ Aportes de cada miembro al cambio (perspectiva relacional) ▪ Durante todo el proceso se procuró que la familia se apropiara de sus recursos y asumiera el control de sus soluciones (atribución de control). ▪ En la última sesión se realizó una entrevista de valoración para conocer la perspectiva de las familias respecto al proceso. 		
Estructura de las Sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pre-sesión. ▪ Sesión (pausa y mensaje final). ▪ Post-sesión. 		
Técnicas Terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coterapia. ▪ Co-construcción de la demanda. ▪ Encuadre informativo. ▪ Reencuadres. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conversación para movilizar recursos, excepciones y mejorías. ▪ Pregunta sobre el futuro. ▪ Escala de avance. ▪ Elogios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diálogo estratégico. ▪ Lenguaje presuposicional. ▪ Metáforas.

Fuentes: Hudson & Weiner-Davis, 1990; Kim Berg & Miller, 2002; Kuipers et ál., 2004; Lipchik, 2004; Molnar & De Shazer, 1988; Navarro, 1992; Onnis, 1995; Rolland, 2000.

En el proceso a cada encuentro con la familia se le denominó sesión terapéutica y por tratarse de una terapia breve el máximo fueron seis sesiones. Cada sesión se caracterizó por una estructura: 1) Pre-sesión, fue el momento antes de reunirse con cada familia en el que las terapeutas acordaban las líneas de trabajo y objetivos para el desarrollo de la sesión. 2) Sesión: las terapeutas ponían en práctica las técnicas con la familia, para facilitar el trabajo conjunto se desarrollaron reglas (cuadro N°9). Acercándose el término de la sesión las terapeutas se reunían aparte (pausa) para acordar el mensaje final para la familia. 3) Post-sesión: reunión de las terapeutas para reconstruir y analizar lo acontecido, registrándolo en bitácoras.

Cuadro N°9.
Reglas para el desarrollo de las sesiones

- 1) Hablar una persona a la vez y los/as demás deben escuchar atentamente.
- 2) Permitir que todos y todas tengamos oportunidad de hablar para conocer los diferentes puntos de vista.
- 3) Si voy a decir algo sobre una persona que está aquí presente se lo digo directamente. Por ejemplo: En lugar de decir “yo creo que Ana cocina muy bien”, voy a decir dirigiéndome a esa persona: “Ana: yo creo que cocinas muy bien”.
- 4) Evitaremos utilizar en la sesión elementos que nos distraigan. Por ejemplo: el celular.
- 5) Cumpliremos con el horario de la sesión.
- 6) Todos y todas formamos un equipo de trabajo y por eso nuestra colaboración es importante.

Fuente: Hudson & Weiner-Davis, 1990 y Kuipers, Lam & Leff, 2004.

Para efectos del presente informe, con el fin de respetar la privacidad de las familias se les asignó un valor numérico del uno al cinco para identificarlas.

Al terminar el proceso psicoterapéutico con cada familia, las terapeutas solicitaron su perspectiva acerca del proceso. Para ello, construyeron una guía de entrevista (cuadro N°10). Esto se realizó con el fin de obtener retroalimentación de los participantes, sobre su experiencia en el proceso, lo cual serviría a las sustentantes para su crecimiento personal y profesional.

Cuadro N°10.
Guía de entrevista de valoración para las familias

<p>¿Qué es lo que más les ha gustado de esta terapia familiar?</p> <p>¿Qué recomendaciones darían a las terapeutas?</p> <p>¿Qué de todo lo que se ha hecho fue lo que más les ayudó?</p> <p>En una escala de 1 a 10 ¿qué calificación da al proceso de terapia familiar?</p> <p>En una escala de 1 a 10 ¿qué calificación le da a las terapeutas?</p> <p>Al finalizar este proceso de terapia familiar ¿qué tan satisfechos se encuentran con lo alcanzado?</p> <p>R/ Mucha Satisfacción Poca Satisfacción Nada de satisfacción</p> <p>¿Creen ustedes que esta terapia familiar vale el tiempo y el esfuerzo que han invertido?</p> <p>R/ Sí lo vale No lo vale</p> <p>¿Recomendarían este tipo de terapia a otras personas?</p> <p>R/ Sí No</p> <p>Con respecto al proceso psicoterapéutico ¿qué otra cosa consideran importante que nosotras sepamos?</p> <p>¿Qué recomendaciones les darían a otras familias?</p>
--

Fuente: elaboración de las sustentantes.

Después de la entrevista de valoración se le hizo entrega a cada familia de un certificado de participación como un reconocimiento por su esfuerzo, colaboración y compromiso con la terapia (Anexo N° 3); también se entregó un folleto elaborado por las sustentantes donde se recopilaban los aprendizajes de los consultantes y sus recomendaciones para otras familias (Anexo N°4).

Por último, a lo largo de la terapia familiar se respetaron los siguientes aspectos éticos propios del quehacer psicológico y de la TBCS:

- Se trabajó desde un posicionamiento democrático y horizontal. Lo que implica respetar las visiones de mundo de cada familia y de cada persona, así como las soluciones propuestas por ellas (Bertolino, 2006; Feixas & Villegas, 2000; O'Hanlon 2001 y Watzlawick, 2000).
- No se utilizaron etiquetas diagnósticas y se evitó hacer uso de connotaciones negativas para referirse a la vivencia, sentimiento u opinión de los consultantes.
- Las terapeutas velaron por el autocuidado mediante la contención y apoyo mutuo.

- Se siguieron los lineamientos del CAP: entregar consentimiento informado, informar sobre los derechos de los consultantes, abrir un expediente para cada caso atendido, donde quedaron consignadas las boletas de atención de cada sesión y un informe del proceso terapéutico.
- Se respetó el Código de Ética del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.
- Se trabajó desde el marco de Derechos Humanos.

Capítulo IV

Experiencia de Inserción Institucional en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica

4.1. Contextualización del CAP

La práctica de las sustentantes se insertó en el CAP, que es un proyecto de la Escuela de Psicología de la UCR, inscrito en la Vicerrectoría de Acción Social en la sección de Extensión Docente. Este Centro ofrece atención psicológica clínica en forma individual, de pareja y familiar, de acuerdo a las necesidades y demandas que provienen de la comunidad. Una de sus metas es proyectarse a nivel nacional alcanzando a aquella población de escasos recursos económicos que no tiene acceso a servicios psicoterapéuticos privados o de otras instituciones públicas. La población usuaria del CAP la conforman personas que habiéndose enterado de la existencia del Centro, solicitan el servicio, ya sea mediante llamada telefónica o personalmente, de este modo se les registra en una lista de espera, para luego ser contactados por terapeutas asignados. La atención que se brinda es gratuita.

El Centro es dirigido por una Coordinadora, asignada por la Escuela de Psicología, que se encarga de velar por el óptimo funcionamiento del proyecto y el cumplimiento de sus objetivos y alcances. También se cuenta con la presencia de un funcionario administrativo que se encarga de recibir las solicitudes de atención, administrar el uso de los consultorios, llevar un control de las personas atendidas, archivar expedientes y mantener informada a la Coordinadora del Centro sobre los procesos del lugar.

Los servicios de atención psicológica se brindan desde una perspectiva multi-paradigmática, según las corrientes teóricas que ofrece el plan de estudios de la carrera. La práctica se insertó como un apoyo a la atención clínica de familias, con el propósito de fortalecer y promover este servicio; en este caso desde un modelo novedoso en psicoterapia: la TBCS, el cual forma parte del paradigma sistémico.

4.2. Experiencia de Inserción en el CAP

Las sustentantes en su proceso de insertarse en una institución, requirieron conocer la dinámica de funcionamiento del lugar para respetar el cumplimiento de sus requisitos (consentimiento informado, derechos de los consultantes, boleta de sesión y apertura de expediente). También, se enteraron de los esfuerzos realizados para dar a conocer los servicios que brinda el Centro, entre ellos promocionarlo a través de programas televisivos. Esto a su vez, atrajo más demandas de atención no solo para servicios clínicos, sino también solicitudes de apoyo psicológico en otras áreas como la laboral, educativa y comunitaria.

Fue importante establecer una relación de cooperación y respeto con la coordinadora y funcionario administrativo para facilitar el trabajo conjunto y coordinar los usos del espacio físico, materiales y horarios de atención. Además, la comunicación constante permitió identificar necesidades de ambas partes y así proponer alternativas y soluciones acordes con las posibilidades del equipo terapéutico y personal del Centro. Entre las alternativas propuestas se encuentran la incorporación de elementos que hicieran de los consultorios lugares más cómodos y agradables, y la elaboración de una boleta de atención con formato familiar (cuadro N°11), ya que la existente estaba diseñada para atención individual.

**Cuadro N°11.
Boleta de Sesión**

<p><i>Datos de identificación</i> Familia (apellidos): _____ Fecha: ____ Hora de inicio: ____ Número de sesión: ____ <i>Nombre y apellidos de los/as miembros del equipo coterapéutico:</i> _____ _____</p> <p><i>Miembros de la familia presentes en la sesión:</i> (nombre, edad y posición que ocupa dentro de la familia – madre, padre, hijo/a, abuelo/a, tío/a, otros-). _____ _____</p> <p><i>Temas abordados durante la sesión:</i> _____ _____</p> <p><i>Observaciones</i> _____</p> <p><i>Firmas del equipo coterapéutico:</i> _____</p>
--

Fuente: elaboración de las sustentantes.

Uno de los frutos de la comunicación constante mantenida con el funcionario administrativo del Centro, fue recibir retroalimentaciones de su parte, sobre la inserción de las sustentantes, lo que posibilitó que se realizara una entrevista final para conocer a profundidad su opinión respecto del proceso. Para ello las terapeutas elaboraron una guía de entrevista:

Cuadro N° 12.

Guía de entrevista de valoración del funcionario administrativo del CAP

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalezas y debilidades en la labor de las terapeutas. 2. Facilidades y limitaciones de la inserción de las terapeutas en el CAP. 3. Cambios observados en el CAP a partir de la labor de las terapeutas. 4. Brindar opinión sobre el servicio de terapia familiar y el trabajo conjunto de dos terapeutas 5. Recomendaciones para las terapeutas y para el CAP |
|---|

Fuente: elaboración de las sustentantes.

El funcionario del CAP, en la entrevista de valoración, señaló que en los procesos terapéuticos de niños y adolescentes es importante involucrar a la familia, para que puedan contar con más herramientas y se vean beneficiadas. Además, en el caso de que se trabaje con varias personas a la vez, se hace necesario el trabajo conjunto de dos terapeutas. Asimismo, es importante que el CAP cuente con espacios físicos adecuados y diferenciados para la atención de niños, adolescentes y adultos, según sus características y necesidades particulares.

También consideró que las terapeutas establecieron una relación de cooperación y coordinación con el personal del Centro, donde aportaron sugerencias que hicieron que la experiencia resultara positiva. Una muestra de dicha relación de cooperación fue que las sustentantes solicitaran retroalimentación, tanto de las personas usuarias, como del funcionario del CAP. La inserción de las sustentantes le permitió darse cuenta de la importancia de que las herramientas e instrumentos del CAP estén en constante revisión.

Las sustentantes rescatan de la experiencia en el CAP la importancia de adecuarse al sistema de trabajo del lugar, para después de estar familiarizado, aportar respetuosamente sugerencias y recomendaciones. Además, es recomendable conocer el punto de vista de los funcionarios del lugar, pues ellos son los expertos en la dinámica del mismo.

Capítulo V

Experiencia de Dos Terapeutas Principiantes Trabajando desde el Modelo de Terapia Familiar Breve Centrado en Soluciones

5.1. *Caracterización de la estrategia terapéutica con las familias*

El modelo TBCS ofreció a las terapeutas las bases para la interacción con las familias, mediante un conjunto de instrumentos y herramientas concretas que promueven y facilitan el proceso de cambio. Desde ahí el equipo coterapéutico construyó la estrategia de intervención que guió la práctica.

A continuación se describe la experiencia de las terapeutas en el trabajo con las familias.

Las terapeutas intervinieron como un **equipo coterapéutico**, es decir, trabajaron en forma conjunta durante los diferentes momentos del proceso con las familias (pre-sesión, sesión y post-sesión). En la **pre-sesión** la tarea principal de las terapeutas fue reflexionar sobre las características y particularidades de cada caso, para decidir la estrategia terapéutica a seguir (convocatoria de miembros de la familia, perspectiva para abordar los temas o preocupaciones y la organización de las técnicas y actividades para cada sesión). Durante la **sesión**, producto del proceso de reflexión y coordinación de la pre-sesión, cada terapeuta tenía claro la dirección a seguir y las tareas a su cargo. Por ejemplo, para facilitar el trabajo simultáneo con varias personas y guiar la conversación hacia recursos y cambios, una terapeuta se encargaba de explorar las excepciones (indagarlas, ampliarlas y atribuir control), y otra terapeuta trabajaba en la construcción de un futuro con esperanza (utilizando preguntas orientadas al futuro). Esto sirvió solo como una guía para dar estructura a la sesión y evitar perder elementos significativos durante las conversaciones; las terapeutas en todo momento se apoyaron complementando intervenciones, rescatando aspectos que pudieron pasar desapercibidos, brindando diferentes perspectivas y recurriendo al humor.

En la **post-sesión** las terapeutas se reunían para reflexionar sobre lo ocurrido en la sesión con cada familia, las movilizaciones personales, negociar la estrategia a seguir con cada

caso y hacer bitácoras para registrar por escrito los procesos. Además otro recurso fue recibir retroalimentación en las supervisiones con el equipo asesor. La post-sesión no se restringió sólo al tiempo inmediato después del término de la sesión, sino que se amplió a los momentos en que las terapeutas en conjunto o individualmente reflexionaron sobre los casos, se apoyaron con la opinión de terceros, respetando la confidencialidad de las personas, y recurrieron al estudio de literatura.

El trabajo en coterapia tuvo varias ventajas para las practicantes y las familias. A las practicantes trabajar en equipo les facilitó ejercer el rol de terapeuta, gracias a que contaron con retroalimentación y acompañamiento constante, y tuvieron la oportunidad de combinar las habilidades de cada una. Esto también implicó el reto de aprender a negociar y adaptar los estilos y capacidades de ambas, para sacarle el máximo provecho. Las familias también se vieron favorecidas al tener dos terapeutas que les brindaron diferentes perspectivas acerca de un tema (donde no hubo un discurso dominante sobre otro, sino formas diferentes de entender situaciones), lo que a la vez afirmó el carácter democrático del proceso psicoterapéutico, porque todos los puntos de vista fueron escuchados y valorados. Además, el trabajo en coterapia sirvió a las familias como un modelaje de comunicación e interacción asertivo, ya que las terapeutas siempre procuraron tener un trato respetuoso y cálido entre sí. Por todas estas razones se considera la coterapia como una excelente herramienta para terapeutas familiares principiantes.

Por otro lado, las terapeutas pusieron en práctica la **empatía**, la cual es una condición necesaria en todo proceso psicoterapéutico. En el trabajo con las familias las sustentantes mostraron respeto hacia las emociones de las otras personas y a su ritmo en el proceso de cambio, abriendo espacios para escuchar el punto de vista de todos, propiciando un clima de trabajo cómodo y agradable y utilizando un lenguaje accesible a la familia, en lugar de usar términos técnicos. Entre las terapeutas se cultivó la empatía respetando las habilidades de cada una, brindándose apoyo en las movilizaciones personales surgidas de la experiencia con las familias, alcanzando acuerdos y tomando decisiones conjuntas.

El esfuerzo del equipo coterapéutico por comprender la experiencia y procesos de las personas fue muestra del interés sincero y compromiso de trabajar por el bienestar del

sistema familiar, permitió una interacción cálida, respetuosa y humana entre ambas partes. La empatía mostrada por las terapeutas respondió al voto de confianza dado por la familia al participar en el proceso de terapia.

También, para cumplir con el deber ético de respetar el derecho de las familias a conocer sobre el proceso en el que se comprometieron a participar, promover la confianza en las terapeutas y fortalecer el vínculo terapéutico, las terapeutas realizaron **encuadres** en los contactos telefónicos, en la primera reunión informativa y en cada una de las sesiones. La información que se brindaba estaba directamente relacionada con cada momento y según su objetivo. El encuadre se realizó al inicio de cada contacto con los consultantes para informarles sobre diferentes aspectos relacionados con el proceso psicoterapéutico: ofrecer un servicio de terapia familiar desde el CAP; dar a conocer las características básicas del proceso (brevedad, trabajo en coterapia y con el sistema familiar, confidencialidad); requisitos administrativos del CAP; la solicitud de permiso para tomar nota y hacer grabaciones de audio durante las sesiones.

Al inicio de la primera reunión y de las sesiones, para romper el hielo y propiciar un clima de trabajo agradable, se realizó la denominada “**fase social**” (rapport), consistía en un espacio donde terapeutas y miembros de la familia conversaban sobre sus intereses, habilidades, ocupaciones y pasatiempos. Desde una perspectiva sistémica esto se realiza con el fin de propiciar un clima de sesión agradable y construir relaciones igualitarias-horizontales en lugar de relaciones autoritarias-verticales. (Selekmán, 2005)

En las primeras sesiones con las familias uno de los propósitos de las terapeutas era la **co-construcción de la demanda**. Es decir, conocer lo que la familia deseaba alcanzar con el proceso terapéutico. Esto se realizó planteando preguntas como *¿qué los trae por acá?* y *¿en qué los podemos ayudar?* Al indagar la demanda se escuchó la opinión de todos los miembros de la familia presentes en la sesión, lo que implicó trabajar simultáneamente con las demandas específicas de cada consultante y a la vez encontrar una base común.

Para concretar en términos conductuales y factibles las metas de la familia, se recurrió a las **preguntas orientadas al futuro**, éstas se utilizaron a partir de las segundas sesiones,

recurriendo a la pregunta milagro de Steve de Shazer, la varita mágica o simplemente preguntaron *¿cómo visualizan un futuro de forma que todos los miembros de la familia estén bien?* Las preguntas orientadas al futuro se ajustaron a las características y necesidades de cada familia; se solicitaba que las respuestas fueran lo más detalladas posible indicando las acciones de cada miembro de la familia. Además permitieron trazar objetivos terapéuticos al conocer lo que las familias querían alcanzar y se utilizaron para ayudar a visualizar un futuro sin el problema, lo que facilita generar esperanza. Esto también se logró utilizando un **lenguaje presuposicional**. A continuación se presenta un ejemplo de la utilización de esta herramienta con la familia 3.

Hija adolescente: *a mi me gusta la magia*

Terapeuta: *Hagamos un experimento con magia. Vamos a imaginar que este lápiz se convierte en una varita mágica. Entonces con esta varita mágica vamos a resolver las situaciones que ustedes nos han contado aquí... y ahora ustedes nos van a contar, con esa imaginación que tienen, cómo van a ser las cosas, o sea qué va a pasar en casa, que va a pasar alrededor de ustedes, ahora que esas situaciones ya están resueltas.*

Hija adolescente: *sería mucho... ya no voy a tener tantas cosas en la cabeza, entonces voy a tener más espacio para pensar lo que venga, no sé... es algo como que pienso.*

Terapeuta: *¿Y qué hará cada uno en la casa, qué harás vos, tu mamá, tu padrastro, tus hermanos?*

Hija adolescente: *... no sé...*

Terapeuta: *¿Cómo los ves, qué están haciendo? Imagínate un día con todo eso resuelto, cómo los ves, como si fuera una película, para nosotras también verlo.*

Hija adolescente: *Sería como algo muy bueno porque ya me siento más liberada y puedo ver que mi padrastro ayuda, que los chiquitos están sin gritar, que mi mamá no me grita, que yo no tengo que andar estresada y todo eso... Y entonces sería así como un alivio, o sea, al menos para mí sería así.*

Terapeuta: *Entonces vos te imaginás que tu padrastro ayuda y que en tu casa nadie está gritando, ni los chiquitos ni tu mamá, y vos estás más tranquila.*

Hija adolescente: *...Sí...*³

Después de que el suprasistema terapéutico tenía claras las metas por alcanzar con la terapia, el equipo coterapéutico iniciaba las sesiones preguntando a las familias por **mejorías** ocurridas en el tiempo transcurrido entre sesiones, partiendo de que el cambio es inevitable. Por ejemplo:

Terapeuta: *Hoy les queríamos pedir para abrir la sesión que pensarán en estos días que han transcurrido desde la última vez que nos vimos ¿qué cosas van mejor en casa?*

³ Familia 3, sesión n° 2, 21 de setiembre del 2010.

Mamá: ... *Siento que me estoy llevando mejor con mi hijo. De vez en cuando, una que otra chocamos, y... o ellos se ponen a pelear... pero sí mejor, muchísimo mejor ... Cuando tiene que ayudar a lavar los platos nos está ayudando un montón a todas... Se siente como más paz, más tranquilidad, con menos gritos y todo.*⁴

Para centrar la atención de la familia en aspectos recursivos o positivos, durante todo el proceso se indagaron **excepciones**, mediante preguntas (*¿qué sucede cuando lo que te preocupa no ocurre?* y *¿qué cosas positivas han ocurrido en los últimos días?*), o rescatándoles del discurso o narraciones de los consultantes, y en algunos casos las familias las mencionaban espontáneamente. Para algunas personas resultó muy sencillo identificar excepciones, mientras que para otras esta tarea requirió más esfuerzo. Cuando a las personas se les dificultó recordar excepciones, las terapeutas les ayudaron de diferentes formas, entre ellas solicitándoles que se imaginaran como detectives en busca de pistas de aspectos positivos, y recurriendo al humor. A modo de ejemplo:

Terapeuta: *Nos hemos dado cuenta en nuestra experiencia como terapeutas que muchas veces es más fácil prestar atención a las cosas que nos preocupan, y a veces dejamos de lado algunas cosas que van bien. Entonces, ahora el experimento es pensar qué ocurre (dirigiéndose a la madre) cuando te llevas bien con tu hijo, cuando logran comunicarse de forma adecuada, cuando los dos se sienten bien; es como si fuera una película, ustedes nos relatan con imágenes, qué es lo que pasa alrededor, qué es lo que se dicen y cómo se sienten.*

Mamá: *Sí, yo he estado analizando, y me di cuenta que lo que recuerdo de él es cuando discutimos, más que todo como reclamamos...*

Terapeuta: *¿Hasta cuando duermen?*

Mamá: *(risas) pero... ayer estaba haciendo la tarea de inglés y él me ayudó... y esa parte creo que es la más bonita que he tenido con mi hijo... a veces sí llega y me abraza porque él es muy cariñoso.*⁵

Una vez que las familias identificaron excepciones y cambios, las terapeutas indagaron detalladamente las cosas que estaba haciendo, pensando y sintiendo cada persona. Para **amplificar el cambio** se preguntó *¿qué cosas positivas/contribuciones/aportes hizo cada miembro de la familia?* y se acompañaron las preguntas con metáforas y actividades lúdicas. Después, teniendo claro los aportes de cada miembro de la familia, se les

⁴ Familia 2, sesión n° 2, 22 de setiembre del 2010.

⁵ Familia 2, sesión n° 2, 22 de setiembre del 2010.

preguntaba *¿cómo lo han logrado?* con el objetivo de **atribuir control** sobre sus avances y mejorías.

Indagar excepciones durante la intervención con las familias fue de mucha utilidad porque permitió al suprasistema terapéutico darse cuenta de que si bien se presentaban situaciones que generaban malestar, también ocurrían otras positivas; y demostró que los problemas no suceden todo el tiempo ni están presentes en todas las áreas de la vida. Además visualizar las excepciones permitió a las familias sentirse más competentes, tener esperanza y encontrar formas de promover los aspectos positivos que ya estaban ocurriendo. Con el propósito de **mantener los cambios** y **prevenir recaídas** las terapeutas solicitaron a cada familia que reflexionaran sobre las cosas que harían para que las mejorías y avances se mantuvieran aún cuando la terapia llegara a su fin.



Ilustración N° 1:
Medalla

Con el fin de acentuar los cambios, mejorías y excepciones se utilizaron los **elogios**, que permitían reforzar lo que las personas estaban haciendo bien, sus fortalezas y sus recursos; las terapeutas procuraron que su formulación fuera genuina y creíble. Así, cuando una persona compartía una solución, cambio o avance, una forma de elogiar era decir *¡es una excelente idea!, ¿Cómo llegaste a esa conclusión?* Es importante mencionar que los elogios no sólo provenían de las terapeutas, sino también de las familias, ya que se hicieron actividades donde cada consultante debía reconocer los avances y competencias de sí mismo y de su familia. Por ejemplo, las terapeutas organizaron una premiación con medallas, en ocasiones ellas otorgaban el reconocimiento y en otras lo hacían los miembros de la familia entre sí. Esto permitió a consultantes tener claro su papel activo en el proceso de cambio y las contribuciones que realizaron para alcanzar las mejorías; también conocer lo que se había hecho bien y daba resultado era una motivación para seguir haciéndolo.

Otra herramienta que permitió movilizar los recursos de las familias fue hacer **reencuadres**, porque al co-construir nuevos significados se promovieron los procesos de cambio, pues a nuevas forma de entender las cosas, le siguieron nuevos comportamientos e interacciones. Para lograrlo las conversaciones fueron el instrumento clave, ya que cuando

la familia compartía relatos de situaciones que les habían causado malestar, las terapeutas retomaban estas narraciones aportando una perspectiva diferente, pero no a tal grado que la hiciera ajena para la familia. Por ejemplo, al final de una sesión, la madre de la familia 3 comentó:

Uno con sólo que vea a otra persona diferente, o que tenga otras palabras en las cuales vea diferente la vida... ya le hacen a uno diferente, y puede verlas de otra manera. Yo siento que me ha ido ayudando, también a mí, no sólo a ella (hija) y a todos los de la familia que no han podido venir pero que con sólo vernos a nosotros, ellos han visto que sí nos han ayudado, y entonces yo digo que gracias a ustedes yo me siento un poquito diferente... y con sólo una palabra... yo siento que me voy diferente, pienso en otras cosas.⁶

En la afirmación de esta madre cobró vida la frase sistémica “la diferencia que hace la diferencia”. Una misma experiencia puede percibirse de muchas formas; en la terapia se acentuaron los elementos más recursivos para movilizar a la persona a encontrar soluciones. Una percepción distinta produjo pequeños cambios que desencadenen otros mayores.

Otra forma de propiciar percepciones alternativas que permitieran a las personas aproximarse a nuevas posibilidades de pensar, sentir y actuar, fueron las **metáforas**; las terapeutas las comunicaron de forma verbal, con imágenes y con actividades, contextualizándolas a la realidad de cada familia y según lo compartido en las sesiones. Por ejemplo, en una primera sesión con el objetivo de comunicar a la familia 3 que tenían todos los recursos y capacidades necesarios para salir adelante y que los cambios iban a ir ocurriendo poco a poco con el trabajo de todos, las terapeutas elaboraron la siguiente metáfora, que nació del gusto comunicado por la hija adolescente de hacer manualidades y tejer:

Este proceso que empezamos hoy es como la confección de una bufanda. Primero hay que cerciorarse de tener todos los materiales necesarios para elaborarla; en esta familia vemos que cuentan con lo necesario y más, es decir ya tenemos las agujas, lanas de muchos colores y la creatividad. El segundo paso es empezar a tejer y nos vamos a dar la gran sorpresa de que todos tenemos la habilidad de tejer y todo empieza por un pequeño paso. Con la armonía entre manos, lana y agujas se

⁶ Familia 3, sesión n° 2, 21 de setiembre del 2010.

*va ir conformando una hermosa bufanda, sin olvidar que para terminarla es necesario tejer todos los días.*⁷

Las familias también utilizaron metáforas para expresarse; como en el caso del padre de la familia 1, quien comparó su familia con *un automóvil que necesitaba de sus cuatro llantas para andar*, haciendo alusión a la importancia de la cooperación de todos los miembros de la familia en el proceso de cambio.

Otra herramienta utilizada para concretar las mejorías, consolidar y mantener cambios fue la **escala de avance**, haciendo uso de apoyo visual (imágenes de los números). Ésta les facilitó a las familias establecer un balance entre los cambios ocurridos y lo que deseaban alcanzar. Una forma de hacerlo era preguntando *¿entre el 1 y el 10 en qué número puntúan?, ¿cómo lo lograron?, ¿cómo lo van a mantener? y ¿qué necesitan*



Ilustración N° 2:
Escala de Avance

hacer para avanzar en la escala? Esta técnica fue aprendida por las terapeutas en la fase de entrenamiento, mediante la revisión de literatura, aplicándola en juegos de roles y llevándola a su propia cotidianidad, planteándose algunas circunstancias en términos de escala, por ejemplo en una escala de 1 a 10 cuánto deseo comer un helado, esto como una forma de familiarizarse con el ejercicio de concretar experiencias haciendo uso de números.

Con las familias esta herramienta se utilizó a partir de la segunda sesión. Durante el transcurso de las sesiones las familias se mantuvieron o avanzaron en la escala, en ningún caso hubo retrocesos. Sin embargo, el modelo había preparado a las terapeutas para reaccionar en el caso de descensos en la escala, preguntando *¿cómo hiciste para no bajar más?* y así encausar la conversación hacia recursos y estrategias de afrontamiento. Personas adultas, adolescentes y niños disfrutaron mucho con esta técnica, desde el principio de la sesión preguntaban por el “juego de los números” y adelantaban en qué número se situarían esa semana. Además los consultantes mostraron entender el sentido de la herramienta terapéutica y la explicaban como “la que medía los cambios, avances y soluciones que iban

⁷ Elaboración de las sustentantes.

logrando”. Inclusive en la entrevista de valoración la citaron como uno de los aspectos que más les ayudó o que más les gustó en la terapia. A continuación se cita un ejemplo de la aplicación de la escala:

Terapeuta: Entonces vamos a pensar así como en una escala o como en una regla. Aquí vemos todos estos números del 1 al 10, siendo uno cuando estábamos más preocupados por las cosas que nos han traído aquí, y 10 cuando ya las cosas están totalmente resueltas. Hoy ¿en qué número se colocarían ustedes?, cada una.

Hija menor: Yo escojo el 4 porque estoy compartiendo con mi hermano sin pelear. [En la sesión anterior la niña había puntuado 2 argumentando que quería mejorar la relación con su hermano].⁸

Por último al acercarse el cierre de la sesión el equipo coterapéutico hacía una **pausa**, en la que se le pedía a la familia que reflexionaran sobre diferentes temas (por ejemplo: formas de mantener los cambios), mientras las terapeutas se retiraban para coordinar a solas el **mensaje final**. Durante la pausa, el reto para las terapeutas fue concretar todo lo conversado durante la sesión en un mensaje transmitido a través de metáforas y elogios. El mensaje final ponía el término a la sesión, en este espacio la familia se dedicaba a escuchar atentamente. En todos los casos las terapeutas confiaron en que las familias, una vez escuchado el mensaje final, lo dotaban de significados.

Las herramientas del modelo en su conjunto permitieron que en los espacios terapéuticos se propiciara la expresión de emociones, la búsqueda de cambios, capacidades, posibilidades y resultados; y la definición de metas por alcanzar. Además sirvieron de apoyo a las terapeutas para comprender las situaciones por las que atravesaban las familias y ser portadoras de esperanza.

Asimismo, al ser una terapia breve, fue necesario aprovechar al máximo el tiempo durante el proceso psicoterapéutico con las familias, para lo cual se requirió planificación y claridad en los objetivos que se persiguieron; cada intervención tuvo un propósito bien definido; se escogieron técnicas pertinentes para cada objetivo y se realizaron en el

⁸ Familia2, sesión n°3, 4 de octubre del 2010.

momento adecuado; por ejemplo se combinaron metáforas, y actividades lúdicas, para hacer las sesiones más atractivas a niños, adolescentes y adultos.

Además, resultó estratégico para las terapeutas utilizar su creatividad, estilo y habilidades para personalizar las herramientas del modelo, respetando el propósito de cada una de ellas y maximizando sus alcances.

Capítulo VI

Proceso Psicoterapéutico con las Familias

6.1. *Caracterización general de las familias participantes*

En el proceso psicoterapéutico participaron cinco familias costarricenses y residentes de las provincias de San José y Cartago; conformadas por cuatro o cinco miembros, entre ellos niños(as) entre 2 y 12 años; adolescentes y jóvenes entre 14 y 20 años; adultos entre 40 y 50 años. Más adelante se describe la composición de cada una de ellas. En los cinco casos la composición y formas de convivencia familiar fueron variadas. En algunos el padre y la madre mantenían la relación conyugal, mientras que en otros se encontraban separados. Para respetar la privacidad de los consultantes, se identificó cada una de las familias con un valor numérico del 1 al 5, en lugar de dar a conocer sus apellidos.

6.2. *Caracterización general del proceso psicoterapéutico*

En el trabajo con las familias se siguió la estrategia de intervención construida a partir de la TBCS, para los diferentes momentos del proceso (pre-sesión, sesión, post-sesión) y la aplicación de las herramientas terapéuticas. El quehacer de las terapeutas se ajustó a las particularidades de cada caso, es decir el modelo no se aplicó de manera ortodoxa.

El proceso abarcó entre cuatro y seis sesiones y ninguna familia desertó. Las terapeutas antes de hacer el cierre con cada familia, se aseguraron de que las personas confiaran en sus recursos, habilidades, capacidades y competencias, para hacer frente a las situaciones presentes y futuras. También recordaron a las familias que podrían contar con el CAP como un recurso para el futuro.

En el siguiente apartado se presenta una descripción de los procesos psicoterapéuticos desarrollados con cada familia. Se consideró estratégico escoger un caso (familia1) para ejemplificarlo con mayor detalle y así dar cuenta del trabajo realizado por las terapeutas. Y en los demás casos se exponen los elementos que permiten comprender a grandes rasgos el proceso de cambio de cada familia.

6.3. Descripción del proceso de cambio de las familias

6.3.1. Familia 1

De la revisión de las solicitudes de atención del Centro se conoció que la madre de esta familia solicitó atención al CAP para su hijo adolescente, por su bajo rendimiento académico en el colegio. Las terapeutas contactaron a la madre vía telefónica y le ofrecieron participar de un servicio de terapia familiar en lugar de un proceso individual con el hijo. La madre comentó estar divorciada pero en ese momento vivía en la misma casa con su ex-pareja y los hijos de ambos: un adolescente de 16 años y una niña de 10 años. Ella mostró anuencia a participar; por tanto, se convocó a la familia a una reunión para conocerlos e informarles sobre el proceso psicoterapéutico.

A la primera reunión asistieron los cuatro miembros de la familia: papá, mamá, hijo mayor e hija menor. Cada uno compartió con las terapeutas información como ocupación, pasatiempos e intereses. El papá trabajaba jornada completa como vendedor en una agencia de autos; entre sus pasatiempos se encontraba andar en bicicleta, pasar tiempo en casa y realizar labores domésticas. La mamá trabajaba jornada completa como mercaderista en un supermercado y estudiaba en un sistema de educación abierta, para obtener su título de educación general básica (novenio año). Ella se describió como una persona de “mente abierta”, que disfruta salir con sus amigos, y en ese momento tenía una nueva relación de pareja. Ambos padres tenían edades comprendidas entre 30 y 40 años. El hijo mayor cursaba octavo año del colegio, estaba aprendiendo a tocar batería, participaba como monaguillo en una iglesia, disfrutaba hacer piruetas con la bicicleta, hacer trucos de magia, coleccionar insectos y salir con sus amigos. La hija menor cursaba cuarto grado de escuela, estaba aprendiendo a hacer manualidades y le gustaba usar la computadora y el celular.

La familia también describió características de su dinámica y convivencia: los padres estaban divorciados (en el pasado la madre vivía aparte con sus dos hijos y el padre los visitaba periódicamente); pero en el momento de la terapia, por razones económicas, se encontraban viviendo en la misma casa con sus hijos. La madre tenía la expectativa para el futuro de poder adquirir una casa propia donde vivir con sus hijos. El padre y la madre

aclararon que vivir juntos les planteaba el reto, como sistema parental, de establecer límites y reglas congruentes para sus hijos. Los padres comentaron que algunos miembros de su familia extensa se habían manifestado en desacuerdo con su forma de convivencia, y no les parecía que la madre tuviera una nueva pareja que participara de las actividades recreativas junto con los hijos y el padre. Por su parte el padre y los hijos veían con naturalidad la relación de pareja de la madre, pero les molestaban los comentarios de desaprobación externos.

Esponáneamente los padres comentaron estar preocupados por el rendimiento académico de su hijo. Ante esto las terapeutas brindaron una escucha empática, se procuró la circularidad pidiendo al adolescente que diera su opinión al respecto, lo que permitió conocer la perspectiva de los diferentes miembros de la familia y así tener una visión más integral y no parcial de la situación; a la vez se indagaron los intereses y recursos del adolescente en el ámbito académico (¿qué es lo que más le gustaba del colegio?, ¿cuáles eran las materias de mayor interés para él?).

En esta primera reunión la familia construyó dos grandes reflexiones. La primera consistió en que no permitirían que les afectara negativamente las opiniones sobre su forma de convivencia en ese momento. Y la segunda fue que, a pesar de que inicialmente solicitaron atención individual para el hijo, después de la reunión consideraron que la familia se vería beneficiada de la atención conjunta. Además, la hija menor en un principio había llegado a la reunión con la idea de que la terapia era para “gente loca” y “su hermano era el problema”, al finalizar se le preguntó si mantenía esa creencia y respondió que no. Las terapeutas asumieron que ese cambio de opinión sucedió cuando la niña escuchó la explicación del trabajo conjunto que es base para la terapia familiar, y el comentario de sus padres de que la terapia será beneficiosa para todos.

Para las terapeutas fue novedoso conocer las circunstancias de convivencia de esta familia y decidieron mostrar una actitud de respeto que no juzgara sus decisiones. Consideraron muy positiva la asistencia y participación de todos los miembros. En este primer encuentro se logró establecer empatía y un clima de colaboración en el supra-

sistema terapéutico. Al finalizar la reunión se citó a todos los miembros de la familia a la primera sesión terapéutica.

En la pre-sesión, las terapeutas acordaron como objetivo construir la demanda y afianzar la relación de cooperación entre familia y terapeutas.

A la primera sesión terapéutica asistieron los cuatro miembros de la familia: papá, mamá, hijo e hija. En el encuadre se les explicaron las características de la terapia (duración de las sesiones, toma de notas, periodicidad de sesiones, confidencialidad y grabaciones de audio en la sesión). Además las terapeutas presentaron las reglas para el desarrollo de las sesiones. En esta familia los hijos colaboraron colocando las reglas en el espacio del consultorio.

También, por tratarse del comienzo del proceso, se abrió un espacio para que terapeutas y familias se conocieran mejor. Se realizó la fase social indagando pasatiempos, intereses y actividades personales y familiares. Posteriormente, el hijo de forma espontánea, mencionó que había mejorado las calificaciones en el colegio, y los padres comentaron que los hermanos habían peleado menos. Esto es un ejemplo de los cambios que pueden ocurrir entre el primer contacto y la primera sesión. Las terapeutas al conocer el cambio se dedicaron a ampliarlo, preguntando *¿cómo lo habían logrado?* El hijo explicó que organizó mejor sus actividades para dedicarle más tiempo al estudio. Los padres comentaron que hablar con su hijo les dio buenos resultados y fue posible negociar con él. El cambio comunicado por la familia evidenció que la preocupación por el rendimiento académico del hijo ya se estaba superando.

Por su parte, la hija menor comentó sobre actividades que realizaba en la escuela y les mostró a las terapeutas un farol que estaba construyendo con motivo de la semana cívica. Durante la sesión se dedicó a jugar con los materiales del consultorio, a la vez que escuchaba activamente. Las terapeutas respetaron la forma en que cada miembro de la familia se involucró en el proceso, partiendo de que cada persona tiene su propia forma de colaborar.

Después se indagó la demanda, preguntando *¿qué les trae por aquí?* La primera en responder fue la madre, mencionando que según su parecer, era necesario que el padre ejerciera con más firmeza la autoridad para con sus hijos, los demás miembros no contradijeron esa afirmación. Las terapeutas procedieron a indagar las formas en que cada padre de familia establecía normas y límites, y las reacciones de los hijos. Se conoció que en el pasado el establecimiento de normas estuvo principalmente a cargo de la madre. Ahora que vivían juntos de nuevo, el reto fue armonizar los estilos de cada uno para ejercer su parentalidad. El padre manifestó que su forma de interactuar con sus hijos era más “amigable”; mientras la madre se definió como más “firme”. Las terapeutas direccionaron la conversación hacia la reflexión de que es válido que cada padre tenga una forma diferente de interactuar con sus hijos. Se escuchó la opinión de ellos, quienes no encontraron inconveniente en la forma de establecer límites de cada padre.

Llegó el momento de hacer la pausa y las terapeutas se retiraron a reflexionar sobre lo ocurrido en la sesión. Acordaron comunicar a la familia una metáfora para elogiar los cambios sucedidos, que también advirtiera sobre los retos o dificultades que son parte del proceso de cambio. Otro aspecto contemplado para el mensaje final fue que siempre es posible tener nuevos aprendizajes en el ejercicio de la paternidad y la maternidad. Se comunicó el mensaje final, utilizando la metáfora de que la familia es *como una telaraña que crece y se hace más fuerte a pesar de la lluvia y el viento* (esta metáfora estuvo inspirada en el gusto del adolescente por los insectos) y se agregó que *la vida es como una escuela en la que se aprende constantemente*. Para la próxima sesión se citó a los cuatro miembros de la familia. Después de comunicado el mensaje final la familia se retiró y las terapeutas confiaron en que se irían reflexionando sobre lo ocurrido.

En la post-sesión, las terapeutas reflexionaron sobre lo acontecido durante la sesión, tanto en la familia como en ellas mismas: 1) se percibió un clima de sesión agradable y cómodo, porque hubo espacio para el humor y la conversación fue fluida; 2) fue muy positivo para las terapeutas conocer cambios ocurridos en el transcurso de la semana; 3) las terapeutas se dieron cuenta que durante la sesión ampliaron la mejoría en el rendimiento académico del hijo, pero no se ahondó en la disminución de peleas entre los hermanos, por

esto acordaron trabajar este tema con la familia en próximas sesiones; 4) la alianza terapéutica se estableció con todo el sistema familiar, rescatando lo positivo de cada miembro, y procurando comprender el posicionamiento y opinión de cada uno dentro de la familia; 5) las terapeutas consideraron muy provechoso el compromiso de todos los miembros de participar y asistir a las sesiones, porque el proceso se enriqueció al contar con múltiples perspectivas de una situación y permitió conocer mejor el contexto familiar.

Para la segunda sesión las terapeutas acordaron como líneas de trabajo ampliar el cambio e indagar estrategias para atribuir control, preguntar por el futuro y utilizar la escala, estas dos últimas técnicas con el fin de terminar de construir la demanda.

A la segunda sesión únicamente asistieron padre e hijo, ya que madre e hija tuvieron un compromiso que les impidió presentarse. En vista de esto la estrategia de las terapeutas fue recurrir a la flexibilidad, a la vez que procuraron mantener los propósitos para este encuentro.

La sesión inició abriendo un espacio para dialogar sobre la fase social. El hijo trajo a la sesión una colección de insectos que él mismo había recolectado para mostrársela a las terapeutas y compartir con ellas su interés por el tema; las terapeutas consideraron ese gesto como una muestra de que se había creado vínculo terapéutico con el adolescente, lo cual era estratégico para el proceso de cambio.

Se conversó sobre eventos ocurridos en el transcurso de la semana y se preguntó *¿qué cosas van mejor?* Respondieron que percibían mayor tranquilidad en la casa, hubo mejor comunicación entre padre e hijo y mejoró la relación entre los hermanos. Cuando las terapeutas se disponían a ampliar el cambio, los consultantes se refirieron a aspectos que les preocupaban sobre su relación con la madre. Por ejemplo, al padre le gustaría que la madre colaborara más con las actividades domésticas, y el hijo desearía discutir menos con su mamá.

Una vez que las terapeutas escucharon empáticamente las quejas, decidieron, para no orientar la sesión sólo a preocupaciones sino dar espacio a la búsqueda de recursos y soluciones, conversar sobre estrategias para afrontar estas situaciones; procurando que se

refirieran a aspectos concretos. El padre comentó que frente a una discusión en casa la estrategia sería “tomar distancia para dejar enfriar las cosas” y retomarla cuando se diera un momento propicio para resolver el conflicto. Por su parte, el hijo mencionó que su estrategia sería “pensar antes de actuar”.

Seguidamente se utilizó la escala de avance para: acentuar los cambios que habían venido ocurriendo; para que cada persona tuviera la oportunidad de expresar su perspectiva sobre el proceso y poder visualizar de forma concreta los avances. El padre puntúo 6 y el hijo 5, porque se encontraban “a la mitad del camino”, es decir, aunque hubo cambios faltaban cosas por mejorar. También, otros miembros de la familia extensa se habían dado cuenta de los cambios; lo que demostró el principio sistémico de que el cambio no se restringe a la escena terapéutica, sino que se expresa en los diferentes contextos relacionales de la familia.

Se hizo la pausa y como mensaje final se comunicó una metáfora pensada para reforzar la importancia de la colaboración de todos los miembros de la familia en el proceso de cambio. La metáfora se comunicó a modo de historia: *Había una vez un bosque en el que vivían muchos bichitos y plantas. Las abejas ayudaban a las plantas a nacer cuando esparcían sus semillitas por toda la tierra; y las plantas son una fuente de alimento que le permite a las abejas vivir. Con la colaboración de todos es que pueden salir adelante.* Se citó a toda la familia para la siguiente sesión.

Las terapeutas concluyeron que la segunda sesión fue una oportunidad para que padre e hijo expresaran preocupaciones que no eran fáciles de compartir en presencia de la madre. Además, lo ocurrido en la sesión fue considerado como una muestra de confianza para con las terapeutas, lo que no significó que ellas se inclinaron a favor de algunos miembros de la familia. Para la siguiente sesión se acordó indagar mejorías, preguntar por el futuro y utilizar escala de avance.

A la tercera sesión asistieron los cuatro miembros de la familia. Una vez realizada la fase social, se preguntó *¿qué cosas van mejor?* y *¿qué cambios han notado?* Comentaron que compartían más tiempo como familia, los hermanos ya no peleaban tanto y mejoraron

en los estudios, la mamá pasó más tiempo en casa y todos colaboraron más con los quehaceres domésticos.

Luego la madre consultó a su hija (que se encontraba jugando con los materiales del consultorio) si le parecía que se comentara una situación ocurrida en días pasados, y la niña accedió. La niña se había sentido mal porque su padre le había dicho “tonta” por haber regalado un farol confeccionado en casa. Durante la sesión se hizo evidente que esta situación entristeció a la niña, pero su padre no se había percatado. Al ser consciente de las emociones que se habían generado, el padre le pidió a su hija que en el futuro tuviera confianza en él para expresarle sus sentimientos. La madre intervino para explicar que su hija era “muy llorona”, a lo cual inmediatamente las terapeutas acotaron que eso podía mostrar que la niña era muy *sensible*; esto se realizó para evitar que se utilizaran etiquetas negativas para describir a la niña y promover empatía entre los miembros de la familia. Después de este momento la niña, por iniciativa propia, guardó los juguetes del consultorio y tomó asiento junto a su familia por el resto de la sesión.

La familia continuó conversando sobre situaciones difíciles en las relaciones familiares, y la madre insistió en evidenciar errores que ella notaba en el padre, esto hizo que el clima emocional se volviera tenso. Pues se estaba recargando la responsabilidad sobre una sola persona. La estrategia de las terapeutas fue dirigir la atención hacia recursos y excepciones. Al principio este proceso requirió mucho esfuerzo, fue la hija la primera en identificar aspectos positivos en la relación con su papá (compartían más tiempo juntos). Luego el hijo también comentó momentos agradables compartidos con su padre (cuando jugaban fútbol). La madre no se refirió al tema.

Luego se preguntó por un futuro sin el problema:

Terapeutas: Imaginen un futuro sin las situaciones que les preocupan y describan lo que cada uno está haciendo, háganlo como si estuvieran viendo una película, para que las terapeutas lo comprendan mejor.

Consultantes: Ya no hay peleas, se convive en paz, se comparte más tiempo, hay más diálogo y confianza, estamos felices y tranquilos, los problemas quedan en el pasado y hay mejoras en la relación padre e hijos.

La madre por su parte aclaró a sus hijos que ella y el padre pueden ser amigos, pero no volverán a ser pareja en el futuro.⁹

Las terapeutas rescataron algunas de las cosas que visualizaban en su futuro ya estaban ocurriendo.

Se procedió a realizar la escala de avance: el hijo puntúo 7, la madre 6, la hija 4 y el padre 7. Todos coincidieron en que sus puntuaciones se debieron a haber notado cambios, por ejemplo habían mejorado las relaciones familiares. Se hizo la pausa y en el mensaje final se rescató: 1) las emociones son parte importante de todas las personas y con cada día que pasa se aprende a manejarlas de una manera más asertiva; 2) los padres pueden ser amigos y alcanzar un fin común, sin necesidad de ser pareja; 3) se agradeció a la familia la confianza depositada en las terapeutas. Para la siguiente sesión se citó a toda la familia.

En la post-sesión las terapeutas consideraron la necesidad de que en las sesiones siguientes se consolidaran los cambios alcanzados por la familia. Lo ocurrido en esta sesión reflejó que en un proceso de terapia familiar es muy importante abordar los procesos individuales, a la vez que se rescata cómo las acciones de cada persona influyen en los demás.

Para la cuarta sesión (pre-sesión) las terapeutas acordaron recordar a la familia que se aproximaba el cierre del proceso; se plantearon realizar actividades que permitieran a cada miembro de la familia reflexionar sobre las acciones que habían realizado para colaborar en el proceso de cambio y así atribuir control.

A la sesión asistieron mamá, papá, hijo e hija. Se inició recordando que se trataba de una terapia breve y se aproximaba el cierre del proceso gracias a que ellos habían construido cambios y tenían las capacidades y habilidades para afrontar situaciones futuras y salir adelante.

Las terapeutas preguntaron por mejorías y cada miembro de la familia se refirió a avances ocurridos en los últimos días: inició el hijo comentando que sólo había tenido una

⁹ Fuente: Familia1, sesión N°3, 1 de octubre del 2010.

pelea con su hermana durante la semana y sabía qué hacer para no volver a pelear. Esto hizo que la madre se sintiera más tranquila y no llamara a la casa desde su trabajo para preguntar por el comportamiento de sus hijos, la reducción de las llamadas también lo notaron sus hijos, que a su vez también les hacía estar más tranquilos. Por su parte, el papá señaló sentirse satisfecho y más tranquilo, y recordó que su hijo también cooperó cocinando para la familia. Los hijos notaron que su mamá no gritaba ni se enojaba y el papá ya no llegaba a casa tan molesto. Además la mamá comentó que su hija hablaba más y lloraba menos. El equipo coterapéutico expresó a la familia su alegría por tantos cambios y los felicitaron.

Después las terapeutas solicitaron a los hijos que reflexionaran sobre las acciones que realizaron y las habilidades puestas en práctica para lograr estos cambios, y se les pidió plasmarlo en un cartel. A los padres se les solicitó que pensarán en cosas positivas que había hecho cada uno en rol de padre y madre, anotando en una hoja las fortalezas propias y las del otro. Los hijos realizaron un cartel donde describieron el proceso de cambio del siguiente modo:

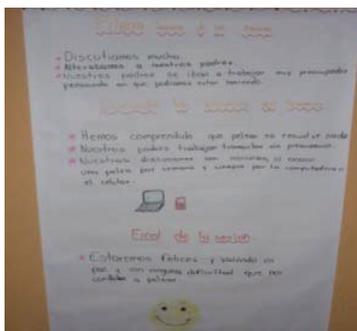


Ilustración N° 3:
Cartel Familia 1

Primera semana de las sesiones

- *Discutimos mucho.*
- *Alterábamos a nuestros padres.*
- *Nuestros padres se iban a trabajar muy preocupados pensando en que podíamos estar haciendo.*

Durante la sesiones que llevamos

- *Hemos comprendido que pelear no resuelve nada.*
- *Nuestros padres trabajan tranquilos sin preocupación.*
- *Nuestras discusiones son mínimas, si acaso una pelea por semana y siempre por la computadora o el celular.*

Final de la sesión

- *Estaremos felices y viviendo en paz y sin ninguna dificultad que nos conlleve a pelear.¹⁰*

Por su parte, los padres construyeron reflexiones en las que lograron rescatar sus propias habilidades y las del otro. Por ejemplo, la mamá se sentía orgullosa de la formación que les había dado a sus hijos, y señaló que el papá aprendió a compartir más con ellos. Por su parte, el padre mencionó sus esfuerzos por guiar a sus hijos; de la mamá rescató que es una

¹⁰ Fuente: Familia 1, sesión N° 4, 8 de octubre del 2010.

madre amorosa. Ambos coincidieron en que la comunicación y el amor son claves en la crianza de sus hijos.

Cuando los miembros de la familia pusieron en común lo elaborado, los padres comentaron estar asombrados de sus hijos porque los notaron muy desenvueltos y capaces de decir cosas muy profundas en pocas palabras. En este ejercicio las terapeutas dieron espacio a la familia para expresarse, mientras ellas escuchaban atentamente y elogiaban todos los cambios y recursos mencionados por la familia.

Luego se pasó a la escala de avance: el papá puntúo 7,5 porque había mejorado su carácter y la relación con su hija, todavía quería poner más empeño y mantener los cambios; el hijo puntúo 8 porque en la semana sólo tuvo una discusión con su hermana, la mamá 8 por las mejorías en la relación con los hijos y la hija 7 porque sólo hubo una pelea. Las terapeutas hicieron la pausa y en el mensaje final felicitaron a la familia por todos los logros alcanzados.

Para el siguiente encuentro se acordó que era un momento oportuno para ir cerrando procesos del supra-sistema terapéutico (familia y terapeutas), ya que la familia había alcanzado mejorías importantes y se acercaba a las metas que se habían propuesto, entendiendo que el proceso de cambio no se acaba con el fin de la terapia. Para esta sesión los objetivos que se trazaron fueron atribuir control y construir estrategias para mantener los cambios (prevención de recaídas); con el fin de lograrlo las terapeutas construyeron una metáfora con el objetivo de comunicarle a la familia que ellos(as) se asemejaban a un papelote que estaba volando muy alto gracias a que todas sus partes contribuían a su movimiento; se diseñó una hoja con la imagen de un papelote de cuatro partes para proponerles que escribieran en él, el nombre de cada miembro de la familia y los aportes con los que habían contribuido al proceso de cambio. Una vez realizado esto, sería clave preguntarles como lo habían logrado y como lo mantendrían. Además las terapeutas pensaron en una forma alternativa de brindar elogios a la familia, escogieron hacer entrega a cada miembro de una medalla de papel como reconocimiento por los aportes realizados.

A la *quinta sesión* asistieron todos los miembros de la familia. En primer lugar las terapeutas, como parte del encuadre, recordaron que solo restaba una sesión más. Se procedió a conversar sobre la fase social. Seguidamente se realizó el ejercicio del papelote con la familia. Esta fue una forma de consolidar los cambios que ellos mismos habían venido manifestando en la terapia. A continuación se recopila la producción de cada miembro de la familia.



Ilustración N° 4:
Papalote

El hijo escribió:

- Papá: *está sin estrés.*
- Mamá: *ya no llega enojada.*
- Hija: *no pelea y comparte más.*
- Hijo: *controla sus acciones.*

La mamá escribió:

- Papá: *es comprensivo, dominó el carácter y ayuda.*
- Hija: *es colaboradora, obediente y estudiosa.*
- Hijo: *es paciente, comprensivo, obediente, estudioso y colaborador.*
- Mamá: *es paciente y sabia.*

El papá escribió:

- Hijo: *colabora en las labores de la casa y se superó en el estudio.*
- Hija: *colabora en casa, estudia y está más comunicativa.*
- Mamá: *comparte y está más tranquila.*
- Papá: *está más tranquilo.*

La hija escribió:

- Papá: *está más tranquilo y pasa más tiempo con ella.*
- Hijo: *no pelea.*
- Mamá: *la ayuda en muchas cosas.*
- Hija: *no pelea.¹¹*

Fue de mucha importancia que las personas se refirieran a aspectos concretos: comportamientos, sentimientos y pensamientos. Además lo que ellos expresaron fueron elementos constantes a lo largo de todas las sesiones, esto era para las terapeutas una señal de que los cambios se volvieron parte de la cotidianidad familiar y reafirmó el criterio de que la familia alcanzó sus metas (mejoraron las relaciones familiares, el desempeño académico, parentalidad) y era un momento adecuado para hacer el cierre.

Con el propósito de prevenir recaídas, se les preguntó *¿qué cosas va a hacer cada uno para mantener los cambios?* La familia señaló que les ayudaría “tener paciencia, no mezclar los problemas del trabajo con la familia y trabajar en equipo”.

Luego se preguntó por la escala de avance, pidiéndoles que pensarán en la valoración que darían al proceso desde que inició hasta ese día, y puntuaron así: la hija 8 porque había cambiado mucho, la madre 9 porque veía avances en las situaciones personales y laborales,

¹¹ Fuente: Familia1, sesión N° 5, 15 de octubre del 2010.

el hijo 10 porque no peleaba con su hermana ni discutía con sus papás, el padre 9 porque han trabajado como un equipo.

La técnica de la escala permitió a la familia expresar de una forma concreta sus cambios, avances y mejorías; las respuestas de la familia demostraron que las personas desean estar mejor, lo cual brinda esperanza y satisfacción al supra-sistema terapéutico. La escala no restringió a la familia a pensar que el 10 era el límite para valorar los cambios, sino que los y las consultantes tuvieron la capacidad de darse cuenta que se puede trascender el 10.

Se hizo la pausa y se comunicó el mensaje final, donde se elogió a cada consultante haciéndole entrega de una medalla que representaba todas sus contribuciones para la familia y la terapia.

En la post-sesión, las terapeutas se sintieron muy satisfechas por los logros de la familia, y notaron que ellos y ellas estaban conscientes de que el cambio es permanente, es decir continúa aunque se termine la terapia; también la familia dio cuenta de que lograron ampliar el cambio a otros contextos relacionales (como el trabajo). Al transcurrir las últimas dos sesiones, terapeutas y familia notaron el cambio en la forma en que la hija participaba en la sesión: ya no se dedicaba a escuchar mientras jugaba con los materiales del consultorio, sino que conversaba dando su punto de vista y participando en las actividades.

Para la sexta sesión, las terapeutas acordaron realizar la entrevista de valoración del proceso terapéutico para recibir retroalimentación de la familia. A la sesión asistieron los cuatro miembros. En el encuadre se les explicó que se realizaría la entrevista de valoración (cuadro N° 13) para conversar sobre su experiencia en el proceso de terapia familiar.

Cuadro N° 13.
Entrevista de valoración de la familia

Pregunta	Respuesta de la familia
¿Qué es lo que más les ha gustado de esta terapia familiar?	<i>Lo que más les gustó fue que se les enseñó a convivir en familia. El cambio se dio en los cuatro miembros. Consideraron muy positivo que en la terapia participaran todos los miembros.</i>
¿Qué recomendaciones tienen para las terapeutas?	<i>La recomendación para las terapeutas es que sigan así pues hacen un buen trabajo.</i>
¿Qué de todo lo que se hizo fue lo que más les ayudó?	<i>Lo que más les ayudó fue tener un espacio para expresarse. Además los cuatro han sido un equipo.</i>
Observaciones de la familia	<i>La familia agregó que a veces se sintieron como niños en las actividades (esto no les molestó). Un logro fue la comunicación en la familia. La terapia familiar es muy conveniente porque todos cambian, no sólo uno.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan al proceso de terapia familiar?	<i>Todos los miembros de la familia respondieron 10 porque hubo muchos cambios: los hermanos no pelean entre sí, mejoró la comunicación entre los padres. Además, entre todos los miembros hay más confianza, comunicación y respeto. Se puede cambiar fácilmente si cada uno pone su granito de arena. En cualquier momento podría surgir alguna preocupación, pero se va a solucionar porque ya tienen las herramientas.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan a las terapeutas?	<i>Todos dieron una calificación de 10 a las terapeutas, porque lo han hecho muy bien, y si se pudiera darían más puntuación.</i>
Al finalizar este proceso de terapia familiar ¿Qué tan satisfechos se encuentran con lo alcanzado? Mucha satisfacción, poca satisfacción y nada de satisfacción	<i>Todos señalaron tener mucha satisfacción por los cambios, los aprendizajes y el trabajo en equipo.</i>
¿Creen ustedes que esta terapia familiar vale el tiempo y esfuerzo invertido? Si lo vale/ No lo vale	<i>La familia consideró que valió la pena el tiempo y esfuerzo invertido porque se aprovechó bien el tiempo. Consideran que el cambio y todo lo que ha logrado vale la pena. Y se esforzarán para mantener lo logrado y salir adelante.</i>
¿Recomendarían este tipo de terapia a otras personas?	<i>La familia recomendaría este tipo de terapia y esperan que pudieran asistir más familias porque es muy positivo.</i>
Recomendaciones para otras familias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Que asistan porque les ayuda mucho en la comunicación.</i> ▪ <i>Son terapias que pueden ayudar mucho en su presente y su futuro.</i> ▪ <i>Son necesarias porque nos enseña a convivir en familia, teniendo más confianza en sí mismos, como en los demás.</i> ▪ <i>Nos permite a cada miembro de la familia dialogar, decir nuestros pensamientos, dudas e inquietudes ayudándonos a tener un mejor diálogo.</i>

Fuente: Familia 1.

Se cerró el proceso agradeciendo a la familia por su participación y las terapeutas se despidieron de los consultantes. Al concluir el proceso la familia logró alcanzar sus metas y objetivos y pensar en estrategias para mantener los cambios en el futuro. También, las terapeutas se sintieron muy satisfechas con la intervención realizada y a gusto con la TBCS. Además, en las sesiones se notó que la familia progresivamente se apropió de la filosofía del modelo, por ejemplo hablaban en términos de cambios, procesos, avances, logros, mantenimiento de los cambios, aspectos positivos, trabajo en equipo, habilidades y con una perspectiva a futuro.

6.3.2. Familia 2

La madre de esta familia se contactó con el CAP para solicitar atención psicológica por “situaciones familiares”. Las terapeutas escogieron este caso porque la información encontrada en la solicitud coincidía con los criterios de selección de las familias que participarían en el proceso.

Se realizó el contacto telefónico con la madre y se le ofreció el servicio de terapia familiar; la madre se mostró muy interesada y comentó que los miembros de su familia que consideraba pertinente que participaran del proceso sería ella con sus tres hijos, señalando que se encontraba separada de su esposo. Las terapeutas la citaron a la familia para primera reunión informativa.

A la primera reunión se presentaron la madre (35 años), la hija mayor (18 años) y la hija menor (8 años). Se realizó el encuadre informativo y se firmó el contrato. Para conocerlas mejor se realizó la fase social. La madre comentó que trabajaba y estudiaba en un programa de educación abierta (novenio año). La hija mayor cursaba su último año en un colegio vocacional y le gustaba salir con sus amistades. La hija menor cursaba segundo grado de primaria y le gustaba pasar tiempo en casa de su abuela. Ellas comentaron que el hijo de 14 años no asistió porque consideraba que los psicólogos son para personas que están “locas” y él no era una de ellas; ante esto las terapeutas normalizaron la situación explicando que esa es una creencia común en la sociedad, que sería muy provechoso que el joven enriqueciera el proceso con su participación, pero se respetaría en todo momento su

decisión. Aunque el hijo no estuvo en la sesión, para las terapeutas fue importante conocer sobre él a través de lo que refiriera su familia, señalaron que le gustaban los juegos electrónicos y pasar tiempo en su habitación.

Mediante el diálogo se conocieron otros elementos de la dinámica familiar: la madre y el padre se encontraban separados (no divorciados), pero seguían viviendo en la misma casa por dificultades económicas. Las hijas relataron que sus padres peleaban y se gritaban lo que causaba malestar en todos los miembros. La madre comentó que a ella le gustaría que las cosas fueran diferentes, comentó un ejemplo del pasado cuando ella y su hija aprendieron a comunicarse entre sí sin recurrir a los gritos, el ejemplo fue para las terapeutas una clara excepción, que empezaba a demostrar las fortalezas y habilidades de las consultantes, y los recursos que podrían ayudarles a solventar las situaciones que le preocupaban a la familia.

En la primera reunión se indagaron y trabajaron aspectos de interés para un óptimo desarrollo de la terapia (como el establecer empatía y alianza terapéutica, conocer recursos de las consultantes), desde este momento las conversaciones e interacciones se guiaban por los principios de la TBCS (como dirigir la atención hacia lo positivo). Razón por la cual no se ahondó en esta reunión sobre los gritos y peleas, sino sobre los momentos en que los miembros de la familia se relacionaban de manera positiva.

Al finalizar la reunión se citó a las consultantes para la primera sesión terapéutica, haciendo extensiva la invitación al hijo. No se citó al padre de familia, para respetar lo externado por la madre en el primer contacto telefónico, cuando había aclarado que los participantes serían ella y sus tres hijas.

Con esta familia se realizaron cinco sesiones terapéuticas a las que asistieron la madre y sus dos hijas. Las primeras dos sesiones con esta familia se dedicaron a construir la demanda (motivo de consulta y lo que se deseaba alcanzar con la terapia) e indagar excepciones.

En la *primera sesión*, para indagar la demanda se preguntó a las consultantes qué querían alcanzar con el proceso (*¿en qué les podemos ayudar?*), utilizando preguntas

orientadas al futuro (*¿cómo será su futuro con las situaciones que les preocupan ya resueltas?*). La madre respondió que le gustaría comunicarse mejor con su hijo; la hija mayor quería mejorar la relación con su padre, pues en ese momento no se hablaban después de una discusión que habían tenido; la hija menor quería mejorar la relación con su hermano, pues entre ellos había peleas. Para el suprasistema terapéutico esta demanda giraba en torno a mejorar las relaciones entre los miembros de la familia: vivir con calma y sin gritos.

Las terapeutas indagaron excepciones, la hija mayor logró describir momentos en los que disfrutaba de la compañía de su padre; la hija menor recordó cuando compartía con su hermano sin pelear y la madre rescató cualidades positivas de su hijo (cariñoso y ayuda en actividades del hogar) y esto la conmovió (se dejaron ver algunas lágrimas en sus ojos). El trabajo sobre excepciones implicó cambiar el marco de referencia de las consultantes, es decir, se les pidió poner la atención en lo contrario a lo que les preocupaba, lo que involucró emociones fuertes y resultó movilizador. Las terapeutas consideran que estas emociones pueden ser un vehículo para conducir a las consultantes hacia cambios y mejorías, y evitar que se queden estancadas en sus preocupaciones.

En la segunda sesión se preguntó por las cosas que iban mejor (*¿qué va mejor?*). La madre comentó haber mejorado la relación con su hijo: ya no usaba los gritos y le pedía las cosas de modo diferente, ahora lo hacía con amabilidad; también logró notar que su hijo era cooperador en la casa y era comprensivo con ella (esto fue una muestra de que la madre desarrolló su capacidad de notar los aspectos positivos en la interacción con su hijo, más allá de la escena terapéutica, es decir la mirada centrada en soluciones y en lo positivo no se limita al consultorio psicológico). La hija menor comentó “llevarse mejor con su hermano” con quien tuvo muestras de cariño (abrazos y otros). La hija mayor por su parte narró que por iniciativa propia le volvió a hablar a su papá; esto fue sorprendente para las terapeutas por la rapidez con la que sucedió el cambio. Se considera que las consultantes al tener claro lo que deseaban alcanzar en el futuro y al identificar excepciones, tendrían más pistas para acercarse a sus metas (si alguna vez las cosas estuvieron bien, esto puede volver a suceder).

Se recurrió a la escala de avance: la madre y la hija mayor puntuaron 5 y la hija menor 2. Las tres coincidieron en que hubo mejorías pero aún les faltaban aspectos por lograr. La niña de 8 años explicó al equipo coterapéutico “en la próxima sesión vendría a contarle a las terapeutas que todo va mejor en la relación con su hermano, la escuela y el catecismo”.

En la *tercera sesión* las dos hijas comentaron que mantenían los cambios logrados, mientras la madre comentó haber sentido un retroceso en la relación con su hijo, esto lo expresó con preocupación; las terapeutas la escucharon empáticamente y le normalizaron la situación explicándole que situaciones como esa son esperables en los procesos de cambio (se da un paso atrás y dos adelante) lo que no le impide seguir avanzando. La madre también comentó un ejemplo de cómo aplicó los aprendizajes en otros contextos, aparte de la familia, donde se produjeron cambios. Por ejemplo en su trabajo le dijo asertivamente a una compañera que ese día le gustó trabajar con ella porque no le preguntó cosas de su vida personal. Para ampliar y consolidar los cambios, las terapeutas realizaron una premiación donde entregaba a cada consultante una medalla por los logros alcanzados hasta el momento.

Después, con el objetivo de atribuir control sobre los cambios se les pidió que reflexionaran sobre los pasos que habían dado para alcanzar sus cambios y que describieran ese proceso en un cartel, ellas mencionaron: “saber escuchar; siempre hay que rescatar lo bueno de las personas; no pensar que todo está mal y no pelear”. La madre expresó que se encontraba gratamente sorprendida por los comentarios, opiniones, recomendaciones de sus hijas.



Ilustración N°5.
Cartel familia 2

Se recurrió a la escala de avance para concretar los pasos alcanzados, la hija mayor y la madre se mantuvieron en 5 y la hija menor avanzó a 4. Ellas puntuaron así argumentando que habían mantenido los cambios.

Hasta ese momento las terapeutas consideraron que se logró con éxito reconocer cambios, ampliarlos y atribuir control; sin embargo era importante identificar las

contribuciones del hijo y el padre, ya que se parte de que aunque no asistían a las sesiones terapéuticas eran parte del cambio. Por esto las terapeutas en la cuarta sesión propusieron a las consultantes que reflexionaran y escribieran los aportes que había hecho cada miembro de la familia para que las situaciones que les llevaron a terapia mejoraran (cada consultante debía dibujar una mano y en los dedos anotar los nombres de cada miembro de la familia con sus aportes al proceso de cambio). Por ejemplo la mamá rescató del papá que “él es responsable y coopera económicamente, ambos han logrado establecer una relación de amistad, ya no discuten y en casa todo está más tranquilo”, la hija mayor rescató de su hermano que “no molesta, ayuda en la casa y comparte” y que su “mamá ya no grita, ya no pelea con el papá y apoya a todos” que su hermana “ya no pelea con su hermano y comparten más juntos”, el papá “aceptó hablar con ella y no es orgulloso” y ella misma “está ayudando en la casa, se lleva mejor con su papá y le pidió una disculpa”. Concluyeron que aunque el papá y el hermano no asistieran a las sesiones también notaron en ellos los cambios.

Las terapeutas con el propósito de mantener los cambios y prevenir recaídas solicitaron a las consultantes que reflexionaran sobre las cosas que harían para mantener los cambios una vez que la terapia finalizara. Reflexionaron que procurarían mejorar cada vez más, evitarían las peleas, se esforzarían por que siempre haya mucho cariño.

Se preguntó por la escala de avance y se les pidió que en sus respuestas tomaran en cuenta todo el proceso terapéutico. La hija mayor puntuó 10, la hija menor 9 y la madre 8. Las tres consideraron que se lograron los cambios que esperaban sucedieran en casa.

El suprasistema terapéutico, tomando en cuenta los avances en el proceso, consideró que se logró alcanzar las metas que la familia se había propuesto al inicio de la terapia, y las consultantes tenían conciencia de que este era un proceso que continuaría en casa gracias a sus habilidades y recursos, por esta razón el equipo coterapéutico decidió que era posible realizar el cierre del proceso.

En la quinta sesión se realizó el cierre del proceso y la entrevista de valoración (cuadro N° 14).

Cuadro N°14.
Entrevista de valoración de la familia 2

Pregunta	Respuesta de la familia
¿Qué es lo que más les ha gustado de esta terapia familiar?	<i>Las terapeutas les ayudaron a encontrar sus propias respuestas y soluciones; y a escucharse a sí mismas.</i>
¿Qué recomendaciones tienen para las terapeutas?	<i>Que las terapeutas sigan ayudando a otras familias. Consideran que fue muy bueno trabajar en familia.</i>
¿Qué de todo lo que se hizo fue lo que más les ayudó?	<i>Los “números” (escala de avance), los “experimentos” (actividades para identificar excepciones y trabajar los cambios), haber hecho murales y escribir.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan al proceso de terapia familiar?	<i>Todas lo calificaron con 10 porque les sirvió mucho y les gustó. Encontraron las formas de hablar más, de decir con calma las cosas, y mejorar la comunicación.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan a las terapeutas?	<i>Todas calificaron a las terapeutas con 10 por su creatividad y porque se ganaron su confianza y aprecio.</i>
Al finalizar este proceso de terapia familiar ¿Qué tan satisfechos se encuentran con lo alcanzado? Mucha satisfacción, poca satisfacción o nada de satisfacción	<i>Todas estaban muy satisfechas con lo alcanzado porque lograron lo que se propusieron. Además, mejoraron las relaciones en la familia, ya no hay peleas ni gritos.</i>
¿Creen ustedes que esta terapia familiar vale el tiempo y esfuerzo invertido? Si lo vale/ No lo vale	<i>Todas consideran que la terapia sí vale el tiempo y esfuerzo invertido por los avances.</i>
¿Recomendarían este tipo de terapia a otras personas?	<i>Todas recomiendan este tipo de terapia a otras personas porque les ayudaría para mejorar. Aunque no todos los miembros asistan el cambio se da por las actitudes de los que sí asisten.</i>
Recomendaciones para otras familias	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Compartir, no pelear, aprender a escuchar y reconciliarse.</i> • <i>Comunicarse y tratar siempre de llevarse bien porque si se está bien con la familia se está bien con todos, la familia es el mayor apoyo.</i> • <i>Cariño y respeto entre los miembros de la familia.</i> • <i>Si los papás quieren ganarse la confianza de los hijos tienen que ser como un amigo, no llegar a imponer las cosas sólo porque quieren.</i>

Fuente: Familia 2.

6.3.3. Familia 3

La madre de esta familia solicitó atención al CAP para su hija adolescente debido a su comportamiento “rebelde”. Las terapeutas se interesaron en este caso por el compromiso ético de velar por el no etiquetamiento de la persona adolescente, además del interés de involucrar a toda la familia en el trabajo terapéutico. Se contactó telefónicamente a la madre para ofrecerle un servicio de terapia familiar, ella se mostró anuente a participar, y se acordó una primera reunión con toda la familia.

A la primera reunión se presentaron la mamá (36 años, ama de casa), la hija (14 años) y el hijo menor (2 años). Esta familia también la conforman otro hijo de 6 años (no asistió porque se encontraba en el kínder) y el cónyuge de la madre (40 años), que es padre biológico de los niños de dos y seis años. El padre no asistió por sus horarios laborales. Para iniciar la reunión se abrió un espacio para conocer a las consultantes y ellas espontáneamente manifestaron las razones que las habían llevado a solicitar atención al CAP. La mamá explicó los comportamientos rebeldes de su hija a los que hizo referencia en la solicitud de atención del Centro: tiempo atrás la hija se ausentaba de la casa por varios días sin autorización de sus padres o familiares, y sin que ellos tuvieran conocimiento de con quiénes y dónde se encontraba; y en otro momento tomó dinero ajeno. Frente a esas situaciones la familia nuclear, junto con la familia extensa, se reunieron para construir una solución que implicaba que la adolescente reconociera sus errores y asumiera las consecuencias por sus actos; se esperaba que la joven no repitiera estos comportamientos. Esto también llevó a la familia a solicitar atención a centros de salud (Hospital Nacional Psiquiátrico y hospital de su localidad), por lo que en ese momento había recibido apoyo psiquiátrico, psicológico y de trabajo social. Las terapeutas visualizaron la terapia familiar como un apoyo a los otros servicios recibidos por la joven.

Después de narrar esas situaciones la madre espontáneamente dio cuenta de cambios que había notado en su hija: colaboraba en casa y obedecía límites. Las terapeutas escucharon atentamente toda la narración, tratando de rescatar los aspectos recursivos que serían tomados en cuenta para las sesiones terapéuticas. La hija se manifestó de acuerdo con los

cambios descritos por su madre. Se describió a sí misma como una persona sociable y gustaba compartir tiempo con abuelas y tías. En ese momento no se encontraba estudiando pues se había retirado del colegio, ya que no lograba cumplir a cabalidad con las responsabilidades, por las mismas situaciones que afrontaba; fue una decisión familiar (padres e hija) que al no estudiar, realizara otras actividades como aprender manualidades, colaborar en casa de su abuela materna y con el cuidado de sus hermanos menores. El niño de dos años en la primera reunión permaneció tranquilo y entretenido con los juguetes del consultorio.

Frente a la situación de la deserción de los estudios, las terapeutas escucharon con naturalidad y sin juzgar; esto porque se reconoce la importancia que juega el sistema de creencias tanto de la familia como de las terapeutas dentro de un proceso psicoterapéutico. En este caso para la familia, debido a las circunstancias que atravesaban, era una solución viable que uno de sus miembros suspendiera su proceso de educación formal. Las terapeutas por su parte consideran que la educación formal es importante en tanto promueve el desarrollo integral de la persona y le ofrece oportunidades para salir adelante; no obstante consideran que el aprendizaje también se promueve desde otros ámbitos y contextos (familia, grupo de pares, comunidad). Por esta hubo respeto hacia las creencias y decisiones de la familia.

A la familia se le explicó la importancia de la participación de todos sus miembros en el proceso terapéutico, a la vez que se comprendía y se respetaba si a alguno de ellos se le hacía difícil asistir.

Después de esta primera reunión las terapeutas se dieron cuenta que, habiendo transcurrido mucho tiempo entre el primer contacto de la familia con el Centro y esta reunión, la demanda inicial había evolucionado positivamente (el comportamiento de la hija había mejorado) gracias a diferentes decisiones de la familia.

A la *primera sesión* se presentaron la madre y sus tres hijos (el cónyuge no se presentó por motivos laborales). Se indagó la demanda preguntando *¿qué les trae por aquí?, ¿en qué les podemos ayudar? ¿Qué les gustaría lograr asistiendo a esta terapia?* La madre señaló

que para ella sería no descargar el enojo contra sus hijos y mejorar las relaciones con su hija mayor. La hija por su parte señaló que le gustaría compartir y llevarse mejor con su familia.

La madre y la hija dieron cuenta de cambios en el comportamiento de la joven (colaboraba en casa con el cuidado de sus hermanos y ya no salía a lugares desconocidos sin autorización de sus padres). La joven agregó que del mismo modo en que ella ha tenido cambios en sí misma, le gustaría ver cambios en su madre.

Para la segunda sesión asistieron la madre y la hija, mientras que los niños se quedaron a cargo de la abuela materna, esta era la forma en que la abuela colaboraba para que madre e hija se trasladaran con más facilidad al Centro. En esta sesión se indagaron mejorías y se encontró que la hija cumplió horarios, fue responsable solicitando permisos para salir y ayudó a la madre en el cuidado de los hijos menores. Además, madre e hija externaron que les preocupaba que hubiera gritos en casa, y la joven agregó que le gustaría que su padrastro cooperara más en las tareas domésticas.

Para terminar de concretar la demanda se preguntó por un futuro sin el problema (preguntas orientadas al futuro), el cual describieron así: “no hay gritos en casa sino tranquilidad, y todos ponen su granito de arena con las tareas del hogar”. Se recurrió a la escala de avance, la joven puntuó 4 y la madre 5. Las razones de esta puntuación fueron los cambios ocurridos en corto tiempo y que estos habían sido notados por otras personas. Además comentaron que este espacio terapéutico era para ellas de mucha utilidad.

Para la tercera sesión se presentaron solamente la hija y la madre. Las terapeutas indagaron mejorías, para la joven no las hubo pues no encontró cambios en su madre que seguía usando los gritos. Sin embargo la madre sí logró dar cuenta del proceso de cambio, por ejemplo señaló avances en sí misma (se esforzaba por no gritar, alzar menos la voz) y también comunicó a su pareja sobre las reflexiones y aprendizajes elaborados en la sesión anterior, esto propició que él colaborara en casa. Las terapeutas preguntaron a la joven sobre aspectos positivos que pudiera rescatar de los últimos días (esto se hizo para no dejar su atención centrada en el problema), y ella señaló que notaba algunas mejoras en la

comunicación. Lo anterior las llevó a puntuar en la escala de avance así: la joven 6 y la madre 5.

El equipo coterapéutico después de esta sesión reflexionó sobre la necesidad de incentivar a la hija para que percibiera los aportes de los demás miembros de la familia que contribuían al cambio, del mismo modo que los demás daban cuenta de los cambios en ella. Se decidió hacerlo de una forma creativa en la sesión. Para lograrlo se planeó proponerle a las consultantes un “reto” que consistía en un intercambio de roles, ellas dramatizarían el rol de terapeutas con otras dos personas invitadas (un hombre y una mujer, estudiantes universitarios con edades entre los 25 y 30 años, con disposición a colaborar en el ejercicio). Este ejercicio pretendía una escucha activa y atenta de parte de la hija hacia los aportes de su madre y viceversa. Además daría pistas a las terapeutas de las intervenciones que las consultantes consideraban beneficiosas de parte del equipo coterapéutico.

A la cuarta sesión asistieron madre e hija. Se les pidió el consentimiento para realizar el ejercicio, ambas accedieron a participar. El ejercicio se desarrolló en dos momentos, en el primero la madre hizo de terapeuta para un joven que actuó el papel de un universitario con incertidumbre sobre la carrera profesional escogida y su futuro laboral. Las intervenciones de la madre se dirigieron a escuchar atentamente, comprender y ofrecer opciones. El segundo momento lo realizó la joven actuando de terapeuta de una adolescente colegial con una relación de noviazgo ignoraba por sus padres, y esto le generaba conflicto de intereses entre la familia y la pareja. Las intervenciones de la hija se dirigieron a escuchar empáticamente, a rescatar lo positivo y a dirigir la conversación hacia el futuro. Al finalizar el ejercicio, las terapeutas lo consideraron muy útil, pues madre e hija tuvieron un espacio para escucharse mutuamente de una forma distinta.

Después del ejercicio se indagaron mejorías, y la madre se refirió a sus esfuerzos por no gritar, esto es algo que la hija ha notado, ella señaló que había observado como su madre respiraba profundamente para evitar gritar, esto hacía que la hija se sintiera con más tranquilidad, y también favorecía a los hermanos menores.

Luego se realizó la escala de avance, la hija puntuó 6 y la madre 7. Ambas comentaron que notaban los avances en el proceso y que “se encaminan hacia la cima” (en el camino del cambio). Concluida la sesión las terapeutas reflexionaron que además de la conversación, el proponer ejercicios diferentes, tuvo resultados positivos con esta familia, pues se movilizaron recursos y habilidades de las consultantes de forma lúdica y alternativa. Gracias a que tanto madre e hija notaban cambios, avances y mejorías, se consideró el momento oportuno para dirigir el proceso hacia su cierre.

A la quinta sesión asistieron la madre y la hija. Las terapeutas preguntaron por cambios, avances y mejorías, procurando que quedaran claras las contribuciones hechas por cada uno de los miembros de la familia, esto como una estrategia para atribuir control. La hija comentó que su madre no gritaba; ella notaba que su padrastro se mostraba consciente de sus obligaciones con la familia y ella misma cumplía con las normas de la casa. La madre comentó que su esposo cooperó con quehaceres del hogar, su hija ayudó en casa con diferentes labores, los hijos pequeños hicieron aportes según su edad y ella misma cooperaba tratando de que todos en casa se llevaran bien.

En la escala de avance la madre puntuó 7.5 y la hija 7. La joven indicó que su madre había cambiado, por su parte la madre consideraba que la familia había “avanzado mucho” pues en casa había más tranquilidad.

Las terapeutas preguntaron por estrategias para mantener los cambios; las consultantes identificaron como clave la adecuada comunicación, y si se diera algún retroceso que este fuera mínimo.

Para la sexta sesión se hicieron presentes los cinco miembros de la familia (padres y sus tres hijos), esto fue una sorpresa para las terapeutas, y la estrategia fue tomar en cuenta la opinión de todos en la entrevista de valoración (cuadro N° 15), pues se parte de que aunque solo dos miembros participaran de la mayoría de las sesiones, todos fueron parte activa del proceso de cambio.

Cuadro N° 15.
Entrevista de valoración de la familia 3

Pregunta	Respuesta de la familia
¿Qué es lo que más les ha gustado de esta terapia familiar?	<i>La ayuda brindada, los logros alcanzados y los avances.</i>
¿Qué recomendaciones tienen para las terapeutas?	<i>Que sigan ayudando a otras familias.</i>
¿Qué de todo lo que se hizo fue lo que más les ayudó?	<i>Conocer a las terapeutas. Toda la ayuda, el apoyo y el tiempo dedicado.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan al proceso de terapia familiar?	<i>El proceso terapéutico y la labor de las terapeutas fueron calificados con 10, ya que gracias a la terapia el avance ha sido muy grande y es bonito compartir con otras personas. La hija notó la diferencia con respecto a otros tipos de terapia individual que había recibido.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan a las terapeutas?	
Al finalizar este proceso de terapia familiar ¿Qué tan satisfechos se encuentran con lo alcanzado? Mucha satisfacción, poca satisfacción y nada de satisfacción	<i>Muy satisfechos con lo alcanzado porque han tenido muchos logros y aprendizajes. Notan que la familia se ha unido más.</i>
¿Creen ustedes que esta terapia familiar vale el tiempo y esfuerzo invertido? Sí lo vale/ No lo vale	<i>Consideran que sí lo vale.</i>
¿Recomendarían este tipo de terapia a otras personas?	<i>Recomiendan este tipo de terapia a otros para que otras personas tengan la oportunidad de ser atendidas. Consideran que hay personas que lo necesitan pero desconocen que pueden ser atendidas. Comentaron que la terapia familiar puede ser de ayuda para otras familias independientemente de la situación que estén atravesando.</i>
Recomendaciones para otras familias	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>No te rindas.</i> ● <i>Siempre habrá alguien que te apoyará y escuchará.</i> ● <i>Aunque el día esté nublado no le des campo a lo negativo.</i> ● <i>Supera día a día las cosas malas.</i> ● <i>Aprovecha las oportunidades de la vida.</i>

Fuente: Familia 3.

6.3.4. Familia 4

El padre de esta familia fue quien solicitó atención al CAP, indicando “asuntos familiares”, por esta razón las terapeutas seleccionaron este caso. Las terapeutas hicieron el contacto telefónico para ofrecer el servicio de terapia familiar, se conversó con el padre de familia y él externó la necesidad de que el proceso psicoterapéutico se desarrollara en el domicilio de la familia por razones económicas que dificultaban el traslado al CAP; además por condiciones de salud del padre y la madre. Las terapeutas reflexionaron las posibilidades de realizar la terapia familiar a domicilio, lo consultaron con el equipo asesor y finalmente decidieron hacerlo. Se contactó nuevamente a la familia para coordinar la primera visita al hogar y conocer algunas características de la dinámica familiar.

Se trata de una familia compuesta por papá (47 años), mamá (40 años), hija menor (12 años), hijo mayor (21 años), hijo (18 años), nieto (2 años), nuera (18 años). En la casa conviven ambos padres y sus tres hijos. El hijo de 18 años es el padre del niño de 2 años, el niño y su madre viven en casa aparte.

El proceso psicoterapéutico inició con una primera visita al hogar, donde estuvieron presentes el papá, la mamá y la hija. Luego de realizado el encuadre informativo sobre las principales características del proceso de terapia familiar a domicilio y de negociar realizar una sesión por mes; se hizo la fase social; el padre estaba incapacitado para trabajar por una enfermedad (“mal de chagas”) que se le detectó hace varios años, por esta razón pasa la mayor parte del tiempo en casa. Él es una persona alegre, participativa, conversador; por su parte la madre es ama de casa, es amable, le comunicó a las terapeutas que ella no sabía leer ni escribir para que lo tomaran en cuenta durante el proceso. La hija menor cursaba quinto grado de primaria, le gustaba tener amigas y compartir con ellas su tiempo y realizar actividades.

Se indagó la demanda y surgieron temas como una historia de agresión intrafamiliar vivida por el padre en su niñez, y que la madre de familia experimenta “nervios” al viajar en autobús por lo que evita hacerlo. Ambos padres estaban interesados en aprender a entablar límites claros con su hija, por ejemplo orientarla al escoger sus amistades. Ellos

espontáneamente hicieron referencia a la historia de conformación de la pareja y la familia; mencionaron que en 22 años de casados han compartido y afrontado diferentes experiencias como la enfermedad física del cónyuge y los “nervios” de la esposa. Han logrado salir adelante apoyándose y comprendiéndose mutuamente y afrontando la vida de una forma positiva y alegre. Consideran que su familia ha logrado “cortar cadenas con la herencia familiar de agresión”, inculcando en sus hijos valores como la honestidad, el trabajo, la sinceridad y la comprensión.

La estrategia de las terapeutas fue ampliar estos recursos familiares y los mecanismos de afrontamiento construidos por la familia. Se hizo una breve devolución retomando los aspectos positivos como cierre de la sesión.

En la post-sesión, las terapeutas consideraron que se logró establecer alianza terapéutica con la familia. Y consideraron importante ser cautelosas con el manejo del tiempo en la sesión. Se reflexionó sobre la necesidad de ser flexibles para adaptarse a la organización de la familia en cuanto a horarios y actividades. La invitación a participar del proceso se extendió a toda la familia, sin dejar de lado que algunos miembros se harían presentes de acuerdo a sus posibilidades según sus compromisos laborales.

En la segunda visita estuvieron presentes el padre, la madre, el hijo de 21 años y la hija menor. Para indagar cambios y mejorías se realizó una actividad conocida como “la telaraña”, en la que los miembros se repartieron un ovillo de lana mientras se referían a mejorías y cambios notados en la familia. Mencionaron que la hija tuvo una salida con sus amigas contando con la autorización de los padres; quienes deseaban que la menor confiara en ellos para contarles sobre su vida y amistades. Además los padres comentaron a las terapeutas una estrategia que construyeron para negociar los permisos de salidas de su hija: el primer paso era que la hija les comentara a sus padres el deseo de salir, el segundo paso era negociar un horario entre los tres y otorgar el permiso, y el tercer paso era que la hija cumpliera con lo acordado para en adelante obtener nuevos permisos.

Se preguntó sobre el futuro y la familia comentó visualizarse unidos, con mucho cariño y los hijos continuando con los estudios y manteniendo una buena comunicación. Luego se

realizó la escala de avance (para este momento el hijo mayor se había retirado), la madre puntuó 8, el papá 6, la hija 9, porque visualizaban un futuro con esperanza.

En la post-sesión las terapeutas reflexionaron sobre los avances de la familia en la relación entre padres e hija y su capacidad de construir soluciones. Por esto se decidió trabajar sobre otras inquietudes surgidas en la primera sesión acerca de las historias personales de los padres. Las terapeutas diseñaron una actividad que no requiriera de lecto-escritura. La actividad consistiría en que cada cónyuge debería construir una historia a partir de imágenes presentadas por las terapeutas. Las imágenes se seleccionaron relacionando la historia de vida de cada cónyuge con un cuento popular. Se pensó en alguna historia que hiciera referencia a una experiencia de sufrimiento en los primeros años de vida, que fuera superada positivamente, y se escogió el cuento popular del “patito feo”¹² para el esposo. Luego se escogió la “historia de Mulán”, basada en la película de dibujos animados¹³, para la esposa, por la capacidad de lucha y superación que muestra el personaje. La consigna de la actividad sería: *a partir de las imágenes que las terapeutas irán mostrando deberán construir un cuento utilizando su creatividad*. Cada cuento sería escuchado por los demás miembros de la familia, a quienes las terapeutas harían preguntas generadoras sobre la historia: ¿qué fue lo que más les gustó? y ¿cuál es la moraleja que se desprende de la historia escuchada?

En la *tercera visita* estuvieron presentes la mamá, el papá, la hija, el hijo de 18 años, la nuera y el nieto (2 años). Se realizó la fase social y un encuadre para las personas que asistían por primera vez a una sesión, además se anunció la proximidad del cierre del proceso por ser una terapia breve y por los avances encontrados en la familia. Se indagaron mejorías y la familia se refirió a que habían compartido tiempo juntos, y la hija menor tuvo otra salida con sus amigas. Se hizo la escala de avance, el padre puntuó 7 y esperaba avanzar al 9, la madre 8, el hijo 9, la nuera 7 y la hija menor 9. Por los avances como la unión, el diálogo y la confianza.

¹²La versión original de este cuento fue en 1843 en Dinamarca por Hans Christian Andersen.

¹³Coats, P. (Prod.) & Cook, B. (Director). (1998). Mulan [película]. Estados Unidos: Disney.

Se realizó la actividad de la construcción de cuentos. Cada cónyuge construyó su historia mientras el resto de la familia escuchaba atentamente. Entre las moralejas rescatadas por los presentes se cuentan: la comunicación, la disciplina, la enseñanza y que al conformar una familia propia se le puede enseñar algo diferente a sus hijos, como sustituir el sufrimiento por el amor. Esta actividad permitió a cada cónyuge re-construir su historia de vida, viéndola reflejada en un cuento que compartió con los miembros de su familia, y juntos co-construyeron nuevas enseñanzas y descubrieron nuevas posibilidades para su futuro como familia.



Ilustración N°6: Imágenes para los cuentos

“La historia de Chuchito”

Mamá gansa tuvo muchos hijos. Uno de ellos se llamaba Chuchito y sus hermanos lo rechazaban porque era muy diferente a ellos. Chuchito decidió alejarse. Pasó mucho tiempo y un día al acercarse a un río vio su reflejo y se dio cuenta que había cambiado mucho y ahora era un hermoso cisne. Tiempo después formó su propia familia y les enseñó algo diferente a sus hijos, como sustituir el sufrimiento por el amor.¹⁴

“Cuento de la princesa María del Sol”

La princesa María del Sol vivía con su familia. A ella le gustaba mucho conversar con su padre y su abuelo. Un día a la princesa le sucedieron muchas cosas que la hicieron sentir triste. Sin embargo ella aprendió de esas circunstancias difíciles y logró ser feliz. La princesa aprendió a compartir sus aprendizajes con los demás. Y finalmente conoció al príncipe con quien formó su propia familia.

¹⁴ Fuente: Familia4, sesión N°3, 28 de octubre del 2010.

En el cierre de la sesión la familia comentó que el proceso “les ayudó porque pudieron expresarse”, como el padre explicó “he mirado el pasado para reconstruir el presente”, haciendo referencia a su historia personal de agresión infantil. En la post-sesión las terapeutas consideraron que se pudieron abarcar con mucho provecho las inquietudes que los padres habían señalado en la primera sesión; esto aunado a los avances familiares, llevaron a realizar una última sesión para el cierre del proceso.

La *cuarta visita* equivalió a la última sesión y la entrevista de valoración. Estuvieron presentes el papá, la mamá y la hija menor. En el encuadre se indicó la conclusión del proceso. Se exploraron mejorías, avances y cambios, la familia comunicó aspectos positivos como la comunicación entre padres e hijos y en la pareja; la hija menor cooperaba en casa con actividades domésticas, hubo mejorías en el trabajo de los hijos y éxitos en los estudios de todos los hijos y la nuera. La familia comentó que se encontraba relajada y alegre.

Se realizó la escala de avance pidiendo a la familia que tomara en cuenta todo el proceso. El papá puntuó 9.5, la madre 8 y la hija 9; señalaron que lo habían logrado con paciencia, diálogo, sabiduría y conservando un equilibrio.

Luego para atribuir control se realizó una actividad en la que cada miembro de la familia se otorgaba una medalla por los logros y contribuciones aportadas al proceso. La madre se premió por la sabiduría en la crianza de sus hijos y en el matrimonio. El padre por ser buen padre y esposo. La hija por la obediencia. También se les preguntó cómo mantendrían los cambios alcanzados (prevención de recaídas) y señalaron que lo harían con esfuerzo y paciencia. Para finalizar se realizó la entrevista de valoración (cuadro N°16).

Cuadro N° 16.
Entrevista de valoración de la familia 4

Pregunta	Respuesta de la familia
¿Qué es lo que más les ha gustado de esta terapia familiar?	<i>Compartir sus ideas y ser escuchados, expresar su manera de ser y lo que les gusta y las actividades realizadas.</i>
¿Qué recomendaciones tienen para las terapeutas?	<i>Lo que hacen es muy bueno porque ayudan a expresar lo que se lleva internamente. Que las terapeutas sean siempre alegres y motiven a otras familias para que se superen. Compartir el testimonio de vida de esta familia con otras personas. Llevar esta terapia a familias de zonas rurales.</i>
¿Qué de todo lo que se hizo fue lo que más les ayudó?	<i>El juego de los números porque hace que la mente pueda definir en qué nivel se está y al que se puede alcanzar. Las actividades como los cuentos porque se aproximaron a sus historias de vida.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan al proceso de terapia familiar?	<i>Todos lo calificaron con 10 porque se retoman todos los puntos de todos los miembros de la familia y ayuda a buscar alternativas. Hemos compartido y aprendido mucho. Pronto alcanzaremos el diez.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan a las terapeutas?	<i>Todos calificaron a las terapeutas con 10 porque son personas sensibles, amistosas, se han dado su lugar, han tenido paciencia, y han equilibrado el tiempo para conversar y hacer su trabajo.</i>
Al finalizar este proceso de terapia familiar ¿Qué tan satisfechos se encuentran con lo alcanzado? Mucha satisfacción, poca satisfacción y nada de satisfacción	<i>Todas estaban muy satisfechas con lo alcanzado porque se logró lo que se buscaba y aprendieron mucho.</i>
¿Creen ustedes que esta terapia familiar vale el tiempo y esfuerzo invertido? Si lo vale/ No lo vale	<i>Todos consideran que la terapia sí vale el tiempo y esfuerzo invertido porque se aprendió mucho.</i>
¿Recomendarían este tipo de terapia a otras personas?	<i>Recomiendan este tipo de terapia a otras personas y ya lo han hecho.</i>
Recomendaciones para otras familias	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Que llamen al CAP porque dan un apoyo gratuito y de mucho provecho.</i> • <i>No importa de dónde se viene o quién es, sino en lo que se puede transformar.</i>

Fuente: Familia 4.

La experiencia de realizar la terapia familiar a domicilio resultó muy enriquecedora tanto para la familia como para las terapeutas, por los aprendizajes construidos durante el proceso; además fue una oportunidad para extender el alcance de los servicios que ofrece el CAP. Las terapeutas concluyeron que realizar la intervención en la casa de habitación de la familia permite conocer más de cerca su realidad y requiere una actitud de respeto a la privacidad de los consultantes y reciprocidad a la actitud de confianza y apertura de la familia.

6.3.5. Familia 5

La madre de esta familia se contactó con el CAP para solicitar atención para la familia o pareja. Las terapeutas se contactaron con ella vía telefónica y le ofrecieron el servicio de terapia familiar; la madre se mostró anuente a participar e hizo referencia a una relación extramatrimonial en la pareja. En la casa conviven la madre (44 años), el cónyuge (45 años) el hijo de ambos (12 años) y la abuela materna (mayor de 80 años). Se invitó a la familia a una primera reunión informativa para explicar las características del proceso de terapia familiar.

Las terapeutas al conocer sobre la relación extramatrimonial y reconocer que es un tema movilizador y con diversas concepciones, prejuicios y estereotipos sociales; se dedicaron a trabajarlo mediante el diálogo como equipo coterapéutico, para aclarar sus pensamientos, sentimientos y opiniones respecto al tema, también contaron con el apoyo de la directora de la práctica. Como explica Kreuz (2000) “la confusión y la ansiedad latentes que despierta el tema hace que la toma de conciencia sobre su propio posicionamiento sea imprescindible para el terapeuta que se prepara para tratar a parejas” (p.154). A raíz del análisis las terapeutas consideraron conveniente tener sesiones de pareja, y dedicar otros espacios para el abordaje del hijo.

A la primera reunión asistieron la madre y el hijo. El cónyuge no se presentó por motivos de trabajo. Se les informó de las características básicas del proceso de terapia familiar, entre ellas la importancia del trabajo conjunto. También se abrió un espacio para conocer a los consultantes. El hijo se refirió a su experiencia en la escuela (cursaba sexto

grado) y la madre por su parte se refirió a características de la dinámica familiar, entre ellas que vivían con su mamá (abuela materna) quien tenía un estado de salud que requería atención especial. Agregó que estaba interesada en recibir ayuda de las terapeutas para “enfrentar una situación familiar que era nueva para ellos”. Las terapeutas escucharon empáticamente y le aclararon a los consultantes que el motivo de consulta se retomaría en el próximo encuentro. Al finalizar esta reunión se acordó que las terapeutas se contactarían con la familia vía telefónica para realizar la convocatoria a la primera sesión.

Las terapeutas planearon como estrategia para la primera sesión terapéutica, convocar a la pareja, y tener un espacio de entrevista individual con cada uno de ellos. Esto con el fin de conocer el motivo de consulta de cada cónyuge; su anuencia a participar en un proceso de terapia de pareja (por ejemplo asistir a sesiones conjuntas) e indagar la perspectiva a futuro de cada uno (mantener la relación matrimonial vs. separación).

A la *primera sesión* se presentó solamente el cónyuge, pues se dio una confusión de horario y fecha de la sesión con la esposa. Esto no impidió realizar la sesión pues ya se tenía pensado tener un espacio de entrevista individual con cada cónyuge.

Inicialmente se le explicó las características básicas de la terapia familiar. Se realizó la fase social para conocer mejor al consultante y establecer alianza terapéutica. Luego se indagó el motivo de consulta. Él narró que mantenía una relación extramatrimonial, que le gustaría separarse de su esposa, pero no lo había hecho para “evitar lastimar a su familia”. Las terapeutas escucharon con respeto la vivencia manifestada por el consultante y rescataron la responsabilidad que implica la parentalidad, que no termina al disolver una pareja. El consultante señaló su deseo de ayudar a su hijo y brindarle oportunidades para un buen desarrollo. Para terminar las terapeutas realizaron preguntas orientadas al futuro (*¿como se visualiza en el futuro de modo que todos, usted, su esposa y su hijo, estén bien?*); él respondió que se visualizaba viviendo solo o con su hijo, consideraba que aunque estuviera separado de su esposa, podría compartir tiempo con él y también comentó que su esposa podría estar mejor. Se preguntó la anuencia del consultante para participar en una sesión conjunta de pareja, se mostró interesado y accedió a participar.

En la post-sesión las terapeutas valoraron la sesión como un espacio de escucha respetuoso, a pesar de que no se compartía la visión de mundo del consultante. Se percibió que el clima emocional fue tenso, pero se propició una comunicación fluida y asertiva en el supra sistema terapéutico. Para la segunda sesión se acordó tener un espacio de entrevista individual con la esposa, e indagar a profundidad su motivo de consulta.

A la *segunda sesión* se presentó la esposa, tal como se había convocado, se abrió un espacio para conocerla mejor; comentó que trabajaba y también se encargaba del cuidado de su madre. Espontáneamente dio cuenta de aspectos positivos como que su hijo mejoró las notas de la escuela. Se exploró la demanda y ella se refirió a la relación extramatrimonial que mantenía su esposo. Reconoció que esa era una situación difícil para ella; también visualizaba la posibilidad de una separación; se percibía a sí misma con capacidad de tomar decisiones en medio de la adversidad; no perdía de vista su interés de velar por el bienestar de su hijo, reconociendo su derecho a ser feliz; contemplaba la posibilidad de “rehacer su vida” en el futuro. Se le preguntó su anuencia a participar de una sesión conjunta de pareja y aceptó.

En la post-sesión las terapeutas consideraron positivo haber tenido un espacio de entrevista individual con cada cónyuge, que permitió conocer mejor las situaciones familiares. Además, partiendo de la lógica sistémica según la cual lo que sucede en la relación de pareja afecta a todos los miembros de la familia, se consideró conveniente dedicar una sesión para el trabajo individual con el hijo; esto también para no caer en ejercicios adultocéntricos, considerando que la opinión de cada miembro es importante. Una vez realizada esa sesión con el hijo, el paso siguiente sería la sesión conjunta de la pareja.

Las terapeutas decidieron que la sesión con el hijo sería un espacio de expresión para él, y una oportunidad para conocerlo mejor, los temas a tratar serían propuestos por el consultante. Las terapeutas se dedicarían a identificar recursos, mediante actividades lúdicas, tomando en cuenta la edad del consultante, estas actividades se ofrecerían como una opción y no como imposición.

A la tercera sesión asistió el hijo de la pareja. Inicialmente se hizo la bienvenida, se le explicó en qué consistía ese espacio, y se le ofreció interactuar con las terapeutas mediante juegos (dominó, cartas, lápices, hojas, títeres); el niño prefirió dedicar la sesión a conversar. Comentó a las terapeutas sobre sus gustos (astronomía), vivencias con su grupo de pares y con su familia (comparte intereses con un compañero de la escuela, tiene un primo de su misma edad con quien tiene muchas cosas en común y realiza actividades con su papá) y se describió a sí mismo como calmado. Las terapeutas le reflejaron los aspectos positivos del niño; se le preguntó sobre su opinión de la sesión y señaló que le pareció un espacio útil para expresarse. En la post-sesión, las terapeutas consideraron que fue positivo respetar el proceso del niño, que aunque no se refirió a las situaciones familiares (relación de sus padres y estado de salud de su abuela), comentó que había encontrado un espacio para expresarse.

Después de esta sesión llegaba el momento de realizar la sesión conjunta con la pareja y así se hizo la convocatoria. Sin embargo a la cuarta sesión se presentó solamente la esposa (al cónyuge se le imposibilitó asistir por motivos laborales). A esta sesión se presentó la consultante muy abrumada por el estado de salud de su mamá. Las terapeutas se dedicaron a escuchar, dar contención y explorar estrategias de afrontamiento. La consultante tuvo su espacio para expresar sus emociones y tranquilizarse. Luego se refirió a la situación con su pareja, señaló que había tomado la decisión de llevar las cosas con calma y no realizar una separación abrupta, pensando en el bienestar de su hijo y de su cónyuge. La familia extensa no compartía esa decisión, y se dieron comentarios al respecto, que ocasionaron malestar en la consultante. Terapeutas y consultante co-construyeron estrategias para afrontar esa situación. Hacia el final de la sesión se elogiaron los recursos de la consultante (notar cosas positivas en medio de la adversidad, capacidad de pensar a futuro, pensar no solo en ella misma sino en los demás). Ella mencionó que de esta sesión “salía más positiva”.

Para la siguiente sesión se convocó a la pareja. Sin embargo, no fue posible realizar la quinta sesión, ya que ambos cónyuges tuvieron complicaciones que les impidieron asistir: Se estableció contacto telefónico con ellos, y la esposa explicó que tuvo que atender a su madre delicada de salud y esto generó tensión en la familia por lo que no se sentía dispuesta

para asistir a las sesiones; y el esposo, por su parte, explicó que tenía compromisos laborales que le imposibilitaban definitivamente seguir en el proceso).

En este caso, aunque solamente se realizaron entrevistas individuales con cada cónyuge, en todo momento se indagaron y abordaron las inquietudes de los consultantes desde una perspectiva relacional, es decir, tomando en cuenta la experiencia de todos los miembros de la familia, aunque no estuvieran presentes en la sesión. Las terapeutas consideraron que el hecho de que no fuera posible concretar una sesión conjunta con los miembros de la pareja, era una muestra de que para los cónyuges no era el momento oportuno para compartir, con las terapeutas, la situación por la que atravesaban. La estrategia de las sustentantes fue respetar el ritmo del proceso de cambio de la familia. Aunado a lo anterior, las terapeutas notaron que durante el proceso la demanda cambió, ya que en un principio estaba enfocada al tema de pareja, pero posteriormente circunstancias familiares, como la complicación del estado de salud de la abuela materna, llevaron a que la familia reorganizara sus prioridades. De este modo, terapeutas y consultantes acordaron que, dadas las circunstancias familiares, era más oportuno realizar el cierre del proceso. Se dio un espacio de dos semanas para realizar una última sesión de cierre.

A la *sexta sesión* se presentaron la esposa y el hijo. Se finalizó el proceso dándoles un mensaje de devolución que retomaba los recursos de la familia. Se dejó abierta la posibilidad de que en el futuro contaran con el CAP como un recurso para llevar procesos psicoterapéuticos. También se les pidió su opinión del proceso (entrevista de valoración, cuadro N° 17).

Cuadro N°17.
Entrevista de valoración de la familia 5

Pregunta	Respuesta de la familia
¿Qué es lo que más les ha gustado de esta terapia familiar?	<i>Lo que más les gustó fue expresar lo que necesitaban decir y desabogarse. Fue reconfortante.</i>
¿Qué recomendaciones tienen para las terapeutas?	<i>No señalaron recomendaciones.</i>
¿Qué de todo lo que se hizo fue lo que más les ayudó?	<i>Todo, y poder hablar de lo que les gusta.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan al proceso de terapia familiar?	<i>10 porque les ayudó mucho en todos los aspectos. Es como ver las cosas con otra tonalidad. Fue tranquilizante.</i>
En una escala de 1 a 10, ¿Qué calificación dan a las terapeutas?	<i>Las terapeutas lograron entender lo que estaban pasando y el trato fue humano. Las terapeutas son personas tranquilas y alegres.</i>
Al finalizar este proceso de terapia familiar ¿Qué tan satisfechos se encuentran con lo alcanzado? Mucha satisfacción, poca satisfacción y nada de satisfacción	<i>Mucha satisfacción porque salen diferente a como entraron. Dejan atrás lo que han pasado y siguen adelante con lo que va a pasar.</i>
¿Creen ustedes que esta terapia familiar vale el tiempo y esfuerzo invertido? Sí lo vale/ No lo vale	<i>Sí lo vale.</i>
¿Recomendarían este tipo de terapia a otras personas?	<i>Lo recomendarían por la experiencia vivida y por la calidad de la terapia.</i>
Recomendaciones para otras familias	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Que busquen ayuda psicológica.</i> • <i>Quitar la idea de que ir al psicólogo es estar loco, no es eso, nos escuchan, se pueden desabogar, es diferente. No se encierren en sí mismos.</i> • <i>Que vengan aquí (refiriéndose al a terapia) porque les ayudan.</i>

Fuente: Familia 5.

El equipo coterapéutico concluyó que el proceso de terapia familiar fue de ayuda y utilidad para la familia, y se prestó como un espacio de escucha. Se evidenció que aún en medio de la adversidad se encuentran puntos fuertes en cada miembro del sistema familiar. La estrategia terapéutica en este caso se ajustó a las características particulares del sistema familiar. Si bien no se utilizaron todas las herramientas terapéuticas del modelo de TBCS, sí se realizó la intervención psicoterapéutica posicionadas desde allí, concibiendo a las

personas con capacidades y recursos, pensando en soluciones, estrategias y posibilidades, y manteniendo una relación de horizontalidad entre terapeutas y consultantes.

Este fue uno de los casos que generó más movilización en la subjetividad del equipo coterapéutico, lo cual se trabajó mediante el diálogo constante como pareja de trabajo y con la supervisión del equipo asesor; lo cual contribuyó a que se manejara de una forma adecuada y no obstaculizara el proceso de cambio con la familia.

6.4. Consideraciones sobre el proceso psicoterapéutico con las familias

A modo de conclusión del proceso psicoterapéutico con las cinco familias, las sustentantes rescatan de esta experiencia, que desde las primeras sesiones se logró establecer empatía y alianza terapéutica, lo que fue clave para emprender cada terapia, ganándose la confianza de los consultantes. Además, aunque los motivos de consulta iniciales y las demandas terapéuticas fueron muy variados, la TBCS sirvió de guía a las terapeutas para abordarlas, y establecer, junto con cada familia, objetivos y metas concretas y alcanzables. Así, una vez el supra-sistema terapéutico tuvo claro lo que se deseaba lograr con el proceso, respondió con compromiso, asistiendo regularmente a las sesiones y trabajando como equipo para conseguir cambios, avances y mejorías.

También, durante las sesiones de terapia familiar, el equipo coterapéutico se esforzó para hacer un manejo óptimo del tiempo, procurando que se cumplieran los objetivos terapéuticos sin necesidad de realizar sesiones muy extensas, ni prolongar el tratamiento; además desarrolló la habilidad para trazar una estrategia terapéutica y escoger las herramientas clínicas idóneas para cada momento del proceso. Por su parte las familias fortalecieron y ampliaron su capacidad de resolver las situaciones que les preocupaban, demostrándose a sí mismas que si fueron capaces de hacerlo en el transcurso de la terapia, podrán hacerlo en el futuro, una vez finalizado el proceso. Esto contribuyó a construir esperanza, pues aunque los problemas siempre se presentarán, también encontrarán formas de salir adelante.

Capítulo VII

Reflexiones Finales

En el presente capítulo se presenta una recopilación de la experiencia y los aprendizajes de las sustentantes al realizar su práctica dirigida, desde el momento en que concibieron las ideas iniciales para plantear el Trabajo Final de Graduación, hasta las etapas finales. Lo anterior se expone a continuación como pasos que se siguieron durante el proceso:

7.1. *Experiencia como terapeutas*

- Conocer el paradigma sistémico: al cursar el módulo de Psicología de la Familia I, en cuarto año de la carrera, las sustentantes se encontraron por primera vez con el Paradigma Sistémico y conocieron la Terapia Familiar Sistémica, una modalidad de intervención psicológica diferente a otras escuelas de pensamiento, ya que se basa en una lógica relacional e interaccional, en la que se trabaja con la familia y se parte de que el síntoma (a pesar de que lo manifieste una persona) da cuenta de una situación o preocupación que involucra a todo el sistema familiar. Además el paradigma cuestiona la noción tradicional de psicopatología, proponiendo que las personas no son el problema y por lo tanto se evita, en la práctica clínica, asignar etiquetas diagnósticas.
- Adquirir una mirada sistémica: se profundizó en el estudio del paradigma sistémico y dentro de él en la escuela de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) de Steve De Shazer; con ésta hubo mucha afinidad lo que facilitó introyectar los conocimientos y la propuesta de este modelo hasta poder comprender los acontecimientos en términos relacionales, positivos, de recursos y soluciones. Y poder explicar la cotidianidad de las terapeutas en términos sistémicos, consolidando la TBCS como una filosofía de vida. Esta afinidad se dio gracias a que las practicantes ya tenían un sistema de creencias similar a los presupuestos de la TBCS y es por esto que decidieron a trabajar desde este modelo.
- Desaprender la mirada clínica psicopatológica aprendida durante la carrera: para apropiarse de un modelo diferente, fue necesario desaprender elementos de la psicología tradicional tales como, el uso de etiquetas diagnósticas, despojarse del rol del experto y

afrontar el reto de practicar una psicología que trabaja desde la salud (recursos, fortalezas y habilidades) y no desde la enfermedad.

- Aprender una nueva forma de hacer terapia: una vez estudiados los presupuestos básicos de la TBCS y sus herramientas clínicas, el reto consistió en aplicar la teoría aprendida, es decir, llevarla a la escena terapéutica, donde se trabaja de forma conjunta y simultánea con varios miembros de la familia, se interviene como un equipo coterapéutico conformado por dos o más profesionales, y las terapeutas establecen una relación democrática y horizontal con la familia.
- Apropiarse de las herramientas de la TBCS: apropiarse de las herramientas de este modelo fue un proceso: en un primer momento se estudiaron, se comprendieron y se procuró aplicarlas en la cotidianidad de las terapeutas. También se aprendió a concebir los objetivos y metas terapéuticas en términos concretos; identificar excepciones con la firme convicción de que las situaciones que le preocupan a la familia no suceden la totalidad del tiempo; adquirir la capacidad de pensar a futuro y de utilizar un lenguaje presuposicional. Así, una vez asimiladas las herramientas se hizo más fácil llevarlas a la práctica con las familias.
- Adquirir seguridad para comenzar: antes de dar inicio a los procesos psicoterapéuticos con las familias participantes en la práctica, fue necesario que las sustentantes se visualizaran como terapeutas, esto se logró gracias a ejercicios de juegos de roles con colaboradores que actuaron el papel de consultantes, supervisiones con la experta en el campo y diálogo constante entre las terapeutas.
- Aprender a trabajar en coterapia: para realizar un trabajo exitoso como equipo coterapéutico fue muy importante la comunicación constante entre las terapeutas, que partiera de la confianza, el respeto y el reconocimiento de las habilidades y limitaciones de cada una. En este sentido, uno de los principales aprendizajes fue reconocer lo enriquecedor que resulta la individualidad y estilo propio de cada terapeuta en el trabajo conjunto en el que las diferencias se vuelven complementarias.

- Aprender a reconocer los recursos como terapeutas principiantes: al apropiarse del modelo teórico que sustenta la práctica y tener una experiencia de aplicación, se aprendió la importancia de guardar coherencia entre lo que se piensa, se siente, se dice y se hace. Por tanto los recursos, fortalezas, habilidades y posibilidades se indagaron tanto en el sistema familiar como en el sistema coterapéutico. También las terapeutas tuvieron la oportunidad de aportar al suprasistema terapéutico diferentes perspectivas desde su momento del ciclo vital. En este caso las terapeutas aportaron iniciativa, espontaneidad, compromiso, humor, innovación, creatividad y flexibilidad.
- Consolidar habilidades y destrezas como terapeutas: en el proceso psicoterapéutico con las familias las terapeutas reafirmaron y afianzaron sus habilidades y destrezas, ya que en el trabajo con personas el aprendizaje es continuo y constante. Consolidar estos aprendizajes requirió que las terapeutas estuvieran pendientes de sus acciones en el trabajo con las familias.
- Recibir apoyo externo para consolidarse en el rol de terapeutas: Durante la práctica se contó con el apoyo del equipo asesor que brindó acompañamiento, observaciones y recomendaciones que funcionaron como guía para las terapeutas. Además, esto permitió contar con diferentes miradas que ampliaran el panorama, trabajando todos como un sistema, evitando perder elementos importantes de la experiencia. El trabajo en equipo permitió contrastar las creencias de cada terapeuta sobre el desempeño de su rol y así identificar habilidades, recursos y fortalezas que podrían haber pasado desapercibidas para el equipo coterapéutico.
- Personalizar la forma de aplicar el modelo de TBCS: el modelo se impregnó del estilo y características propias de cada terapeuta, de sus habilidades, intereses, gustos, preferencias y competencias; lo que dio cuenta de la apertura y flexibilidad de la TBCS y de las sustentantes. Por ejemplo: las terapeutas recurrieron a la confección y aplicación de ayudas visuales que complementaron las diferentes técnicas.
- Permitirse cambiar: una de las claves para la práctica fue la premisa de que el cambio es inevitable en todos los contextos, tanto en la vida personal como en lo profesional. Esto se

vio reflejado en la evolución experimentada por las terapeutas durante el proceso, quienes aprendieron a ser flexibles y esto les permitió innovar en su quehacer.

- Reconocer que la terapia breve funciona: las sustentantes notaron que en el corto tiempo de trabajar con las familias se observaron cambios, logros y mejorías significativas, gracias a que las personas son competentes, recursivas y capaces de enfrentar por sí mismas las diferentes situaciones y retos de la vida. Al ser una terapia breve las terapeutas desarrollaron la habilidad de ser estratégicas y de realizar intervenciones con propósitos bien definidos.

7.2. Experiencia en el trabajo con las familias

- Conformar el suprasistema terapéutico: el primer paso para iniciar el proceso psicoterapéutico fue que terapeutas y familias se conocieran e intercambiaran información y se propició un clima de confianza que facilitara establecer la alianza terapéutica, que fue una de las claves para el éxito del proceso.
- Comprender la necesidad de hacer encuadre: se partió de que las personas tienen derecho a ser informadas de las características del proceso terapéutico en el que se comprometen a participar, por eso las sustentantes realizaron una primera reunión informativa antes de iniciar el proceso psicoterapéutico con las familias, y en todo momento se tuvo el cuidado de no perder de vista los elementos pertinentes que debían ser comunicados a los consultantes.
- Dialogar con las familias: el diálogo fue una de las principales herramientas en el trabajo terapéutico con las familias, ya que permitió identificar recursos, construir soluciones y cambios. Además, al propiciar una conversación respetuosa en la que se escucharon los diferentes puntos de vista, las terapeutas ofrecieron a la familia un modelo de comunicación asertiva. Este espacio de comunicación permitió no sólo escuchar a los demás sino también escucharse a sí mismo.

- Sensibilizar hacia recursos de la familia: una de las labores de las terapeutas fue identificar los recursos de la familia y lograr sensibilizarla para que se apropiara e hiciera uso de ellos en la construcción de sus soluciones.
- Aprender a normalizar experiencias: terapeutas y familias comprendieron que los diferentes retos y situaciones que se experimentan son parte de la vida y las acciones tomadas para afrontarlos constituyen esfuerzos de personas sanas y competentes para salir adelante.
- Solicitar, escuchar y aceptar soluciones de la familia: al concebir a la familia como la experta de su situación, se partió de que ellos tienen las claves que les permitirán construir una solución; mientras que el papel de las terapeutas fue solicitar, escuchar y aceptar sus propuestas en un clima de respeto y validación.
- Ofrecer nuevos significados: las terapeutas ofrecieron a la familia una apreciación diferente y novedosa de las situaciones, haciendo énfasis en lo positivo y en lo que se estaba haciendo bien; no se usaron etiquetas para evitar que la responsabilidad por una situación que involucraba a toda la familia recayera sobre una sola persona. Se buscó que con los aportes de todos los miembros de la familia y de las terapeutas se construyeran nuevos significados con un lenguaje centrado en las soluciones.
- Concluir el proceso de terapia con las familias: las terapeutas se prepararon para hacer el cierre del proceso terapéutico, valorando los cambios, mejorías y objetivos alcanzados por la familia. Previamente se les comunicó el fin del proceso y se les hizo ver que ellos mismos habían logrado identificar las claves que les permitieron construir sus propias soluciones.

Capítulo VIII

Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones

8.1. Conclusiones

A continuación se presentan las reflexiones de las sustentantes acerca de la experiencia de aplicación de la TBCS en las diferentes fases de la práctica.

8.1.1. Sobre los objetivos de la práctica dirigida

- Las sustentantes consideran que se cumplieron los objetivos planteados para este Trabajo Final de Graduación. El objetivo general se alcanzó al brindar un servicio de psicoterapia familiar desde el CAP. Los objetivos específicos se lograron al emplear la Terapia Breve Centrada en Soluciones en la atención de cinco familias usuarias del Centro; quienes además se beneficiaron al alcanzar cambios, avances y mejorías que contribuyeron a su bienestar integral.
- Esta Práctica Dirigida contribuyó a promover la psicología clínica gracias a la aplicación de un modelo psicoterapéutico novedoso, como la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Al realizarla en el Centro de Atención Psicológica se favoreció este como un espacio para realizar Trabajos Finales de Graduación y además se aportó a la acción social de la Universidad de Costa Rica. Por estas razones se considera que se cumplieron los objetivos externos, pero aún se requiere que se continúen aunando esfuerzos y acciones más allá de este trabajo.
- Se aportó al desarrollo de la Psicología Clínica, en tanto el conocimiento se recrea en la labor clínica.
- Realizar el trabajo en parejas fue vital para cumplir con los objetivos de la práctica dirigida, ya que trabajar en equipo facilitó a las sustentantes el estudio del modelo, la intervención con las familias y la elaboración del informe final de la práctica que se nutrió de ambas perspectivas acerca de la experiencia de aplicación de la TBCS.

8.1.2. Sobre la fase de entrenamiento y capacitación

- Fue fundamental que el Trabajo Final de Graduación partiera de un modelo teórico específico de terapia familiar que guiara, en todo momento, el trabajo de las sustentantes.
- Las sesiones de entrenamiento fueron espacios muy valiosos para las sustentantes, porque constituyeron una oportunidad para llevar a la práctica el aprendizaje teórico adquirido, visualizarse y colocarse en el rol de equipo coterapéutico e identificar las fortalezas y los aspectos por mejorar.

8.1.3. Sobre la selección, contacto telefónico y primera reunión con las familias

- Esta fase permitió a las sustentantes acercarse a la realidad de los consultantes que participarían del proceso. Es decir, conocer aspectos de la dinámica familiar y de sus miembros. También posibilitó a terapeutas y familias prepararse para la terapia familiar, estableciendo empatía y alianza terapéutica.
- Antes de iniciar el proceso psicoterapéutico es importante y ético que las familias conozcan información relevante sobre el mismo.

8.1.4. Sobre el proceso psicoterapéutico con las familias

- Del trabajo con las familias se determinó que es recomendable y óptima la participación de todo el sistema familiar en el proceso psicoterapéutico, ya que los diferentes miembros enriquecen la terapia con sus puntos de vista y su experiencia. Además, a partir del trabajo conjunto se obtienen cambios, logros y mejorías significativas rápidamente.
- El cambio, que es inevitable, se visualiza no solo en las personas que asisten a las sesiones terapéuticas, sino en otros miembros del sistema familiar. El progreso de una persona se nutre de aportes provenientes de otros miembros de la familia y tiene un impacto positivo sobre todo el sistema.

- Las sustentantes notaron como el cambio ocurrido en los consultantes empezó por pequeños pasos y se amplió hasta abarcar diferentes áreas y contextos en los que se desenvolvían las familias.
- Las terapeutas al centrarse en las fortalezas y las soluciones contribuyeron a que la familia reconstruyera las perspectivas que tenían sobre las situaciones que les generaban preocupación. Esto permitió que las quejas se tornaran más manejables y resolubles, y así construir una realidad con esperanza.
- Evitar que la responsabilidad por los problemas familiares recayeran sobre una sola persona facilitó el trabajo conjunto de todo el sistema familiar.
- Es importante que el terapeuta desarrolle la habilidad de trabajar las demandas individuales simultáneamente, ya que aunque a primera vista pueden parecer metas aisladas, la práctica demostró que están interconectadas unas con otras.
- Para las sustentantes una de las bondades del modelo TBCS es su flexibilidad, la cual permitió aplicarlo sin contratiempos con familias costarricenses. La flexibilidad también les permitió, que como terapeutas, nutrieran el modelo con su creatividad.
- Las sustentantes en el proceso de intervención con las familias conocieron nuevas realidades de formas de convivencia familiar, como fue el caso de las familias en que por razones económicas, los padres estando separados, viven en la misma casa de habitación.
- Trabajar desde la Terapia Breve Centrada en Soluciones no impide que las terapeutas abran espacio para que los consultantes hablen de sus problemas, más bien promueve que, a la vez que se escucha con una actitud de respeto, se dirija la atención a los aspectos recursivos y soluciones de la familia.
- Para las sustentantes fue muy importante dialogar como equipo coterapéutico sobre sus propios sistemas de creencias, sentimientos y pensamientos movilizados a lo

largo de todo el proceso. Los diálogos también incluyeron reflexiones sobre las intervenciones, habilidades y estilos de cada terapeuta en el trabajo con las familias.

8.1.5. Sobre la aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones

- La Terapia Breve Centrada en Soluciones es un modelo óptimo para sustentar prácticas dirigidas en el área de la psicología clínica, porque dota a terapeutas principiantes con valiosas herramientas psicoterapéuticas, que son sencillas de aprender y aplicar.
- La TBCS al ser breve se adapta al corto tiempo que se dispone en una práctica dirigida para hacer una intervención; y a las necesidades de familias que por motivos laborales o económicos, como el costo de traslado al lugar de atención, se les dificulta participar de terapias prolongadas.
- El modelo tiene estipulado cómo desarrollar un proceso psicoterapéutico a domicilio, lo que responde a las necesidades de familias que por razones de salud no les es posible trasladarse al Centro.
- La TBCS es flexible y por lo tanto facilita que la terapeuta personalice y aporte creatividad a las técnicas del modelo.
- Las sustentantes comprendieron que una adecuada aplicación de la TBCS requiere que la cosmovisión del equipo coterapéutico coincida con los principios básicos del modelo, para que su estrategia terapéutica y sus intervenciones guarden coherencia con el corpus teórico que las sustenta.

8.2. *Recomendaciones*

8.2.1. Para el Centro de Atención de la Escuela de Psicología

- Es conveniente que todo proceso psicoterapéutico realizado en el Centro de Atención Psicológica por estudiantes o egresados, obtenga retroalimentación tanto de las personas atendidas como del personal administrativo, ya que ambos son

fuente valiosa de información para optimizar el servicio que se brinda a los usuarios.

- Continuar empleando el Centro como espacio de inserción para prácticas profesionalizantes de diferentes áreas de la Psicología, entre ellas Psicología Familiar, Educativa, Laboral y Comunitaria.
- Gestionar que el Centro de Atención Psicológica se convierta en un Programa Institucional, en lugar de un Proyecto de Extensión Docente, para que cuente con mayor presupuesto y se puedan ampliar y fortalecer los servicios que brinda.
- Dada la importancia del Centro de Atención Psicológica como una herramienta de acción social de la Universidad, es necesario que cuente con los recursos necesarios para ampliar su alcance, entre ellos: mejorar y adecuar el espacio físico, implementar al Centro de herramientas propias de cada modelo teórico para el trabajo clínico con las personas.
- Velar continuamente por el mantenimiento del espacio físico y materiales del Centro de Atención Psicológica para que los servicios que se ofrecen sean de calidad en todas las áreas.
- Continuar promoviendo al CAP como espacio de atención psicológica gratuita.
- Buscar nuevas estrategias para cubrir las demandas hechas al CAP y ampliar su oferta de servicios.

8.2.2. Para la Escuela de Psicología

- Estimular a estudiantes de la carrera para que realicen prácticas dirigidas como Trabajo Final de Graduación, ya que además de obtener un gran beneficio en su formación profesional, esto también aporta a la acción social que se realiza desde la Universidad.

- Se recomienda realizar Prácticas Dirigidas donde participen estudiantes de diferentes carreras. Esto porque a partir de la intervención con las familias se evidenciaron necesidades que requieren apoyo interdisciplinario.
- Velar por que los estudiantes que realizan una Práctica Dirigida cuenten con supervisión constante a lo largo del proceso.
- Promover el uso de la Cámara de Gesell como un espacio valioso en la formación profesional de psicólogos, no sólo para realizar actividades de cursos de la carrera, sino también como un recurso para la realización de Trabajos Finales de Graduación.
- Dar mayor cabida al Paradigma Sistémico en el plan de estudios de la carrera.
- Revisar los lineamientos de la Escuela acerca de la elaboración de prácticas dirigidas (número de sustentantes por práctica, pautas para la elaboración del anteproyecto e informe final).
- Se recomienda elaborar un documento que sirva como guía para el Tribunal Evaluador, a la hora de dar su veredicto en una defensa de Trabajo Final de Graduación.

8.2.3. Para los y las estudiantes de la carrera de Psicología

- Tener presente que el modelo teórico que sustenta la Práctica Dirigida es la base para la construcción de la estrategia metodológica, la cual debe quedar clara en la elaboración del anteproyecto.
- Velar por que los y las estudiantes que decidan realizar una Práctica Dirigida, incluyan en su estrategia metodológica una fase de entrenamiento, según los conocimientos a aplicar y el área de Psicología en la cual se inscribe la práctica.
- Mostrar flexibilidad para adaptarse a los cambios que puedan presentarse en la elaboración del Trabajo Final de Graduación, en cualquiera de las modalidades.

- No temer recurrir a la creatividad en el planteamiento de propuestas de TFG y su desarrollo.

8.1. *Limitaciones*

- Los consultorios del CAP, en ocasiones, resultaron pequeños para trabajar con familias de cuatro o más miembros.
- Dificultades en el acceso para el uso de la Cámara de Gesell.
- En ocasiones se pretende que el informe de Práctica Dirigida se iguale a un informe de Tesis, siendo ambas modalidades muy diferentes.
- En la Escuela de Psicología existen vacíos en torno a la realización de Trabajos Finales de Graduación desde la modalidad de Práctica Dirigida.

Referencias Bibliográficas

- Bertolino, B. (2006). *Terapia orientada al cambio con adolescentes y jóvenes. Una nueva generación de procedimientos y prácticas respetuosas y eficaces*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en soluciones. En: J. Navarro; A. Fuertes & T. Ugidos (Comp.), *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amarú.
- Biever, J., Bobele, M., Franklin, C. & Gardner, G. (2005). Perspectivas modernas en terapia familiar. En: G. Limon. (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp.1-27). México: Pax México.
- Carpenter, J. & Treacher, A. (1993). *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Editorial Paidós.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- De Shazer, S. (1994). ¿En qué radica la eficacia de la terapia breve? En: J. Zeig & S. Gilligan (Comp.), *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- De Shazer, S.; Dolan, Y.; Korman, H.; Trepper, T.; Mclollum, E. & Kim Berg, I. (2007). *More than miracles. The state of the art of solution focused brief therapy*. New York: The Haworth Press. Inc.

- Duncan, B., Hubble, M. & Miller, S. (2003). *Psicoterapia con casos "imposibles": tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Feixas, G. & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Hudson, W. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Kim Berg, I. & Miller, S. (2002). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. España: Editorial Gedisa S.A.
- Kreuz, A. (2000). La infidelidad en la pareja. En: Navarro Góngora, J. & Pereira Miragaia, J. (2000) *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Kuipers, E., Lam, D. & Leff, J. (2004). *Esquizofrenia: guía práctica del trabajo con las familias*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Molnar, A. & De Shazer, S. (1988). Terapia centrada en las soluciones: hacia la identificación de tareas terapéuticas. En: M. Beyebach y J.L. Rodríguez (Comp.), *Terapia familiar*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Nardone, G. & Salvini, A. (2006). *El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: RBA Integral.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

- O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario para la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Onnis, L. (1995). Terapia familiar y pensamiento sistémico: Una pareja que se transforma: ¿hacia que desarrollos? *Butlletí Dictia*, Barcelona: Escola de Terapia Familiar St.Pau.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Selekman, M. (2005). *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Watzlawick, P. (2000). La construcción de realidades clínicas. En P. Watzlawick y G. Nardone (Comp.), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp.27-38). Barcelona: Editorial Paidós.

Anexos

Anexo N°1. Guía para las sesiones de entrenamiento

Anexo N°2. Documento explicativo de la primera reunión
con las familias

Anexo N°3. Certificado de participación para las familias

Anexo N°4. Folleto de recomendaciones

Anexo N° 1: Guía para las sesiones de entrenamiento

A. Entrevista Simulada a cargo de las practicantes

1. Encuadre

Tiempo: 10 minutos.

- a. Comunicar a los/as participantes que se trata de una práctica dirigida como trabajo final de graduación para obtener la licenciatura en psicología. Se trata de la aplicación de una terapia familiar, en la cual se trabajará con personas que solicitaron atención al Centro de Atención Psicológica de la UCR. Consiste en un modelo de terapia breve (3 a 6 sesiones), cada sesión tiene una duración aproximada de hora y media, la atención se llevará a cabo en uno de los consultorios del Centro. Se trabaja con un equipo terapéutico junto con supervisores que en algún momento podrían participar en las sesiones. Además, todo será manejado con confidencialidad. En este momento las terapeutas están llevando a cabo una fase de entrenamiento, en la cual desarrollarán dramatizaciones para fortalecer sus competencias en este campo. El papel de los colaboradores es representar una familia que asiste a una primera sesión; para lo cual ellos/as pueden enriquecer los casos con su creatividad.

2. Asignación de casos

Tiempo: 10 minutos.

A los participantes se les entregarán por escrito el caso a representar. Se les explica que con esa “familia ficticia” anteriormente hubo un contacto telefónico y un primer encuentro explicativo del proceso. Luego se les da un tiempo de 10 minutos para que preparen sus personajes y demás elementos de la dramatización.

3. Representación

Tiempo: 60 minutos.

Actividad	Descripción de la actividad	Tiempo
Recibimiento y bienvenida	Las terapeutas reciben, saludan y se presentan. Se les agradece la puntualidad y la asistencia. Se les invita a presentarse diciendo sus nombres.	5 min.
Encuadre	Explicar la forma en que se van a desarrollar las sesiones y aclarar las reglas. Reglas: <ul style="list-style-type: none">• Hablar una persona a la vez y los y las demás deben escuchar atentamente.• Permitir que todos y todas tengamos oportunidad de hablar para conocer los diferentes puntos de vista.• Si voy a decir algo sobre una persona que está aquí presente se lo digo directamente. Por ejemplo: en lugar de decir “yo creo que (nombre) cocina muy bien”, voy a decir dirigiéndome a esa persona:	5 min.

	<ul style="list-style-type: none"> •“(nombre) yo creo que cocinas muy bien”. • Evitaremos utilizar en la sesión elementos que nos distraigan. Por ejemplo: el celular. • Cumpliremos con el horario de la sesión. <p>Todos y todas formamos un equipo de trabajo y por eso nuestra colaboración es importante.</p> <p>Además, se explicará que hacia el final de la sesión se hará una pausa en que las terapeutas saldrán un momento, y ese espacio servirá para reflexionar sobre lo acontecido durante la sesión. Al regresar las terapeutas comunican una devolución a la familia y de ser necesario recomiendan una tarea.</p> <p>Se abre un espacio para aclarar dudas.</p>	5 min.
Preguntas generadoras y cambio pre-tratamiento	Indagar demanda de la familia y cambios que han ocurrido entre la llamada telefónica y la primera sesión.	10 min.
Pregunta milagro	Indagar o definir los objetivos terapéuticos y posibles excepciones.	10 min.
Pausa	Elaborar mensaje final y asignación de tarea.	10 min.
Mensaje final	Devolución a la familia y comunicación de tarea.	5 min.
Agradecimiento y despedida	Se agradece por su asistencia y se les invita a la próxima sesión.	5 min.

4. Cierre

Tiempo: 30 minutos.

Después de la sesión se abrirá un espacio para hacer el cierre del ejercicio y obtener retroalimentaciones de la vivencia.

- Agradecer por la participación en el ejercicio.
- Salir del personaje: se realizan preguntas generadoras para que cada persona desde su personaje comente sobre la experiencia. Se solicita que cada uno/a hable desde su personaje, por ejemplo: “Yo como (nombre del personaje) considero que...”. Una vez que todos/as han comentado su experiencia se procede a despedir al personaje, para esto se les entregará un tarjeta donde anotarán el nombre de su personaje y luego lo depositarán en un baúl simbolizando el desprendimiento del personaje.
- Retroalimentación y refrigerio. Los/as participantes ahora comentarán la experiencia desde ellos/as mismos/as como personas. Pueden referirse a aspectos positivos y por mejorar, entre ellos la dinámica de las terapeutas, el espacio físico, entre otros.

5. Agradecimiento, cita para el próximo encuentro y despedida.

Tiempo: 5 minutos.

B. Entrevista Simulada con supervisión en vivo

1. Encuadre (5 min.):

- a. Presentación de participantes y de la práctica: practicantes, directora de la práctica y colaboradores/as. Se trata de la aplicación de una terapia familiar.
- b. Explicación del ejercicio: A) en qué consiste la entrevista simulada (dramatización), papel de los/as colaboradores/as y las terapeutas. B) descripción de las características de una sesión terapéutica: diálogo, equipo coterapéutico y pausa.

2. Preparación del caso (5 min.): los y las colaboradores deberán construir y representar el caso de una familia que solicita consulta al Centro de Atención Psicológica, por asuntos familiares.

3. Dramatización (30 min. cada sesión simulada): los/as participantes en sus respectivos roles representan el caso.

4. Cierre (10 min.): conclusión del ejercicio del día y retroalimentaciones.

- a. Se agradece por la participación en el ejercicio y se pide a los colaboradores que comenten la experiencia.
- b. Salir del personaje: Se despide el personaje, anotando su nombre en un papel y luego depositándolo en un baúl, para simbolizar el desprendimiento.

Anexo N° 2: Documento explicativo de la primera reunión con las familias

Psicoterapia Familiar

¿De qué se trata la Terapia Familiar?

La terapia familiar es un tipo de atención psicológica donde participan los miembros de la familia, pues es importante que todos/as aporten sus puntos de vista y así poder construir una imagen más completa de las cosas que suceden en casa y en la familia. Asimismo las dos terapeutas trabajan en conjunto con otros tres expertos que colaboran y apoyan en este proceso.

¿Cómo colaboramos y participamos en esta terapia?



Para el éxito de este proceso de terapia es necesario que la familia y terapeutas conformemos un equipo en el que todos y todas colaboramos para lograr el bienestar común.

En algunas sesiones asistirán todos los miembros de la familia, mientras que en otras las terapeutas citarán solamente a algunos miembros (por ejemplo solo papás, o solo hijos u otras personas vinculadas a la familia). Igualmente habrá sesiones en que además de las terapeutas podría asistir alguno de los otros tres expertos.

El compromiso de colaborar activamente tanto las terapeutas como la familia queda por escrito en un contrato (ver hoja "Contrato").

¿Cuándo y dónde se realizará la terapia?

La terapia se llevará a cabo en las instalaciones del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica.

Se realizarán sesiones una vez por semana, con una duración aproximada entre una hora y media y dos horas. Este proceso podría prolongarse alrededor de tres meses.

¿Desde dónde se ofrece esta terapia?

Esta atención psicoterapéutica es un servicio que se ofrece desde la Universidad de Costa Rica (UCR) por medio del Centro de Atención Psicológica (CAP) y se parte de que todas las personas que reciben atención allí cuentan con derechos (ver hoja “Derechos de los Pacientes”).

También parte del quehacer de la Universidad es realizar estudios; para ello tiene distintas formas de obtener la información, entre ellas reuniendo datos desde los mismos servicios que ofrece la Universidad. Por ejemplo el CAP funciona como una fuente de información para el área de psicología; para poder hacer uso de dicha información es necesario que las personas atendidas allí brinden su autorización (ver hoja “Consentimiento Informado”).



Las personas pueden estar o no de acuerdo en que sus datos sean parte de un estudio, esto no condiciona el poder recibir atención de parte de la UCR. En caso de aceptar que se utilice la información, ésta será manejada de forma confidencial, lo que quiere decir que no sería revelada información que permita identificar a los participantes.

Para consultas

Se puede comunicar con:

Doris Rodríguez
Ma. Cristina Matamoros

Anexo N°3: Documentos oficiales del CAP: consentimiento informado y hoja de derechos de los (as) consultantes

Consentimiento informado;

Propósito: La información que se incluye en los expedientes de los pacientes puede ser útil para que la Universidad de Costa Rica construya temas de investigación sobre la realidad nacional. Las investigaciones que desarrolla la UCR están dirigidas a legitimar los derechos de las personas y a mejorar sus condiciones de vida.

Le solicitamos autorización para utilizar los datos incluidos en su expediente con fines de investigación

Si usted lo autoriza el uso de estos datos se hará de la siguiente manera:

1. Nunca se utilizará su nombre propio, ni información que combinada permita identificarle. Esto quiere decir que en una investigación se diría que 6 personas de sexo masculino, de edad entre 18 y 20 años han señalado tener dificultades para decidir a qué dedicarse como profesión. O que un paciente indicó no sentirse satisfecho con su actividad laboral por tratarse de un trabajo que le impide conocer a otras personas.
2. Los datos sólo serán empleados una vez que haya concluido el proceso terapéutico al que asiste: Esto quiere decir que durante el tiempo en que usted este siendo atendido los datos de su expediente solamente serán utilizados por la persona que le atiende con el fin de contribuir al proceso terapéutico. En una investigación se podría señalar que una persona que se atendió en el año 2004 indicó que las posibilidades de cambiar su trabajo eran muy pocas debido a tener poca capacitación.
3. Se utilizarán algunos datos de su expediente, no se utilizará su historia de vida: En caso de utilizar datos de su expediente para una investigación, estos serán empleados en relación con otros datos, para demostrar una idea, pero no se utilizará su historia personal, siempre se tendrá el cuidado de que el uso de los datos no permita identificar de qué persona se trata. Por ejemplo se podrían utilizar datos como edad, estado civil, sexo.
4. Su proceso terapéutico no se verá afectado por su decisión de autorizar o no el uso de los datos del expediente. El proceso terapéutico no está relacionado con la posibilidad de que se hiciera una investigación. Esto quiere decir que si algún investigador quisiera trabajar en torno a las posibilidades de empleo de los jóvenes entre 18 y 20 años, se le podría ofrecer alguna información sobre ese tema, que estuviera incluida en los expedientes de personas de esa edad.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA
TELEFAX 2511-5776
cap.ep@ucr.ac.cr



Antes de firmar usted puede aclarar cualquier duda que tenga al respecto, puede firmar en cualquier momento durante el proceso, al inicio, a la mitad, al final. Pero si necesitamos que nos indique si SÍ o si NO permite la utilización de los datos de su expediente.

Si requiere más información puede solicitarla a la coordinadora del Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología, MSc. Lucía Molina Fallas, al teléfono No: 2511-5776.

Además puede consultar sobre los derechos de las personas participantes en proyectos de investigación llamando al Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS): 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

También puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la UCR a los teléfonos 2511-4201 ó 25115839, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Usted tiene derecho de recibir una copia de este documento, con las firmas originales correspondientes.

Yo _____ cédula No: _____

Ocupación _____

Dirección de domicilio _____

Localizable en el teléfono número _____ SÍ autorizo (), NO autorizo () al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica a que los correspondientes datos que se consignen en mi expediente puedan ser utilizados con fines de investigación.

En fé de lo anterior,

Firma y cédula del consultante

Firma y cédula de la persona que atiende

Firma y cédula de la persona responsable del Centro de Prácticas



Derechos de los pacientes

Recibir atención psicológica por parte de un estudiante avanzado de la carrera de psicología.

Recibir un trato ético por parte del estudiante que le atiende.

La atención clínica psicológica constituye un modo de relación circunscrito a abordar aquellas situaciones o conductas con las que es preciso trabajar de acuerdo a las necesidades del paciente. No debe confundirse con una relación de otro tipo amorosa, familiar o amistosa.

Todo lo que se aborda en los procesos clínicos es manejado con confidencialidad. Los estudiantes deben hacer supervisión con un profesional con experiencia en el campo clínico pero la información se maneja con cuidado, para respetar la privacidad de los pacientes.

Todo paciente podrá solicitar información si siente que carece de ella en aspectos administrativos o clínicos.

Todo paciente tiene derecho a expresar reclamos o molestias referidos al trato recibido tanto por parte del personal administrativo como de los estudiantes que desarrollan los procesos clínicos.

Anexo N° 4: Certificado de participación para las familias

Se le otorga un reconocimiento a la Familia

Por su

Esfuerzo, Colaboración y Compromiso

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

2010

Terapeuta 1

Terapeuta 2

Anexo N°5: Folleto de recomendaciones

GOTAS DE SABIDURÍA

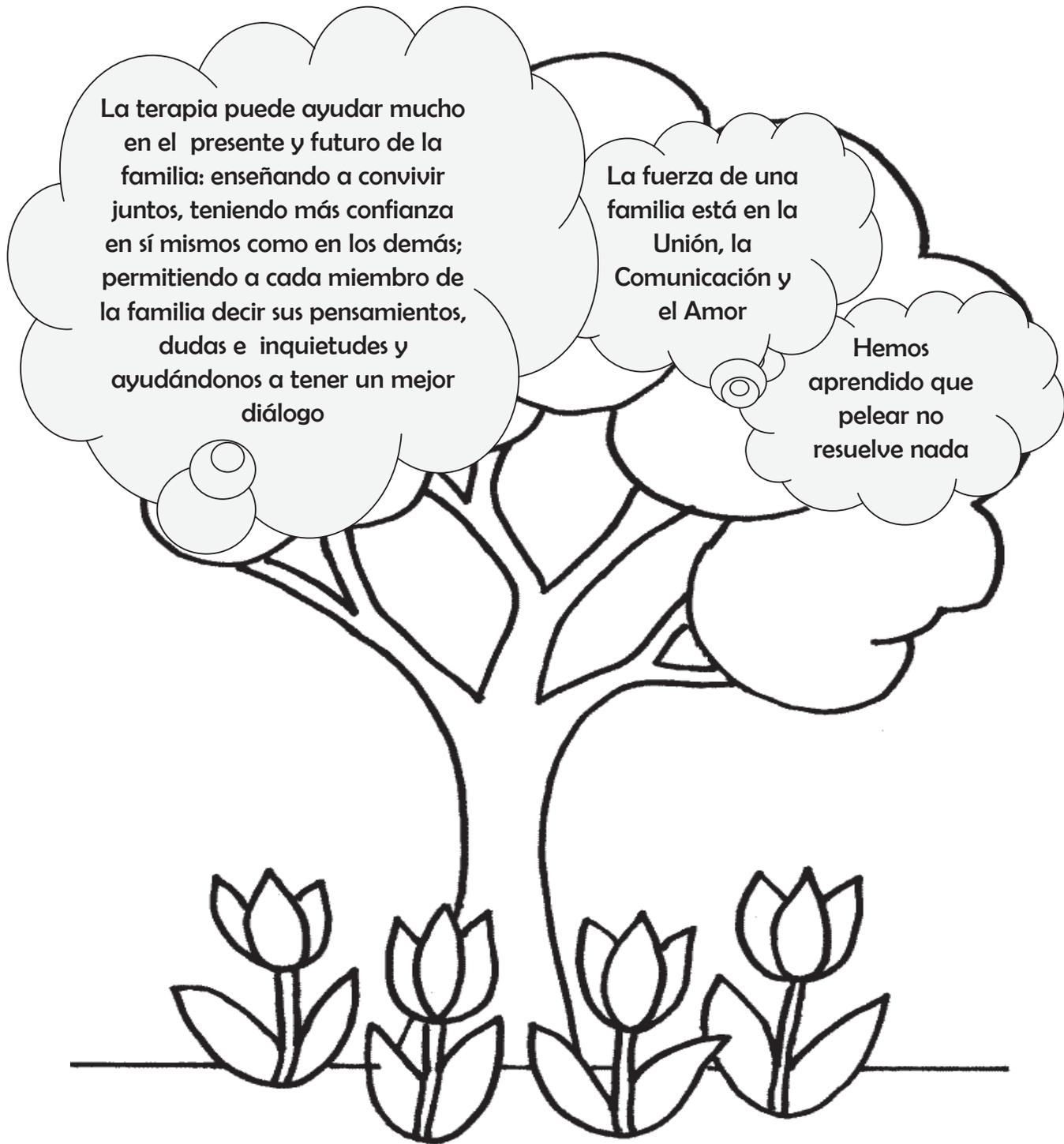


“Habíase una vez dos terapeutas que emprendieron un viaje y encontraron un tesoro. El tesoro eran hermosas familias con las que acordaron trabajar en equipo y acompañarse durante un trayecto del Camino de la Vida. Durante el tiempo que compartieron juntos las familias construyeron valiosísimos aprendizajes y recomendaciones que enriquecieron el viaje, y que a continuación se muestran como gotas de sabiduría”

Compiladoras

M^a Cristina Matamoros Calvo & Doris Rodríguez Ramírez
Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica
2010

❖ Consejos de la familia 1

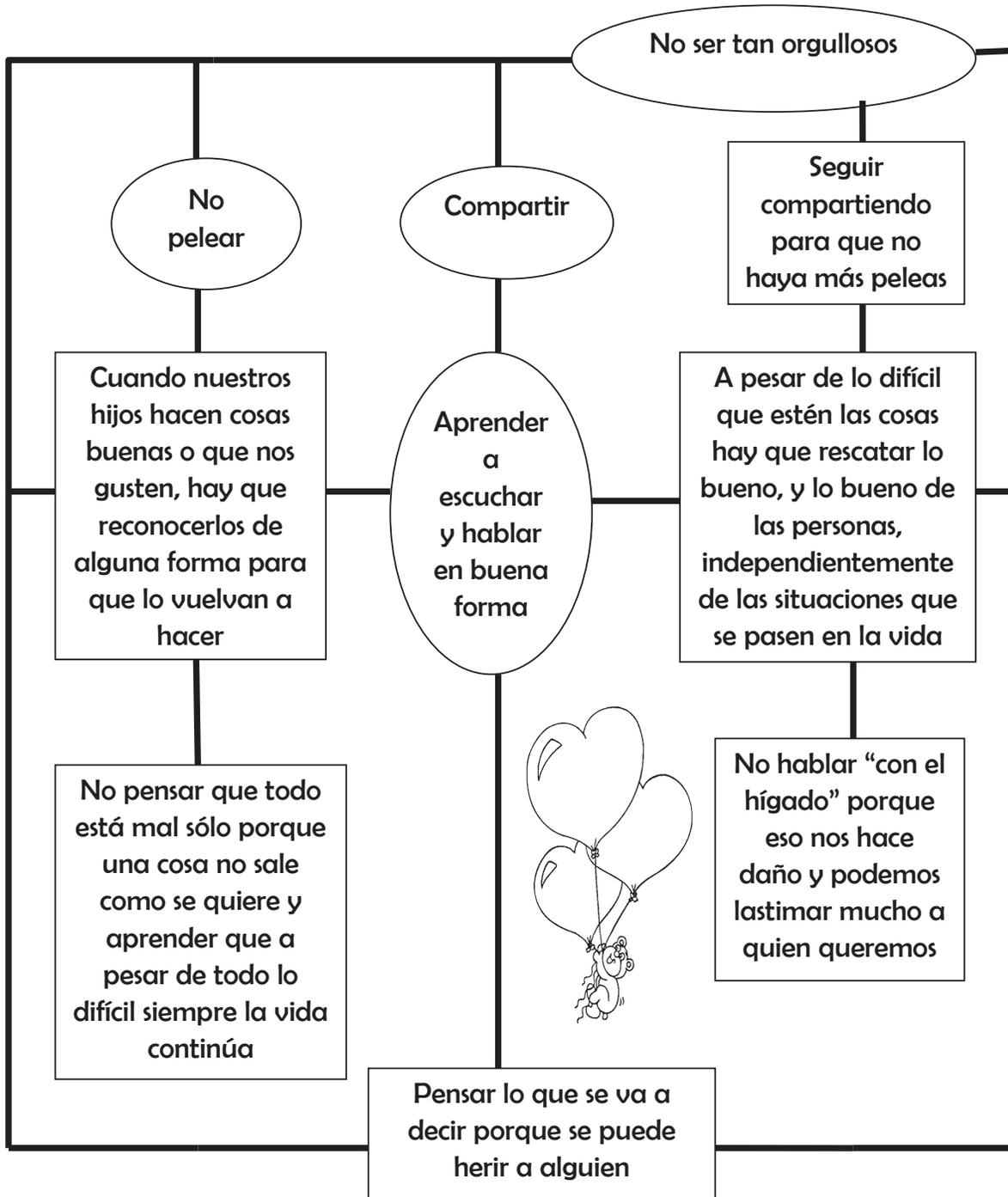


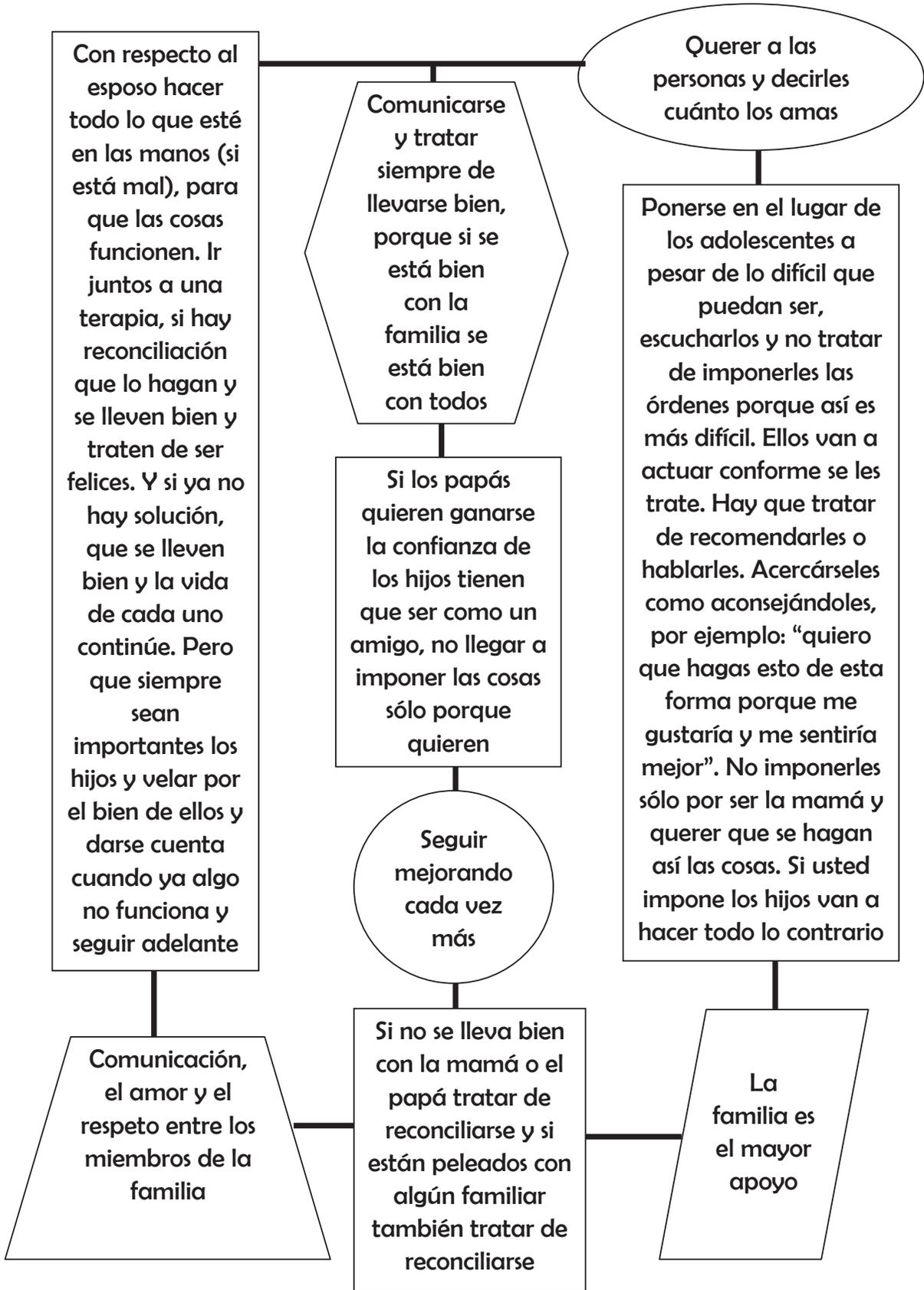
La terapia puede ayudar mucho en el presente y futuro de la familia: enseñando a convivir juntos, teniendo más confianza en sí mismos como en los demás; permitiendo a cada miembro de la familia decir sus pensamientos, dudas e inquietudes y ayudándonos a tener un mejor diálogo

La fuerza de una familia está en la Unión, la Comunicación y el Amor

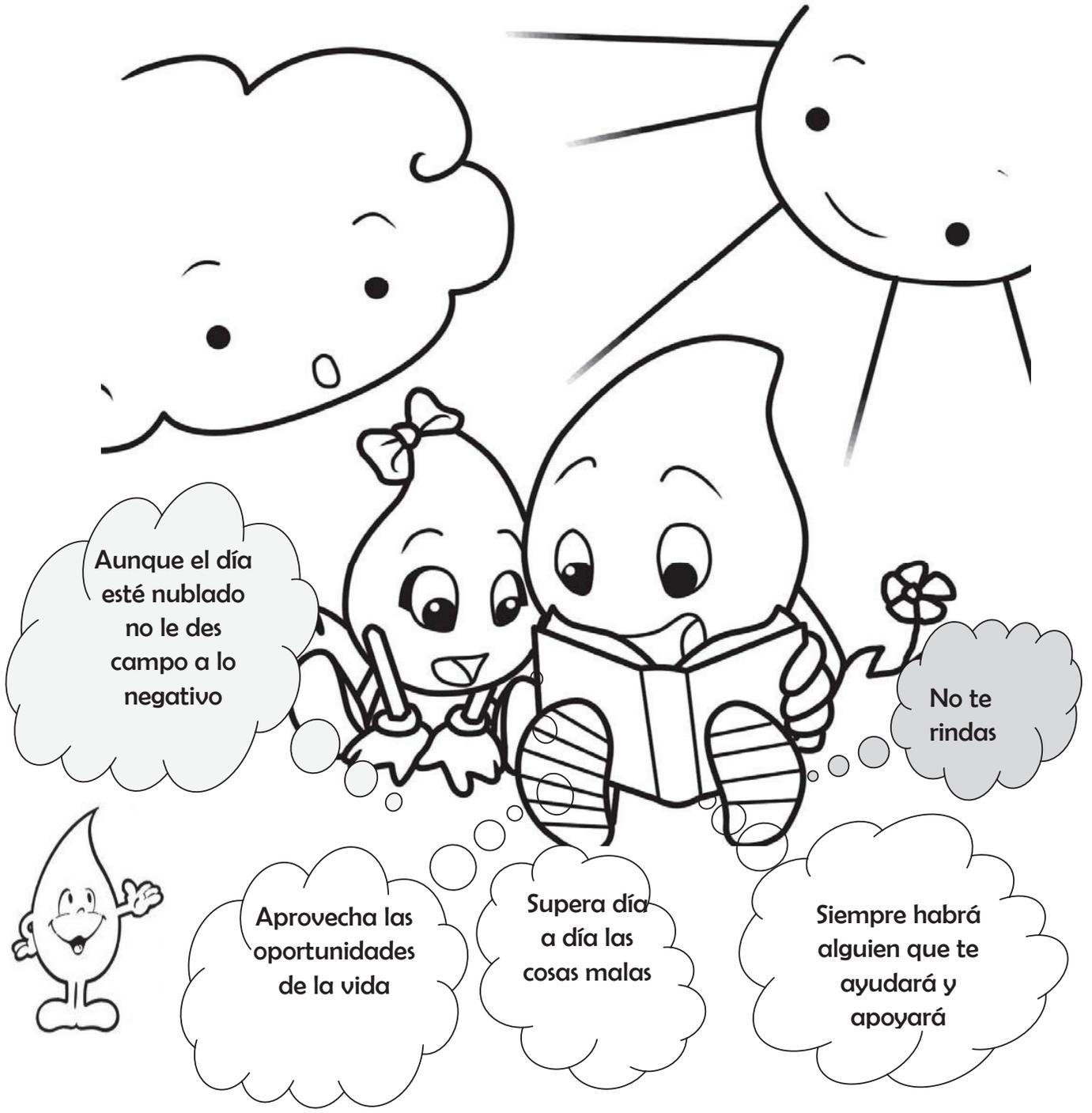
Hemos aprendido que pelear no resuelve nada

❖ Claves de la familia 2





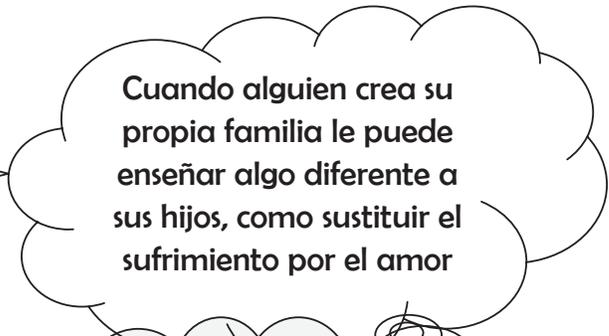
❖ Lluvia de recomendaciones de la familia 3



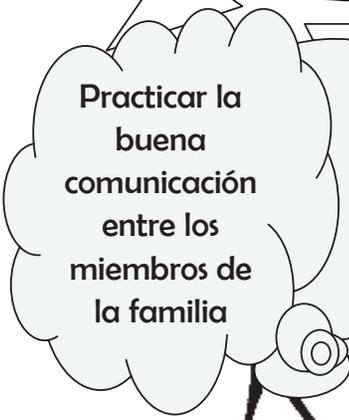
❖ La familia 4 recuerda



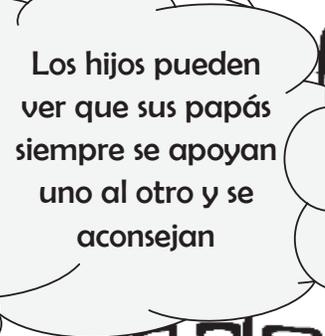
El Diálogo y la
Confianza son
muy
importantes



Cuando alguien crea su
propia familia le puede
enseñar algo diferente a
sus hijos, como sustituir el
sufrimiento por el amor



Practicar la
buena
comunicación
entre los
miembros de
la familia



Los hijos pueden
ver que sus papás
siempre se apoyan
uno al otro y se
aconsejan



La Responsabilidad
y el Amor son
valores que se
aprenden en la
familia



❖ Recomendaciones de la familia 5

