

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN  
PSICOLOGÍA**

**ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO A FAMILIAS DE NIÑAS Y NIÑOS  
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DE LA  
ASOCIACIÓN COSTARRICENSE DE TERAPIA ASISTIDA CON MASCOTAS**

**Sustentantes**

Maureen Leal Mora

Alejandra Montoya Castillo

**Comité Asesor**

Directora: MSc. Adriana Vindas González

Lectora: M. Ed. Alejandra Arguedas Gamboa

Lectora: Licda. Johanna Sibaja Molina

Asesora técnica: Licda. Yeimy Solís Coto



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 221**

Sesión del Tribunal Examinador celebrada de manera virtual el día miércoles trece de octubre del dos mil veintiuno, a las nueve horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de las:

SUSTENTANTES	CARNE	AÑO DE EGRESO
Maureen Leal Mora	B43723	1-2019
María Alejandra Montoya Castillo	B44484	2-2019

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Práctica Dirigida**, para optar al grado de **Licenciatura en PSICOLOGÍA**.

El tribunal examinador procede a presentarse y brindar su nombre completo, ubicación, su papel como miembro en el tribunal examinador, además indican que reciben video, audio y datos.

<b>Tribunal Examinador</b>	
M.Sc. Bradly Marín Picado	<b>Presidente</b>
M.Sc. Dora Gamboa Obando	<b>Profesora Invitada</b>
M.Sc. Adriana Vindas González	<b>Directora de T.F.G.</b>
M.Ed. Alejandra Arguedas Gamboa	<b>Miembro del Comité Asesor</b>
Licda. Johanna Sibaja Molina	<b>Miembro del Comité Asesor</b>

**ARTICULO I**

El Presidente informa que el expediente de las postulantes contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que procedan a hacer la exposición.

**Trastorno del Espectro Autista de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas”.**

**ARTICULO III**

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

**ARTICULO IV**

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, el Tribunal Examinador considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO ( )    APROBADO CON DISTINCIÓN ( X )    NO APROBADO ( )

**Observaciones:** Se recomienda la publicación de elementos a nivel metodológico y de la sistematización de las experiencias. Asimismo, la socialización de la experiencia y resultados en distintos espacios pertinentes.

**ARTICULO V**



El Presidente del Tribunal le comunica a las postulantes el resultado de la deliberación y las declara acreedoras al grado de Licenciatura en PSICOLOGÍA.


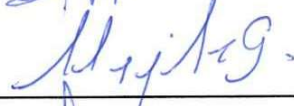
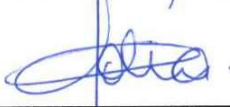


Se les indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que serán oportunamente convocadas.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y las Postulantes. A las 10:45 a.m. se levanta la sesión.

**Nombre:**

**Firma:**

M.Sc. Bradly Marín Picado	
M.Sc. Dora Gamboa Obando	

M.Sc. Adriana Vindas González	
M.Ed. Alejandra Arguedas Gamboa	
Licda. Johanna Sibaja Molina	
Maureen Leal Mora	
María Alejandra Montoya Castillo	

## RESUMEN EJECUTIVO

Debido a la crisis sanitaria mundial por COVID-19, el presente proyecto incursiona en el novedoso campo de la atención psicológica a distancia, posicionándose como un trabajo final de graduación, pionero en telepsicología. La inserción profesional fue llevada a cabo en ACOTEAMA, donde el objetivo principal era promover la calidad de vida en el sistema familiar de niños y niñas con trastorno del espectro autista. Para ello, se ejecuta un acompañamiento mediante tres niveles de intervención. Un primer nivel de exploración de dimensiones de calidad de vida desde el modelo de Verdugo y Schalock (2013), un segundo nivel donde se realiza una intervención de orden terapéutico y psicoeducativo, y un tercer nivel, donde las familias a través de talleres psicoeducativos socializaron temas de interés. El proyecto se concretó con seis familias, de las cuales cuatro finalizaron los tres niveles del acompañamiento, orquestando un total de 66 sesiones durante un tiempo efectivo de un año.

Los resultados obtenidos en la primera fase describen las dinámicas que son atravesadas por retos específicos de familias conformadas por miembros con diagnóstico TEA. Todos estos grupos, a su vez tienen en común la vivencia de condiciones culturales y socio históricas particulares, tópicos que fueron tomados como base para dar pie a rutas de intervención clínica en la segunda fase. Las demandas subsecuentes de la primera y segunda fase guardaron estrecha relación con temas asociados a la psicoeducación emocional, estilos de crianza y disciplina, comunicación asertiva y autocuidado. Por lo que se concluye que las dimensiones de calidad de vida mayormente afectadas son el bienestar emocional, autodeterminación, desarrollo personal, relaciones interpersonales y bienestar físico. Además, se destaca el rol preponderante de la familia, pues es a través de esta, que se activan y generan recursos cognitivos, emocionales y sociales en los hijos. Finalmente, la tercera fase, destaca la necesidad de que las familias puedan tener redes de apoyo, más allá de la familia nuclear y extensa.

*Palabras claves:* familia, Trastorno del Espectro Autista, COVID-19, acompañamiento, intervención terapéutica, telepsicología, psicoeducación, calidad de vida, Terapia Asistida con Animales

## DEDICATORIA

Los grandes trabajos, están orquestados por grandes personas.

A propósito de un acompañamiento, me han acompañado, sostenido y posibilitado la oportunidad de crecer profesionalmente, grandes personas, que, con su accionar, me han sostenido, para darle inicio y fin a mi labor académica. Y si bien, reconozco la totalidad de mi esfuerzo, mi habilidad para sostenerme cuando todo se permeó gris, mi capacidad de resiliencia para no desistir y mi valor para aventurarme en un gran proyecto.

También reconozco en el mismo nivel, a quienes fueron pilares de este recorrido, parte de mi experiencia vital. Es por eso que agradezco a mis progenitores, por ser figuras de orientación y amor incondicional, por ser tan dedicados y estar siempre al tanto.

A mi tío Arturo, por interesarse desde siempre en mi formación profesional, y por su constante dedicación en sustentar de forma material, toda mi trayectoria académica. A

ellos, les dedico este gran mérito. Gracias por ser soporte vital.

A mis hermanas y hermanos de corazón, por hacer más amena mi trayectoria, por compartir nuestra experiencia de vida, por ser, por estar.

A mis amores perrunos, a Pelusa, a Mona, a Nick y a Indie, por estar incondicionalmente, por alegrarme cada día con su preciosa existencia, y por enseñarme a amar genuinamente.

—Ale

A Dios, por darme la oportunidad de formarme en esta prestigiosa institución.

A mi madre y padre, quienes me brindaron todo el amor y apoyo para seguir mis sueños y cimentaron las bases de la mujer y profesional que hoy soy.

A mi mejor amigo y compañero de vida, quien ha sido mi pañuelo de lágrimas en mis alegrías y tristezas, además de escucharme y sostenerme con tanta empatía y amor.

A mis seres mágicos, Dante y Totoro, quienes fungieron como mis mascotas terapéuticas.

A mi abuela Lucía, quien desde el más allá, presencia mis triunfos.

—Maureen

## AGRADECIMIENTOS

A Dora Gamboa porque al elaborar sus estrategias de mediación didáctica, acogió la diversidad de alternativas en las intervenciones clínicas, compartiéndonos su saber e incentivándonos a darle sostenibilidad a estas prácticas, cuyo impacto trasciende en la calidad de vida de las personas.

A Jorge Sanabria por habilitarnos la posibilidad de crear con nosotras los primeros esbozos de este proyecto. Quien, sin obligación alguna, dedicó parte de su tiempo para orientar a dos estudiantes, en un periodo en el que necesitábamos orientación, para cimentar las bases de la práctica que, al día de hoy, llevamos a término.

A Yeimy Solís, por acompañarnos, orientarnos y ser sostén, con gran entusiasmo, simpatía, amabilidad y profesionalismo, a lo largo de esta práctica profesionalizante.

A nuestro equipo asesor, por aventurarse en la tarea de acompañarnos e instruirnos en la configuración de nuestra praxis, a veces dócil, a veces cargada de vicisitudes en medio de un contexto de gran incertidumbre, pero siempre con nosotras. Gracias por su apertura, flexibilidad, creatividad, compromiso y amabilidad, que más allá del proceso de enseñanza-aprendizaje, situaron el sentir de las estudiantes.

A Doña Grettel Sánchez y ACOTEAMA, por acoger y potenciar la interacción humano-animal, cuyo aporte se extiende a nivel biopsicosocial. Por su honorable labor social y por esta oportunidad de inserción, que nos hizo crecer a nivel personal y profesional.

A las familias acompañadas, por ser partícipes, por habernos permitido formar parte de su propio proceso de transformación, y concluir con responsabilidad. Por permitirnos acompañarles, en la mejora de la calidad de vida de todo el sistema familiar. Y un especial agradecimiento a las y los más pequeños, por su motivación, por contagiarnos de su alegría, por su gran interés en compartir sus vivencias y por su simpatía.

A la Universidad de Costa Rica por orientar nuestra transformación en profesionales de la Psicología, con una formación de calidad, volviéndonos sujetos críticos, y con fuertes aptitudes para adaptarnos a los diferentes escenarios, al mismo tiempo que nos sensibiliza, y nos construye como sujetos de transformación en la sociedad costarricense a través de nuestro quehacer profesional.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>vi</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 2. MARCO ORGANIZACIONAL .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA).....</b>	<b>8</b>
3.1.1. Conceptualización actual del Trastorno del Espectro Autista y factores asociados.....	8
3.1.2. Neurodiversos: Otras formas de comprender el TEA.....	10
<b>3.2. Calidad de vida y familias de niños y niñas diagnosticados con TEA: una perspectiva de atención terapéutica sistémica .....</b>	<b>12</b>
3.2.1. Calidad de vida e implicaciones en el sistema familiar.....	12
3.2.2. Acompañamiento terapéutico desde una perspectiva sistémica y el uso de técnicas cognitivo-conductuales .....	18
3.2.3. Relevancia de una intervención mediada por una pareja terapéutica. ....	23
<b>3.3. Un acompañamiento terapéutico asistido con mascotas .....</b>	<b>23</b>
3.3.1. Terapia Asistida con Animales.....	24
3.3.2. Definición y clasificación de la Terapia Asistida con Animales (perros)....	25
3.3.3. Aportes de la Terapia Asistida con perros en niños y niñas con TEA y su sistema familiar.....	27
<b>CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN-PROBLEMA Y OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1. Planteamiento de la situación-problema .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2. Objetivos.....</b>	<b>30</b>
4.2.1. Objetivo general .....	30
4.2.2. Objetivos específicos .....	30
4.2.3. Objetivos externos .....	31
<b>CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA .....</b>	<b>32</b>
<b>5.1. Enfoque teórico.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2. Participantes .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3. Adaptaciones metodológicas frente a las directrices institucionales de la</b>	



<b>Asociación Costarricense de Terapia Asistida por Mascotas (ACOTEAMA) y la Universidad de Costa Rica (UCR) en el marco de la declaratoria de Emergencia Nacional por COVID-19.....</b>	<b>33</b>
5.3.1. Eje 1: Adaptación a los procedimientos para selección y reclutamiento de las familias participantes .....	33
5.3.2. Eje 2. Adaptación del diseño de intervención clínica.....	35
<b>5.4. Instrumentos usados en la modalidad virtual.....</b>	<b>37</b>
<b>5.5. Consideraciones éticas y de protección a las personas participantes .....</b>	<b>38</b>
<b>5.6. Fases del acompañamiento terapéutico.....</b>	<b>39</b>
5.6.1. Primer nivel de intervención.....	40
5.6.2. Segundo nivel de intervención .....	43
5.6.3. Tercer nivel de intervención .....	45
<b>5.7. Procedimiento metodológico aplicado .....</b>	<b>48</b>
<b>5.8. Procedimiento para monitorear la práctica profesional.....</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>6.1. Fase I. Análisis de los tópicos extraídos a partir de las dimensiones de calidad de vida familiar .....</b>	<b>54</b>
6.1.1. Complejo familiar.....	54
6.1.2. Subsistema parental .....	66
6.1.3. Subsistema conyugal .....	76
<b>6.2. Fase II. Proceso de acompañamiento terapéutico familiar .....</b>	<b>80</b>
6.2.1. Perfiles familiares y ruta de intervención .....	80
6.2.2. Ruta de intervención en común .....	108
<b>6.3. Fase III. Integración de los espacios psicoeducativos a partir de la socialización de la información.....</b>	<b>112</b>
6.3.1. Resultados de la estrategia metodológica del tercer nivel de intervención (modalidad sincrónica) .....	112
6.3.2. Resultados de la estrategia metodológica del tercer nivel de intervención (modalidad asincrónica) .....	115
<b>6.4. Retroalimentaciones por parte de los sistemas familiares.....</b>	<b>117</b>
<b>CAPÍTULO 7. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL.....</b>	<b>124</b>
<b>7.1. Conocimientos teóricos desde el campo de la Psicología .....</b>	<b>124</b>
<b>7.2. Formulación de proyectos desde la Psicología.....</b>	<b>127</b>
<b>7.3. Aplicación de instrumentos, técnicas y sistematización de datos.....</b>	<b>128</b>
<b>CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>129</b>

<b>CAPÍTULO 9. LIMITACIONES DE LA PRÁCTICA DIRIGIDA.....</b>	<b>137</b>
<b>CAPÍTULO 10. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>140</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>146</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>151</b>
<b>Anexo 1. Publicación para reclutamiento de segundo grupo de familias.....</b>	<b>151</b>
<b>Anexo 2. Fórmula General de Consentimiento Informado para las familias... </b>	<b>152</b>
<b>Anexo 3. Fórmula para participantes menores de edad .....</b>	<b>156</b>
<b>Anexo 4. Derechos de los pacientes.....</b>	<b>158</b>
<b>Anexo 5. Compromiso del Grupo Familiar.....</b>	<b>159</b>
<b>Anexo 6. Información del o la consultante y su familia .....</b>	<b>160</b>
<b>Anexo 7. Información general del grupo familiar .....</b>	<b>161</b>
<b>Anexo 8. Declaración Jurada de Guarda-Crianza .....</b>	<b>162</b>
<b>Anexo 9. Boleta de control de citas .....</b>	<b>163</b>
<b>Anexo 10. Guía de conversatorio para adultos.....</b>	<b>164</b>
<b>Anexo 11. Guía de pictogramas .....</b>	<b>166</b>
<b>Anexo 12. Plantilla para cuaderno de trabajo.....</b>	<b>179</b>
<b>Anexo 13. Portafolio de técnicas e instrumentos .....</b>	<b>180</b>
<b>Anexo 14. Instrumento de evaluación a Psicólogas.....</b>	<b>201</b>
<b>Anexo 15. Consulta General sobre Servicios a Familias de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascota.....</b>	<b>204</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Organigrama de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas.....	6
<b>Figura 2.</b> Diagrama del acompañamiento terapéutico por fases .....	39
<b>Figura 3.</b> Diagrama de ruta de intervención en común.....	111

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Modelo de calidad de vida .....	13
<b>Tabla 2.</b> Cuadro comparativo sobre selección y reclutamiento por grupo de familia..	34
<b>Tabla 3.</b> Cuadro comparativo sobre el nuevo diseño de intervención .....	36
<b>Tabla 4.</b> Estrategia metodológica del primer nivel de intervención.....	41
<b>Tabla 5.</b> Estrategia metodológica del segundo nivel de intervención.....	43
<b>Tabla 6.</b> Estrategia metodológica del tercer nivel de intervención .....	46
<b>Tabla 7.</b> Procedimiento ejecutado por fases.....	49
<b>Tabla 8.</b> Dimensiones de calidad de vida más afectadas en el complejo familiar .....	65
<b>Tabla 9.</b> Dimensiones de calidad de vida más afectadas en el subsistema parental ....	76
<b>Tabla 10.</b> Dimensiones de calidad de vida más afectadas en el subsistema conyugal.	79
<b>Tabla 11.</b> Instrumento de evaluación a psicólogas.....	117

## CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Son dos los principios orientadores que han movilizado la configuración de este proyecto, por un lado, la intervención terapéutica con infantes, resultaba ser una oportunidad para integrar a la familia en un proceso terapéutico, donde más allá del presente, los alcances terapéuticos pueden trascender de forma intergeneracional. Así también, resulta maravilloso el potencial de la interacción humano-animal, como recurso único, valioso y merecedor de ser explorado. Es en la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas (ACOTEAMA), donde las sustentantes encuentran un lugar que anexa sus entusiasmos investigativos, formulando un Trabajo Final de Graduación (TFG).

ACOTEAMA es una asociación que, mediante Intervenciones Asistidas con Animales, busca mejorar la calidad de vida de las personas, por medio de múltiples servicios de naturaleza terapéutica, y sin fines de lucro. Un servicio dedicado a una amplia población, incluyendo personas neuro diversas, con discapacidad física, en riesgo social, adultos mayores o usuarios con enfermedades terminales.

Gracias a la apertura que tuvo la asociación, para habilitar espacios de inserción profesional, se encontró que las familias de las personas usuarias de los servicios tenían gran interés por participar en estos procesos terapéuticos. Así, las practicantes articulan una plataforma de trabajo que considera la importancia de priorizar la incorporación familiar, orientada hacia una aplicación accesible para el personal competente, y al enriquecimiento del quehacer terapéutico en el servicio de Psicología de la asociación, pues, debido a la gran demanda que recibe el centro, no se había generado un espacio de atención al grupo familiar.

Esta inserción profesional, se postula con una cualidad innovadora, que reformula la atención individual, desligada del sistema familiar; retomando, integrando y situando ahora, a la familia con un rol activo. Se propone un espacio de acompañamiento terapéutico, adicional

del que ya se lleva a cabo en ACOTEAMA. Su singularidad radica en que es un recurso metodológico multidimensional, y lejos de extender la atención meramente individual, incorpora ahora, la esfera familiar.

El porqué de una intervención terapéutica mediante un abordaje familiar, responde a la importancia de seguir un modelo multidisciplinar, que involucra no sólo a los diversos especialistas, sino también a la familia. La naturaleza de esta intervención supone un acompañamiento que se fundamenta en un engranaje de elementos que se cimentan en dos vías, una psicoeducativa y otra terapéutica. Orientándose esencialmente, hacia la identificación e intervención mediante el modelo de ocho dimensiones de calidad, propuesto por Verdugo y Schalock (2013), ya que posibilita una exploración más precisa y organizada de las áreas de calidad de vida familiar, mayormente afectadas. Permitiendo así que los grupos se beneficien de un aporte integral, obteniendo un panorama más completo sobre su dinámica familiar y fortaleciendo el nexo entre las mismas familias asistentes, así como con la asociación.

Es a partir del nexo que se establece con la asociación, que se halla información pertinente sobre la población asistente, concluyendo que, una importante cantidad de personas asistentes, eran infantes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). De esta forma se decide llevar a cabo una intervención con las cinco familias de niños y niñas diagnosticados con TEA.

Con esta información, se plantean dos situaciones problema, para posteriormente formular una ruta de intervención que responda a estos. La primera responde a la necesidad de integrar a la familia del usuario con diagnóstico de TEA; en los procesos de atención que se llevan a cabo desde ACOTEAMA, para promover la calidad de vida. La segunda situación

problema, consiste en identificar las dimensiones de la calidad de vida, que pueden aportar de manera eficaz al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de ACOTEAMA; que presentan un diagnóstico de TEA.

La situación sanitaria nacional por COVID-19, imposibilita de manera directa un abordaje presencial, es por esta razón que la propuesta original se debe someter a modificaciones, que serán detalladas en el capítulo de metodología. Consecuentemente, surge una nueva propuesta de naturaleza virtual, que conjugó tres niveles de acompañamiento terapéutico por familia, estableciendo una primera fase de exploración e identificación de las dimensiones de calidad de vida más afectadas en el sistema familiar, así como la construcción de objetivos terapéuticos a partir de los tópicos extraídos. Una segunda fase destinada a la ejecución de una intervención terapéutica, direccionada por objetivos terapéuticos y una tercera fase, que habilitó espacios psicoeducativos y de socialización entre las familias acompañadas.

Desde los aportes teóricos de la psicología clínica se formula un acompañamiento terapéutico desde un modelo sistémico, para abordar las dimensiones de calidad. Este modelo nos permite entender a la familia como un sistema que se retroalimenta, donde cada miembro afecta a los otros y viceversa. A su vez, este abordaje se ve enriquecido con técnicas pre-estructuradas desde los aportes del enfoque sistémico y cognitivo-conductual, maximizando recursos de espacio y tiempo en el acompañamiento terapéutico.

Es relevante anotar que este acompañamiento terapéutico considera la perspectiva de neurodiversidad (Armstrong, 2012; Baron-Cohen, 2017), la cual posiciona al niño más allá de un diagnóstico y sus limitaciones, por ende, el sistema familiar pasa de ser un agente pasivo-estigmatizado a asumir un rol que refuerza las potencialidades de sus miembros. Desde esta

perspectiva entonces, el TEA es concebido como la capacidad de procesar diferente, lo cual no necesariamente implica discapacidad, como así lo posiciona el enfoque normativo.

Esta práctica profesional tuvo lugar desde marzo del 2020 hasta mayo del 2021, siendo un año el tiempo efectivo entre la suspensión del proceso y otros pormenores. Ejecutando un acompañamiento en el que se reclutaron seis familias, siendo cuatro los grupos que completaron las tres fases.

El documento presenta los hallazgos resultantes de la inserción profesional, donde la puesta en práctica de cada fase responde a cada objetivo específico planteado para este proyecto. Además, se presentan las conclusiones que enlazan los diferentes componentes propios de esta elaboración, así como las principales competencias adquiridas para la formación profesional. Finalmente, se presentan las limitaciones y recomendaciones que deben ser tomadas en cuenta para la ejecución de este proyecto.

## **CAPÍTULO 2. MARCO ORGANIZACIONAL**

La Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas (ACOTEAMA), tiene su origen hace alrededor de nueve años, cuando en 2010 la señora Grettel Sánchez Calvo, se pensiona prematuramente por problemas de salud. Es a raíz de su enfermedad, que la Señora Sánchez dilucida el potencial de su mascota (perro), y su camada, para su propio proceso de rehabilitación. Con lo que comienza a interesarse, investigar y formarse sobre las Terapias Asistidas con Animales, en España, Canadá y Estados Unidos (ACOTEAMA, 2018).

Consecuentemente forma un grupo, el cual en un inicio brindaba apoyo emocional a personas en hogares para adultos mayores, pero la demanda aumentó y otros hogares empezaron a contactarla. Su camada se hizo pequeña, por lo que progresivamente reunió más mascotas de sus amistades, que lograran convertirse en perros de terapia, llegando a aumentar la capacidad de trabajo. Finalmente, a partir del 2010, es que el grupo ya consolidado comienza a crecer profesionalmente y la Sra. Sánchez propone el nombre que lleva hasta la actualidad (ACOTEAMA, 2018).

ACOTEAMA, se posiciona como la primera asociación que brinda intervenciones asistidas con animales en Costa Rica y se encuentra ubicada en Guadalupe, San José, Costa Rica (ACOTEAMA, 2018).

La misión de la institución se dirige a contribuir a una mejor calidad de vida de las personas con discapacidad, adultos mayores, personas en riesgo social y con enfermedades terminales por medio de Intervenciones Asistidas con Mascotas (ACOTEAMA, s.f).

La visión de ACOTEAMA se determina como una organización sin fines de lucro, con el mejor programa sostenible de personal y voluntarios capacitados, que brinda intervenciones asistidas con mascotas a aquellas personas que lo requieran (ACOTEAMA, s.f).



La Figura 1 muestra la estructura organizacional de ACOTEAMA, así como los servicios que brinda la asociación. En el servicio de Psicología, la Licda. Yeimy Solís, fungió como encargada de área y asesora técnica en esta práctica profesional.

**Figura 1.**

*Organigrama de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas*



Fuente: Elaboración propia.

Los servicios ofrecidos se suplen con el apoyo de personas voluntarias y profesionales en diversas áreas (psiquiatría, psicología, educación, entre otras). Todas las personas voluntarias se encuentran capacitadas en Terapia Asistida con Animales.

De la misma forma, para la asistencia de las mascotas, se cuenta con servicios de veterinarios voluntarios, quienes realizan chequeos generales y asisten a las mascotas de la asociación cuando así lo requieran.

En el 2019, estos servicios abarcan aproximadamente cuarenta usuarios (as) de diferentes edades y con diferentes condiciones de salud física y mental (ACOTEAMA, 2018).

Además, se atienden usuarios en diferentes instituciones.

En cuanto a infraestructura, ACOTEAMA ha propiciado tener espacios aptos y amplios para ofrecer sus servicios (aulas, oficina, sala de espera, parqueo y zona verde, entre otros). Además, tienen disponible diversidad de materiales (estructuras recreativas como toboganes y escaleras, indumentaria para los animales, diferentes juegos y materiales para fines lúdicos y de terapia.

En la actualidad, ACOTEAMA supe gastos propios de la institución con la cuota simbólica que se cobra en las terapias. Además, la institución cuenta con un sistema de becas, que brinda exoneraciones totales o parciales (becas del 50%), a familias que por su condición socioeconómica se ven limitadas o imposibilitadas para cubrir los costos totales de las terapias.

Hasta la actualidad, la asociación ha logrado suplir el grueso de funciones que se ha designado. Sin embargo, conforme ha aumentado la demanda de su servicio y considerando que es una institución sin fines de lucro, hay vacíos ligados al déficit económico experimentado, debido a que las donaciones no cubren el coste de las actividades, transporte limitado, falta de recursos materiales, carencia de patrocinio, etc. En la etapa exploratoria, queda en evidencia que una de esas demandas insatisfechas, se relaciona con “no tener un lugar donde atender a los padres o familias en crisis y poder darles seguimiento” (ACOTEAMA, 2018, p. 22). Es en buena medida por este factor, que la participación parental se ha convertido en un depósito unilateral, es decir, que la mayoría de los padres se han limitado a llevar a las personas usuarias a la institución, sin implicarse de manera activa en el proceso de sus hijos (as). Pero a su vez, no se había podido motivar a los padres a ser partícipes del proceso, a falta de recursos físicos y especialmente humanos. De forma que, sobre estas necesidades, dio respuesta la práctica profesional desde el campo de la Psicología.

## **CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)**

La conceptualización del Trastorno Espectro Autista (TEA) ha sido leída desde una visión normativa, bajo los binomios típico-atípico y salud-enfermedad. La etiqueta del diagnóstico señala limitaciones de competencias esperadas en el desarrollo humano biopsicosocial. Todo aquello que no sea típico, es “anormal”, por ende, el estigma genera tanto en la persona diagnosticada como en su familia una alienante carga emocional y social.

Los movimientos de neurodiversidad, son la oportunidad para leer y entender esta condición desde otra perspectiva, generando así la posibilidad de despatologizar y potenciar competencias del niño (a) y su familia, aportando a la calidad de vida.

#### **3.1.1. Conceptualización actual del Trastorno del Espectro Autista y factores asociados**

El autismo ha sido entendido como “un espectro de trastornos caracterizado por déficits del desarrollo, de mayor a menor gravedad, que afectan en diferentes grados toda una serie de áreas (afectividad, comunicación, imaginación)” (Sánchez, 2017, p. 18). Por lo tanto, el concepto de TEA deja de ser una categoría para adquirir una noción de continuo, en la que coexisten alteraciones neuropsicológicas de las funciones superiores (funciones ejecutivas y de planificación, memoria de trabajo, generación de soluciones y alternativas, comprensión del tiempo y espacio, etc.) (Sánchez, 2017). Los aportes de la tríada de Wing como se citó en Sánchez (2017), explican los principales tres grupos en donde se presentan alteraciones: a) alteración cualitativa en la esfera social, b) alteración cualitativa de la comunicación verbal y no verbal, c) alteración en flexibilidad mental e imaginación.

Cada persona diagnosticada con TEA presenta rasgos diferentes, por ende, los

progresos que se obtengan varían mucho porque depende de la condición de la persona y variables circunstanciales, “cada persona con autismo es única, no hay dos casos iguales y cada uno tiene sus propias características, con síntomas que varían en cualidad y cantidad” (Sánchez, 2017, p.21).

Según APA (2013), el TEA se clasifica en niveles por su severidad:

a) Grado 1: Necesita ayuda

Las deficiencias en la comunicación social causan grandes dificultades. Resulta difícil el inicio de la interacción y la respuesta ante dicho inicio por parte de los demás no es la esperada. Inflexibilidad ante los cambios de tareas que le influyen negativamente en determinados contextos.

b) Grado 2: Necesita ayuda notable.

Problemas sociales notables a nivel verbal y no verbal incluso con ayuda *in situ*. Emiten frases sencillas dirigidas a intereses concretos. Interferencia en varios contextos debido a comportamientos restringidos y repetitivos. Cambiar el foco de acción puede causar dificultad o ansiedad.

c) Grado 3: Necesita ayuda muy notable.

Alteraciones muy graves del funcionamiento debido a una interacción social pobre. Solo responde, y de manera muy limitada ante interacciones muy directas. El comportamiento restringido y repetitivo ante la inflexibilidad de los cambios, causa graves trastornos en el funcionamiento de todos los contextos. Se incrementa notablemente la ansiedad ante los cambios de actividad. (p. 52)

Según el Ministerio de Salud (2012), en Costa Rica, el TEA tiene una heredabilidad del 0.90% y una prevalencia de 20-50 por cada 100,000 habitantes. Según Lizano (como se citó

en Carmona, 2017), funcionaria del Hospital Psiquiátrico, este es un trastorno que está en crecimiento y se habla de que la prevalencia de este trastorno puede afectar al 1% de la población. Así lo confirman datos de APA (2013), donde indica que el TEA en EE. UU. y demás países, se han acercado al 1% de la población, con estimaciones similares en muestras de niños y adultos. El TEA, según APA (2013), es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres, donde las últimas tienden a mostrar una mayor discapacidad intelectual.

En cuanto a factores asociados al TEA, según APA (2013), los factores ambientales asociados son la edad avanzada de los padres, el bajo peso al nacer o la exposición fetal al valproato. En cuanto a factores genéticos, “las estimaciones de heredabilidad para el trastorno del espectro autista han oscilado entre 37% y más del 90%, según las tasas de concordancia de gemelos” (p. 57).

La edad en que se diagnostica TEA está influida por factores culturales y socioeconómicos, la cual a su vez determina el pronóstico del diagnóstico (APA, 2013).

Ahora bien, se ha descrito una breve caracterización del TEA, desde la visión que comúnmente se le ha conceptualizado. Se sabe que en salud mental se han creado manuales que categorizan las patologías desde una lógica de coherencia, organización y creación de estructuras universales, que definen los trastornos por criterios; no obstante, en el siguiente apartado se destaca otra posibilidad de leer el TEA, más allá del diagnóstico.

### **3.1.2. Neurodiversos: Otras formas de comprender el TEA**

El concepto de neurodiversidad, inició hace solo 10 años. Se origina con un movimiento de población diagnosticada con TEA, que querían ser considerados diferentes, pero no discapacitados. En 1998, Harvey Blume escribió por primera vez “neurodiversidad”, publicado en *Atlantic*. Se dice que el término fue acuñado por primera vez por Judy Singer,

una científica social australiana que tenía autismo (Armstrong, 2012; Baron-Cohen, 2017).

La forma patologizante en la que son percibidos los trastornos mentales, surge a partir del concepto de normalidad en función de criterios estadísticos, es decir, se espera que los individuos se ajusten a las características de grupos específicos (e.g., distribución normal del desarrollo cognitivo según edades y contextos), que han sido estudiados y previamente establecidos; por lo que aquellos que se alejan del promedio son considerados anormales. Según Armstrong (2012), la neurodiversidad busca alejarse de esta visión y privilegiar las diferencias, conceptualización compatible con los derechos humanos civiles y dignidad.

Para Baron-Cohen (2017), los conceptos desorden, enfermedad, discapacidad y diferencia, deben usarse correctamente. En el desorden hay un señalamiento de que no hay nada positivo en la condición, e incluso con modificaciones ambientales, la persona todavía no puede funcionar. La palabra diferencia, “se debe usar cuando la persona es simplemente atípica, por razones biológicas, en relación con una norma de población. La diferencia no afecta necesariamente el funcionamiento o el bienestar” (p. 746).

La neurodiversidad parte de que, si se acepta la biodiversidad entre culturas y razas, también existen diferencias entre cerebros (Armstrong, 2012; Baron-Cohen, 2017), “en lugar de celebrar la natural diversidad inherente a los cerebros humanos, con demasiada frecuencia medicalizamos y consideramos patológicas esas diferencias con afirmaciones” (Armstrong, 2012, p. 16).

Según Lai, Lombardo, y Baron-Cohen (como se citó en Baron-Cohen, 2017), la evidencia científica demuestra que, en cuanto a la cognición y la biología del autismo, existen diferencias, pero no disfunción, por ejemplo:

- A nivel genético: Las variantes polimórficas de un solo nucleótido (SNP, por sus siglas en inglés) (Huguet, Benabou y Bourgeron, como se citó en Baron-Cohen, 2017),

surgen en más de una forma en la población y estas formas diferentes no son signos de desorden o disfunción, solo reflejan diferencia o variación natural. Las mutaciones genéticas raras tienden a causar mucho más que solo autismo, la mayoría de las personas con autismo no tienen tales mutaciones.

- A nivel estructural: Hay diferencias en la amígdala (más grande) y la sección posterior del cuerpo calloso (más pequeña) pero esto no suma evidencia al desorden (Baron-Cohen, 2017).
- A nivel de funcionamiento cerebral: Tang (como se citó en Baron-Cohen, 2017), encuentra una reducción de apoptosis. También se encuentra una diferencia en la conectividad neuronal, la cual no significa desorden.
- Rendimiento de pruebas específicas: Presentan un mejor rendimiento en pruebas de Coeficiente Intelectual, específicamente en la subprueba de Diseño de Bloques. Este desempeño cognitivo es incompatible con la noción de autismo como desorden (Baron-Cohen, 2017).

Si el trastorno implica privaciones, dolor y sufrimiento, debería existir una apertura en enfatizar las dimensiones positivas, capacidad, talentos y aptitudes más que el estigma (Armstrong, 2012).

### **3.2. Calidad de vida y familias de niños y niñas diagnosticados con TEA: una perspectiva de atención terapéutica sistémica**

#### **3.2.1. Calidad de vida e implicaciones en el sistema familiar**

Son diversas las áreas o esferas de la cotidianidad que se ven de alguna forma atravesadas por el TEA, y de la misma forma, si la calidad de vida de un miembro está comprometida, se extrapolan sus efectos al sistema familiar próximo.

El concepto de calidad de vida, según Schalock y Verdugo (como se citó en Verdugo y Schalock, 2013), es definido como:

Un estado deseado de bienestar personal, compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica. (p. 446)

En la actualidad, gracias a múltiples investigaciones, el enfoque multidimensional ha sido el más aceptado y consensuado en lo referente a la discapacidad, estableciendo ocho dimensiones de valoración descritas en la Tabla 1. Incluye: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Es este modelo de calidad de vida propuesto por Verdugo y Schalock (2013), una herramienta de exploración y abordaje en la dinámica de intervención con estas familias. A partir de estas dimensiones establecidas se propone una estructura metodológica para un abordaje preciso y breve sobre áreas específicas del sistema familiar.

**Tabla 1**  
*Modelo de Calidad de Vida*

Dimensión de calidad de vida	Definición
Bienestar emocional	Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.
Relaciones interpersonales	Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.



Dimensión de calidad de vida	Definición
Bienestar material	Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (Pensión, Ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).
Desarrollo personal	Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/capacidades, Acceso a nuevas Tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).
Bienestar físico	Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.
Autodeterminación	Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y Preferencias Personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.
Inclusión social	Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.
Derechos	Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

Fuente: Verdugo y Schalock (2013)

La revisión bibliográfica ha señalado dos grandes ejes que caracterizan a estas familias: 1) el infante diagnosticado con TEA como foco de atención y 2) el estrés familiar como factor asociado al desequilibrio familiar.

En el primer eje, se encuentra que a los hermanos de niños (as) diagnosticados con TEA, generalmente se les dedica menor cantidad de tiempo, dado que la atención está focalizada en el niño (a) con TEA. En algunos escenarios, el hermano puede sentirse sobrecargado porque se le asignan funciones de cuidador. Los padres pueden dar un lugar a los otros miembros de la familia, incluso explicándoles a una muy corta edad cuál es la condición de su hermano y no descuidando el tiempo que se debería dedicar a todos. (Rivière, 1997; Wing, 1998).

Hay que recalcar que, al estar puesta toda la atención en el infante con TEA, los padres se olvidan de sí mismos, “necesitan algo de descanso y relajación lejos de la familia, para conservar su sentido de la proporción. Si los horizontes se limitan exclusivamente a la vida diaria del niño discapacitado, nadie obtiene ningún beneficio y menos el niño afectado” (Wing, 1998, p. 219). De esta forma, no es de extrañar que si el niño (a) se encuentra en medio de una relación de padres que también son pareja, se puedan visibilizar dos escenarios: 1) los padres dedican todo el tiempo, exclusivamente a cumplir su rol de cuidadores, proveedores de seguridad y sustento económico pero dejan de lado el rol de ser pareja, o sea, el subsistema conyugal se descuida dentro del sistema familiar o prima la atención sobre el subsistema parental y 2) la posición que ocupa el miembro con una condición diferente, funciona como un elemento que completa la tríada, es decir, la relación de pareja se sustenta sólo porque como padres siguen compartiendo al hijo, fuente de preocupación. Siendo innecesaria la interacción entre ellos sin el hijo.

Si el niño (a) diagnosticado con TEA, se convierte en el foco de atención, inminentemente lo coloca en una posición que patologiza su condición porque todos los recursos que dirige la familia son únicos y exclusivamente para este miembro con una condición en particular, “se sigue percibiendo a la persona por sus carencias, por su curación y por sus dificultades” (Tamarit, 2005, p. 182). Más allá de dichas limitaciones y considerando que el TEA no es una enfermedad, debería verse al niño (a) antes que su diagnóstico, un niño (a) con voz propia, deseos, sentimientos, sueños, potencialidades. Según Tamarit (2005), en casi todos los documentos que investigan este trastorno, se señalan las deficiencias más que la necesidad de desarrollar servicios para brindar apoyo a ciertas limitaciones, por ejemplo, Cabezas (2001), señala tajantemente que muchas veces las conductas que presenta un niño con TEA, resultan ser un factor disruptivo que causa la desintegración de las familias. Posición que dista de la perspectiva de la familia como sistema.

Aquí entraría en juego las percepciones, concepciones, mitos y estereotipos sobre la condición del niño (a), ya que de ahí se configuran las dinámicas familiares que buscan el equilibrio familiar o por el contrario, quedan supeditadas a la etiqueta llamada TEA.

El estrés familiar es una característica fundamental de estas familias, el cual ha sido encontrado a lo largo de varias investigaciones (Freixa, 1993; Rivière, 1997; Cabezas, 2001; Pozo, Sarriá y Méndez, 2006; Baña, 2015). Se deben señalar dos escenarios que enfrentan los padres ante el desarrollo atípico de su hijo (Wing, 1998). En el primer escenario, todos los padres parten de que sus niños crecerán con normalidad hasta alcanzar la independencia. Muchas veces surge un sentimiento de culpabilidad por tener una creencia de haber desempeñado mal su papel como padres. En el proceso de aceptación del diagnóstico, los padres pasan por sentimientos de esperanza y desesperanza. En un segundo escenario, lograr

metas en el desarrollo del niño, toma más tiempo y esfuerzo de parte de los padres, de modo que cuando se alcanzan producen mucha satisfacción en sus cuidadores.

La dinámica familiar estaría caracterizada desde edades tempranas del niño (a) por “sentimientos confusos de culpa, ansiedad, pérdida de autoestima y estrés” (Rivière, 1997, p. 38), que desencadenan crisis. Y no se concibe como un fenómeno patológico, al contrario, existe un ciclo familiar que para evolucionar necesita desequilibrarse mediante el mecanismo de la crisis para volver a estabilizarse y pasar a una siguiente fase. Entonces, el ciclo familiar es definido como:

(...) progresión de estadios del desarrollo más o menos estables, separados por etapas de transición, períodos relativamente breves de desorganización, marcados por ceremonias, rituales y acontecimientos que señalan la entrada a un nuevo estadio del desarrollo (...) la consecuencia es el estrés y las familias que no se adaptan a las transiciones tienen el riesgo de ser familias disfuncionales. (Freixa, 1993, p. 23)

La meta no es explicar las fases por las que pasan estas familias, sino que sería de gran utilidad basarse en el concepto de ciclo de vida familiar (Baña, 2015). Ante el diagnóstico, es incauto afirmar que todas las familias hacen frente de la misma forma. Según Baña (2015), algunos ejes de intervención que orientan el acompañamiento terapéutico en busca de la disminución del estrés familiar y mayor calidad de vida, se relacionan con, 1) aumentar la sensibilidad de las familias de cara a las posibilidades y competencias de sus hijos/as, 2) estimular la participación del hijo con TEA en rutinas diarias de la familia, 3) promover en la familia el desarrollo de actitudes y valores sensibles a la diferencia, 4) no anteponer el saber experto del profesional al saber educativo de las propias familias, y 5) incidir en factores

protectores de los impactos negativos de la crianza de estos niños: mejores relaciones familiares, crear estilos de afrontamiento al estrés adecuados, ampliar redes de apoyo a los padres (p. 325)

Al tener las familias que desempeñar mayor cantidad de tareas y responsabilidades, necesitan mayor apoyo personal y social (Baña, 2015). Lo anterior refleja las implicaciones en la calidad de vida del sistema familiar, y la importancia de un acompañamiento terapéutico, este a su vez, debe retomar indispensablemente, los recursos con los cuales ya cuenta la familia, hacer énfasis y validar las estrategias que el mismo sistema ha creado.

### **3.2.2. Acompañamiento terapéutico desde una perspectiva sistémica y el uso de técnicas cognitivo-conductuales**

Cuando se hace referencia a un acompañamiento, coloquialmente supone estar con otra (s) persona (s), asistir, apoyar. Esta práctica propone un espacio de acompañamiento terapéutico, adicional del que ya se lleva a cabo en ACOTEAMA. Su singularidad radica en que es un recurso metodológico multidimensional, y lejos de extender la atención meramente individual, incorpora ahora, la esfera familiar.

El porqué de una intervención terapéutica mediante un abordaje familiar, responde al hecho de que todas las familias, independientemente de la condición de alguno de sus miembros, atraviesan diversas situaciones complejas. En este sentido, según Wing (1998), hay vicisitudes que son específicas de cualquier padre o madre con un niño o niña que tenga discapacidad, y hay retos que son propios de las familias con un miembro cuyo diagnóstico es TEA.

Ante este panorama, son principalmente tres los métodos de intervención que se han utilizado: de orientación psicodinámica, biomédica o psicoeducativa. Son estos últimos, los

modelos de intervención psicoeducativa, que, con gran presencia de elementos conductuales, han demostrado tener mayor eficacia en la terapia psicológica sobre esta población, constituyendo en la actualidad, uno de los abordajes más indicados (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Téllez de Meneses, 2010).

Estos y estas autoras sugieren que la intervención en población TEA, debe seguir un modelo multidisciplinar, que involucra no sólo a los diversos especialistas, sino también a la familia, al entorno educativo y a la comunidad. Siguiendo la línea de ambos argumentos, las intervenciones combinadas, realizadas en ambientes estructurados, de forma interdisciplinar, y familiar, pueden influenciar de manera positiva en los infantes con TEA.

(...) es importante incidir en la importancia de involucrar a la familia en el tratamiento.

El niño vive integrado en su ambiente familiar, por lo que una adecuada información y educación redundará en un mayor aprendizaje con un menor grado de estrés e insatisfacción. La familia no sólo necesita un diagnóstico adecuado, precisa también información, educación para saber cómo tratar a su hijo, apoyo por parte de las instituciones y solidaridad y comprensión por parte de la sociedad. (Mulas et al., 2010, p.83)

De acuerdo con la teoría expuesta, la naturaleza de la intervención que supone este acompañamiento se fundamenta en un engranaje de elementos que se cimentan en dos vías, una psicoeducativa y otra terapéutica. A nivel psicoeducativo, implica un abordaje que orienta y promueve la adquisición de habilidades desde una esfera biopsicosocial. Admite la posibilidad de realizar un proceso, de orden individual, familiar, e incluso grupal. Cabe decir, que el aprendizaje, además, viene a ser bidireccional, es decir, los sistemas (pareja terapéutica y

familia) se retroalimentan. Por otro lado, según Montaña, Froján, Ruiz y Virués, (2011), la vía terapéutica consiste en una intervención llevada a cabo por una persona profesional en psicología, cuyo principal objetivo es el abordaje de situaciones específicas, analizando su origen, así como sus manifestaciones, para construir una ruta de intervención, mediante la utilización estrategias y herramientas que le permitan tomar conciencia de aquello que hace, siente y piensa, es decir, influye en que la persona reconozca y entienda su situación. Cuya duración suele ser indefinida.

Resulta claro que ambas vías se encaminan hacia la mejora de la calidad de vida. No obstante, dada la naturaleza de este proyecto, no se podría delimitar a uno sólo de estos métodos, pues cada uno está conformado por claves específicas, a las cuales, el acompañamiento terapéutico no podría ajustarse en su totalidad. En consecuencia, se toman componentes específicos de cada método, conjugando así una integración de ambos.

Siguiendo esta lógica, cada sujeto inserto en este proyecto, desempeña papeles específicos:

- **Rol del equipo terapéutico:** Se dirige hacia la movilización, activación e integración de la esfera familiar, mediante la orientación de un proceso con objetivos terapéuticos establecidos, de acuerdo con las características específicas de cada familia. Haciendo uso de una variedad de herramientas psicológicas básicas, incluyendo la escucha activa y empática, reflejos de sentimiento, contenido y elucidaciones, observación, autoinformes, diálogo socrático, entre otras.
- **Rol de la familia:** La familia debe en primera instancia, incorporarse de manera activa en el proceso terapéutico, movilizando sus recursos hacia la promoción del bienestar de cada uno de sus miembros por medio de un proceso psicoeducativo.

Teniendo en cuenta el engranaje anterior, se conjetura que el modelo sistémico, brinda aportes teóricos precisos desde el cual se entiende a la familia como un sistema que se retroalimenta, es decir, sigue una lógica con una causalidad tipo circular, donde cada miembro afecta a los otros y viceversa. Así como un sistema familiar holístico, ya que *todo es más que la suma de sus partes* (Ortiz, 2008). Ahora bien, aunque se postula al enfoque sistémico como el modelo principal desde el que se lee a las familias con sus dinámicas relacionales, sus alianzas y paciente identificado (PI), es importante enriquecer la intervención con técnicas pre-estructuradas desde los aportes del enfoque sistémico y cognitivo-conductual, con el fin de establecer objetivos e intervenciones específicas, extrapoladas a las actividades diarias de estas familias (Baron-Cohen, como se citó en Mancebo, 2017), de forma que se maximizan los recursos de espacio y tiempo en el acompañamiento terapéutico.

Estas últimas se aplican esencialmente en la segunda fase de intervención, ya que se busca optimizar recursos y potenciar habilidades del sistema familiar, favoreciendo “la adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida” (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2014, p. 24). Las técnicas que se emplearán a lo largo del proceso pueden ser las siguientes: Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas (programas de reforzamiento, reforzamiento positivo y reforzamiento negativo), técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas (modelamiento, encadenamiento, instigación/atenuación), técnicas operantes para la reducción o eliminación de las conductas (castigo, extinción, sobrecorrección), programa de economía de fichas, técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas.

En lo referente a la incorporación de la familia, el modelo sistémico reconoce que esta es el referente primario fundamental, encargado de educar y socializar, brindar apoyo y



oportunidades más allá de las dificultades que tenga el niño (a), con dicho diagnóstico. En otras palabras, las familias tienen un papel educativo-estimulador (Baña, 2015).

Era un grave error separar a las familias de la intervención que se hiciese a nivel profesional, otorgándoles un rol pasivo. Hoy se sabe que la familia repercute en el individuo como el individuo en la familia. Desde esta perspectiva sistémica, los subsistemas no pueden ser separados, están interrelacionados. Al concebir a la familia como un sistema, se reconoce que un elemento esencial es la unión o cohesión dentro de la misma, ya que con este factor se aumentan las posibilidades de éxito en cuanto a la tarea de criar un hijo con TEA (Wing, 1998; Millá y Mulas, 2009). Evidenciar la importancia que tienen las familias en el desarrollo infantil, puede producir mayor sensación de control, es decir, aumentan las posibilidades de poder brindar ayuda a sus hijos e hijas.

Para Wing (1998), las intervenciones deben facilitar el progreso del niño, minimizando la discapacidad y maximizando habilidades potenciales. Las familias son un referente inmediato y el aporte que pueden hacer mediante la guía del profesional (brindar información, herramientas y estrategias para metas concretas), es realmente significativo. Millá y Mulas (2009) y Fortea, Escandell, Castro y Martos (2015), coinciden en hacer partícipe a los padres a la hora de establecer objetivos, metas y prioridades. Es necesario que la familia sea una aliada, y a su vez, objeto de intervención.

Por otro lado, es relevante decir que si bien los alcances son menores en la medida en que la atención es tardía, lo anterior no afirma que no se deba intervenir, al contrario, es un determinante fundamental del desarrollo humano que tendrá el niño (a) diagnosticado con TEA, en la adultez.

(...) se defiende la idea de que cuanto menor es la edad del niño, más eficaz es la

intervención en su familia porque es en las primeras edades cuando se produce un avance importante en el proceso de socialización e individualización y se producen las bases básicas para ello. (Baña, 2015, p. 325)

Finalmente, y sin invisibilizar el mérito de otros paradigmas en la atención de casos con TEA, se da crédito al preponderante rol que ejerce un abordaje sistémico hacia familias con estas características y se propone esta línea como un abordaje familiar viable, que presenta ventajas a largo plazo en los resultados, como se pudo apreciar en párrafos anteriores.

### **3.2.3. Relevancia de una intervención mediada por una pareja terapéutica.**

En el trabajo con familias, la participación de una pareja terapéutica no sólo es un recurso que aporta en beneficio de la terapia, puede ser determinante en un proceso psicológico. Aunque la persona terapeuta tiene su propio bagaje de herramientas, en el trabajo familiar, sus recursos pueden quedar vulnerables o expuestos.

La intervención está compuesta por un sistema terapéutico, caracterizado por ser estructurado frente a un sistema familiar que se percibe como desintegrado, poco o nada cohesivo y caótico. Uno de estos riesgos es el de ser absorbido, al punto de perder la capacidad de maniobra terapéutica, por ello se recurre a un coterapeuta. La persona terapeuta se refugia en la relación con el otro terapeuta, juntos tienen una visión estereoscópica, es decir, dos imágenes integradas (Minuchin y Fishman, 2004). Así también, la respuesta a demandas terapéuticas implica confrontación entre ambos sistemas, por lo que la carga de la demanda terapéutica se intensifica si es enfrentada por una persona (Ríos, 2014).

### **3.3. Un acompañamiento terapéutico asistido con mascotas**

Todo lo anterior, viene a representar la principal esfera de este trabajo, que le confiere a la integración del sistema familiar. Ahora bien, la segunda esfera, implica un tipo de

intervención que incorpora la interacción humano-animal. Se sabe que esta relación ha variado a lo largo de la historia, pasando a ocupar en la actualidad múltiples escenarios en la vida de los humanos, siendo uno de los más importantes el de la interacción afectiva. Las mascotas especialmente han asumido un determinante rol en este sentido (Gutiérrez, Granados y Piar, 2007). A la luz de esta investigación, se evidencia un amplio panorama, que conduce a afirmar que aquellas personas que interactúan con animales y que se involucran con estos, tienden a beneficiarse a nivel fisiológico, psicológico y social, como se verá más adelante.

Para poder entender su trasfondo e impacto en nuestra población meta, se trae a contexto algunas cuestiones básicas sobre esta modalidad de intervención.

### **3.3.1. Terapia Asistida con Animales**

Los tratamientos terapéuticos que involucran animales no son recientes, a lo largo de la historia, los animales han formado parte de estrategias terapéuticas destinadas a ayudar a personas. Estos intentos se fueron extendiendo en cuanto a aplicación, contenido y geografías. Surgen entonces algunos teóricos que fueron fundando las bases de este sistema terapéutico. John Locke por ejemplo, ya defendía que la relación con los animales tenía una función socializadora (Martínez, Matilla, y Todó, 2010).

No fue hasta 1953 que el psiquiatra Boris M. Levinson, descubrió de manera inesperada el potencial como coterapeuta de su perro. Levinson recibió una visita no programada en la consulta de su casa, Jingles su perro estaba presente, lo que permitió a Levinson observar cómo el paciente, quien era un niño con graves problemas de retraimiento, reaccionaba positivamente ante la presencia del perro, mostrándole así a su dueño la gran capacidad que tenía como coterapeuta. Desde entonces empezó a intervenir terapéuticamente

con animales. El psiquiatra decidió incorporar a las sesiones de terapia esta interacción entre el perro y el paciente, comprobando una gran mejoría en el estado mental del niño ya que le ayudaba a tranquilizarse, comunicarse y expresar sus emociones. Esto le impulsó a llevar a cabo una amplia investigación que le lleva a sentar las primeras bases de lo que hoy se conoce como terapia asistida con perros (TAP) (Martínez, Matilla, y Todó, 2010).

Es a partir de la publicación de Levinson, que se desarrollan diferentes entidades dedicadas al estudio y promoción de la relación terapéutica entre seres humanos y otros animales, ahora de una forma más atinada y focalizada (Martínez, Matilla, y Todó, 2010).

### **3.3.2. Definición y clasificación de la Terapia Asistida con Animales (perros)**

Son diversas las aproximaciones y clasificaciones en torno a su campo, así como las y los autores que han realizado aportes en el área. Martos, Ordoñez, De la Fuente y García (2015) afirman una cuestión de gran valor, y es que ha sido imprescindible definir y clasificar los diversos tipos de intervención que van a ser desarrollados, fundamentalmente porque estos van en función de los objetivos terapéuticos, educativos o de intervención social que persigan. Sin perder la línea, como la práctica se enmarca en la clínica psicológica, interesa rescatar las aproximaciones de intervenciones terapéuticas con animales, relacionadas.

De acuerdo con los objetivos propuestos, a continuación, se exponen dos de las diversas clasificaciones en terapias o actividades con animales que se desarrollan en la actualidad y que se ajustan con nuestro trabajo a realizar. Martínez et al. (2010), ofrecen una clasificación que aporta de forma muy precisa dos modalidades.

La primera corresponde a la Terapia Asistida con Animales (TAA), que viene a relacionarse con la segunda etapa de trabajo, cuyo objeto es un acompañamiento terapéutico integral entre niño o niña con TEA-familia-perro.

(...) intervención con animales con una meta terapéutica específica y con un animal seleccionado para llevar a cabo el programa. El objetivo es la mejora del paciente o destinatario en los campos para los que el programa se ha diseñado, ya sean físicos, sociales, emocionales o cognitivos. Todo el proceso debe estar evaluado y documentado. En ambos casos los animales deberán haber superado las pruebas relacionadas con su estado sanitario y comportamental. (Martínez, 2010, p.11)

Tal como describe en el párrafo anterior, la intervención de la mascota configura una meta terapéutica en el trabajo con el sistema familiar correspondiente al segundo nivel de intervención, donde se realizan dinámicas que incorporan a la mascota, de forma que su participación responda a los objetivos terapéuticos establecidos. Según Caballero, Guerrero y Brenes, (2015), el perro es un aliado que facilita la integración familiar, por ser un estímulo llamativo y motivador, propiciando una interacción única tanto en la familia como en las personas usuarias, ya que aumentará la interacción social y emocional, comportamientos verbales y no verbales.

La segunda, Actividades Asistidas con Animales (AAA), corresponde a al tercer nivel de intervención, donde se efectuó una integración grupal entre familias participantes:

(...) son aquellas cuyo objetivo fuese realizar actividades de beneficio motivacional, educacional o recreativo con el objeto de mejorar la calidad de vida de los destinatarios. Nadie evalúa ni mide el progreso del paciente y se pueden llevar a cabo por cualquier voluntario que se preste a llevar un animal. (Martínez, 2010, p.11-12)

De forma que, en este tercer nivel de intervención, en el que se propuso un espacio de elaboración colectiva, la mascota cumple un rol flexible a diferencia de la TAA, pues ofrece beneficios a nivel grupal, como generar cohesión, motiva la participación y propicia un ambiente ameno (entre otros).

Hay que hacer hincapié, en que si bien, este proyecto se enmarca en un centro donde las intervenciones con animales son transversales a su eje de trabajo, no constituye el pilar central de este proyecto. El trabajo con el animal se propone precisamente como recurso que acompaña al proceso, lo complementa, le aporta significativamente, sin embargo, la meta preponderante es la integración familiar.

### **3.3.3. Aportes de la Terapia Asistida con perros en niños y niñas con TEA y su sistema familiar**

Son múltiples los elementos enriquecedores que el recurso canino produce en terapia al individuo y su consecuente impacto al sistema grupal. A partir de lo encontrado, se puede extraer diferentes posturas. Del Ser Martín (2016) y Cabra (2012), afirman que, a nivel físico, cuando se acaricia a un animal, se libera una importante cantidad de hormonas en pro de la reducción del estrés. Así también, los perros de terapia propician una mejora en el desarrollo de las habilidades motrices. La estimulación táctil con animales potencia el desarrollo de la motricidad gruesa y fina, cuando juegan, los peinan, acarician y alimentan. A nivel psicológico, propicia un mayor control del estrés, reduce la ansiedad, aumenta su confianza, también dota de un bienestar general al grupo, pues ofrece cariño, juego y compañía. Desde lo social, influye de manera notable en las relaciones interpersonales, aumentando su número y calidad. Cuando se trabaja con un animal de servicio, se favorece la eliminación de barreras

sociales, facilita las conversaciones, promueve la empatía y socialización entre los miembros de un grupo.

Del Ser Martín (2016), destaca algunas directrices que establece la Fundación Bocalán, que considera que la parte esencial de esta terapia es la participación activa de la persona con TEA que puede resultar complejo desde otras terapias. En este sentido, la estimulación sensorial que produce el animal genera emociones positivas en la persona diagnosticada y aumenta su motivación, consiguiendo así que los objetivos diseñados, se alcancen con mayor efectividad y eficiencia. Facilita la adquisición de nuevas conductas, sea por refuerzo, guía o modelamiento.

Oropesa et al. (2009) señalan que esta técnica, adecuadamente dirigida, aporta al tratamiento, motivación, implicación e iniciativa, así como atención, concentración y estimulación.

Finalmente, Martínez, Matilla, y Todó (2010) exponen también algunos beneficios:

- Comunicación concreta, simple y monocanal: El tipo de comunicación emitida por el perro (simple y principalmente visual) resulta ser más fácilmente reconocible por el niño o niña con autismo.
- Objeto transicional: Los niños utilizan objetos transicionales que les ofrecen seguridad en las primeras etapas de vida, en casos con autismo, este periodo tiende a extenderse. El perro puede convertirse en un objeto transicional vivo, que le permita estar más seguro en situaciones de ansiedad y desorganización.
- Integración sensorial: El proceso de integración sensorial que proporcionan terapeutas expertos en esta área a través del perro permite que el niño progresivamente se vaya organizando y aparezcan respuestas adaptativas.
- Atención y concentración: Un estímulo tan llamativo como un animal, puede

desarrollar aspectos como la atención, la concentración, el contacto visual y la transición entre actividades.

En el acompañamiento terapéutico se aprovecha dichos beneficios para alcanzar metas terapéuticas en el trabajo con familias.



## **CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN-PROBLEMA Y OBJETIVOS**

### **4.1. Planteamiento de la situación-problema**

A partir del acercamiento que se tuvo con ACOTEAMA, se reconoce que una demanda es activar el rol de las familias en los procesos terapéuticos de las personas usuarias, por lo que dos situaciones problema fueron: 1) Integrar a la familia del usuario con diagnóstico de TEA; en los procesos de atención que se llevan a cabo desde la ACOTEAMA, para promover la calidad de vida e 2) Identificar las dimensiones de la calidad de vida, para el mejoramiento de la misma, en las familias de los usuarios de ACOTEAMA; que presentan un diagnóstico de TEA.

### **4.2. Objetivos**

#### **4.2.1. Objetivo general**

Promover la calidad de vida en el sistema familiar de niños y niñas con trastorno del espectro autista en la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas mediante un acompañamiento terapéutico.

#### **4.2.2. Objetivos específicos**

1. Analizar las dimensiones de calidad de vida de las familias con niños y niñas con trastorno del espectro autista.
2. Generar un espacio de acompañamiento terapéutico que integre usuario (a), familia y mascota, para abordar contenidos identificados por las familias, mediante técnicas pre-estructuradas.
3. Incentivar la socialización de grupos familiares mediante la construcción de espacios educativos, donde se integren y retroalimenten vivencias y experiencias adquiridas, con la finalidad de facilitar una estructura de red de apoyo.

#### **4.2.3. Objetivos externos**

4. Ampliar el bagaje de conocimientos teóricos en torno a la aplicación de un abordaje terapéutico con enfoque sistémico y su aplicación en familias con niños y niñas con trastorno del espectro autista.
5. Obtener conocimiento y experiencia profesional de Intervenciones Asistidas con Mascotas para desarrollar estrategias terapéuticas individuales y familiares.
6. Plantear una plataforma de trabajo que priorice la importancia de la integración familiar, orientada a la inserción de voluntarios (as), estudiantes practicantes y profesionales.

## **CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA**

La persona lectora debe situar esta Práctica Profesionalizante, como una propuesta elaborada anterior a la pandemia, por lo que en el marco de la situación sanitaria nacional por COVID-19, el proyecto fue sometido a modificaciones metodológicas, que se puntúan de forma general. No obstante, la descripción de la metodología se fundamenta esencialmente en la propuesta ejecutada.

### **5.1. Enfoque teórico**

Siendo este un acompañamiento terapéutico familiar, que potencia cambios favorables en la calidad de vida de todos los miembros, (Caballero, Guerrero y Brenes, 2015), trabajando en conjunto, niños y niñas con TEA y sus familias, se toma como punto de partida, un modelo sistémico que evoca al sistema familiar como ente socializador y configurador de sus miembros. El plan de intervención incluye tanto técnicas desde el modelo sistémico como del enfoque cognitivo-conductual.

### **5.2. Participantes**

La población que recibe ACOTEAMA es diversa, en términos etarios y de diagnóstico. Se decide trabajar con una muestra de casos de niños y niñas con diagnóstico TEA y sus familias, porque es una población que conforma parte importante del grueso porcentual de personas que asisten a la asociación, para recibir alguno de los servicios. Para seleccionar la cantidad de familias meta se consideran variables de logísticas, planeamiento de sesiones, recursos terapéuticos y la cantidad total de sesiones por nivel para cada familia.

Se concluye el proyecto con seis familias participantes, pues se ajusta a una cantidad de labor viable, para ejecutar una atención de calidad. Cuyos perfiles se describen a continuación:

Por lugar de residencia, 4 familias participantes viven en la Gran Área Metropolitana (GAM) y los otros dos grupos de familias viven fuera de la GAM. Todas las familias tenían como jefes de hogar tanto a la madre como al padre, con edades entre los 22 y 52 años, cuyo número máximo de hijos (as) fue de dos. La muestra estuvo compuesta por 10 infantes (nueve niños y una niña), de los cuales solo cinco están en edad escolarizada y las edades al momento del reclutamiento oscilan de uno a nueve años. Del total de la muestra, siete infantes tenían diagnóstico TEA (tres niños requieren un grado de apoyo I; dos niños un grado de apoyo II y dos niños con grado de apoyo III).

A continuación, se da cuenta del proceso de selección de familias pre-pandemia y post-pandemia, en el marco de las adaptaciones metodológicas realizadas frente a las directrices institucionales de ACOTEAMA-UCR.

### **5.3. Adaptaciones metodológicas frente a las directrices institucionales de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida por Mascotas (ACOTEAMA) y la Universidad de Costa Rica (UCR) en el marco de la declaratoria de Emergencia Nacional por COVID-19**

A continuación, se detallan las principales dos adaptaciones a las que se sometió a modificación el proyecto. Las adaptaciones se llevaron a cabo en dos ejes, un primer eje que aborda las modificaciones en el proceso de reclutamiento o selección de participantes, y un segundo eje que incorpora modificaciones en el diseño original de la propuesta.

#### **5.3.1. Eje 1: Adaptación a los procedimientos para la selección y reclutamiento de las familias participantes**


Como se observa en la Tabla 2, el proceso de selección de familias se ejecutó en dos etapas. En la primera etapa se reclutó al primer grupo de familias, antes de la implementación

de medidas sanitarias por COVID-19, conformando un total de seis familias. Con la implementación de las medidas sanitarias, el primer grupo se redujo a tres familias, siendo necesario reclutar un segundo grupo, en una segunda etapa de selección, para completar una muestra total de seis familias.

En la siguiente tabla, encontrará las especificaciones más importantes del proceso de selección de ambos grupos.

**Tabla 1.**

*Cuadro comparativo sobre selección y reclutamiento por grupo de familias*

Grupo de familia	PRIMER GRUPO	SEGUNGO GRUPO
Inicio y finalización	Junio - noviembre, 2020	Octubre - junio, 2021
Muestra final de familias	3	3
Proceso de reclutamiento	<p>1. Se hizo revisión conjunta (asesora técnica y practicantes) de expedientes de ACOTEAMA.</p> <p>2. Se seleccionaron y contactaron nueve posibles casos bajo criterios de inclusión. Del total de familias contactadas, seis estuvieron interesadas en participar.</p> <p>3. Se inició con el acompañamiento en la semana del 09 de marzo de 2020.</p>	<p>1. Mediante un afiche publicado en la página oficial de Facebook de ACOTEAMA (Anexo 1), se reclutaron dos familias.</p> <p>2. La tercera familia se integró al proceso por referencia del grupo previo.</p>
	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><b>17/03/2020 SUSPENSIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TRES MESES</b></p> </div> 	
	<p>4. Se presentó el nuevo diseño de acompañamiento, en modalidad virtual. Únicamente tres familias aceptaron continuar en el proyecto</p> <p>En junio, 2020 se reinició el acompañamiento con estas tres familias.</p>	

**Tabla 2.**

*Cuadro comparativo sobre selección y reclutamiento por grupo de familias*

Grupo de familia	PRIMER GRUPO	SEGUNGO GRUPO
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Niñas y niños usuarios del servicio de Psicología en ACOTEAMA.</li><li>• Nivel de apoyo. Infantes diagnosticados con TEA, con grado de apoyo 1 y 2.</li><li>• Lenguaje. Seguimiento mínimo de enunciados, órdenes o instrucciones y una capacidad mínima de funciones comunicativas (Coello, 2011).</li><li>• Compromiso de la familia. Registro de asistencia regular.</li><li>• Disponibilidad de tiempo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel de apoyo. Infantes diagnosticados con TEA, con grado de apoyo 1, 2 o 3.</li><li>• Disponibilidad de tiempo.</li><li>• Contar con un dispositivo electrónico (celular, tablet o computadora)</li><li>• Conexión estable a internet.</li></ul>

Fuente: Elaboración propia

### **5.3.2. Eje 2. Adaptación del diseño de intervención clínica**

El diseño de intervención presencial se adaptó a una metodología totalmente virtual, que mantuvo la propuesta original, en cuanto a la praxis terapéutica desde un modelo sistémico con una estructura de acompañamiento de tres fases o niveles, que no varió aspectos como, participantes, número y frecuencia de sesiones (semanal o quincenal), como se describe en la Figura 2 (como más adelante se muestra).

A continuación, la Tabla 3 describe un cuadro comparativo, donde se puntúan tópicos específicos que se sometieron a modificación por las adaptaciones hechas al proyecto, señalando cuál era la propuesta original (modalidad presencial) versus la propuesta nueva (modalidad virtual).

**Tabla 2.***Cuadro comparativo sobre el nuevo diseño de intervención*

	Propuesta original (presencial)	Propuesta nueva (virtual)
Modalidades	El acompañamiento terapéutico se había planteado como ejecución de una modalidad mixta, siempre presencial y de atención para la fase I, que incluía sesiones domiciliarias, para las familias que se les dificultaba asistir un día extra a la asociación, y dentro de ACOTEAMA, para aquellas que podían hacerlo. En la fase II, nuevamente se evaluaría la posibilidad de asistencia presencial en la institución, y de no ser posible, se daría continuidad con el procedimiento domiciliar.	La modalidad del acompañamiento se mantiene exclusivamente virtual, siguiendo las directrices institucionales de ACOTEAMA y la UCR, frente a la declaración de Emergencia Nacional por COVID-19.
Uso del perro de terapia	El planteamiento de la situación problema, originalmente era lograr una atención presencial que permitiera la unificación de la triada: infante, familia y mascota, para promover la calidad de vida del sistema familiar de infantes con diagnóstico TEA.	Se descarta la aplicación de un abordaje terapéutico asistido con mascotas, por lo que, el abordaje integral se ve restringido en cuanto a la unificación de estos tres elementos.
Intervención interdisciplinaria	Se pretendía una intervención interdisciplinaria y complementaria con el abordaje psicológico u otros servicios, que ya recibían estos niños y niñas, en la asociación. Las familias interesadas en formar parte de este acompañamiento no verían afectados los otros servicios que reciben de ACOTEAMA, ya que son mutuamente excluyentes.	No fue posible trabajar de forma interdisciplinaria y/o complementaria con el servicio en Psicología u otro, que recibía cada infante, puesto que se suspenden los servicios de ACOTEAMA
Materiales	Se pretendía hacer uso de la diversidad de materiales (e.g., juegos de mesa, títeres, etc.), facilitados por ACOTEAMA, así como material en físico creado por las terapeutas.	Se hizo uso de medios digitales, pues son esenciales, para establecer un proceso terapéutico a distancia tanto de forma sincrónica como asincrónica.

Fuente: Elaboración propia

#### 5.4. Instrumentos usados en la modalidad virtual

A continuación, se describen algunas de estas plataformas digitales utilizadas:

- Zoom: Programa de software de videochat, utilizado como principal medio digital para el desarrollo de las sesiones de cada una de las fases. Por lo que fue necesario utilizar la licencia facilitada por la UCR.
- Google Formularios: Herramienta de Google utilizada con el objetivo de digitalizar toda la documentación administrativa y legal, facilitando así el acceso a las familias, de la documentación y su posterior recolección de firmas. Algunas familias tuvieron la posibilidad de imprimir los documentos y enviar evidencia de las firmas, mientras que otras enviaron su firma digital por medio de la plataforma.
- Google Drive: Sitio web que permitió el alojamiento de archivos (e.g., bitácoras de sesión) y donde a su vez, tiene acceso directo tanto la asesora técnica, como con el equipo asesor. En esta misma plataforma, las familias tienen acceso al cuaderno de trabajo digital.
- WhatsApp: Aplicación de mensajería instantánea que facilitó el acceso con las familias para coordinar eficientemente las citas y enviar las instrucciones de tareas semanales. También cuando había fallas con la plataforma de Zoom, se hacía uso de la función de videollamadas. Finalmente, se hizo uso de los grupos para fines logísticos de la III Fase (talleres con familias).
- Genial.ly: Software utilizado para crear juegos interactivos y presentaciones animadas o lúdicas, que potenciaron las probabilidades de motivar la participación de los miembros de la familia.
- Jamboard: Pizarra virtual que se usó para la creación de genogramas y edición en línea a la que también se invita a las familias.
- Skype: Software de mensajería instantánea empleado como un medio alternativo para



realizar llamadas telefónicas a bajos costos.

- [Mypuzzle.org](http://Mypuzzle.org): Generador de juegos interactivos para propiciar la participación de los infantes.

### **5.5. Consideraciones éticas y de protección a las personas participantes**

Las previsiones éticas y de protección consideraron la modalidad de telepsicología. En primer lugar, la documentación administrativa y legal se digitalizó, para que en la primera sesión se completara la fórmula de consentimiento informado (Anexo 2). Así mismo, para intervenciones futuras y en caso de que existan familias con miembros mayores a 12 años de edad que deseen participar, se les puede pedir que firmen el consentimiento para personas menores de edad (Anexo 3). Se les informó sobre los derechos que tienen como usuarios del servicio (Anexo 4). Para finiquitar la participación, cada familia firmó un compromiso del grupo familiar (Anexo 5). Se recabó la información del o la consultante y su familia (Anexo 6), información general del grupo familiar (Anexo 7) y la declaración de guarda-crianza de cada menor de edad participante (Anexo 8). En aras de respaldar el quehacer profesional se registró cada sesión en la boleta de control de citas para ACOTEAMA (Anexo 9). El papeleo se adjuntó en formato físico y digital al expediente del usuario (a), o bien, si son familias que no han tenido participación en la institución, se abre un expediente nuevo en ambos formatos, los cuales están resguardados por el personal de ACOTEAMA, para que tanto la institución como las familias participantes puedan tener posteriormente acceso.

En segundo lugar, para casos que, en medio proceso, tuvieron acceso limitado a dispositivos tecnológicos o internet que les imposibilitó llevar a cabo alguna (s) de la sesión (es) por videollamada, las terapeutas buscaron estrategias para la adaptación de las sesiones clínicas, tal como enviar material vía WhatsApp y retomarlo en una sesión sincrónica o por

llamada, con el objetivo de que la familia finalizara el proceso, a pesar de las limitaciones tecnológicas.

Finalmente, en la ejecución de las sesiones (en cualquiera de las fases), no se toman fotos ni se graba, sin el consentimiento de los adultos. Así mismo, el acceso a carpetas específicas (e.g., cuaderno de trabajo) de Google Drive se limitaba solo al equipo de terapeutas y la familia, respectiva.

## 5.6. Fases del acompañamiento terapéutico

Seguidamente se hará descripción de cada uno de los niveles o fases de intervención (Figura 2). Al final de cada fase, se explicita una tabla metodológica que indica los objetivos propuestos por cada una de las sesiones, y las estrategias metodológicas utilizadas, así como los materiales utilizados, para darle consecución a estos. Al finalizar la descripción de cada fase, encontrará la Tabla 7, que incorpora los resultados del procedimiento utilizado.

**Figura 2.**

*Diagrama del acompañamiento terapéutico por fases*



Fuente: Elaboración propia.

### 5.6.1. Primer nivel de intervención

El primer nivel de intervención se estableció con un propósito exploratorio, especificado en la Figura 2. Se informó a las familias, que este sería un espacio de contención familiar, no individual, no obstante, se contempla la posibilidad de que, en cualquiera de los tres niveles de intervención, únicamente participe un miembro de la familia. Se establece una frecuencia semanal entre sesiones, posibilitando lapsos de 15 días entre una y otra, cuando sea necesario.

Las sesiones se elaboran utilizando como plantilla el siguiente esquema de trabajo:

- 1) Apertura. Incluye el saludo inicial. Se genera un espacio para abordar emergentes precedentes a la sesión. Y se hace revisión de las tareas propuestas.
- 2) Desarrollo. Se presenta el esquema de trabajo de la sesión y se ejecuta el planeamiento establecido para cada una de las sesiones correspondientes, utilizando la guía de conversatorio y pictogramas para identificar aquellas dimensiones de calidad de vida que tienen mayor afectación.
- 3) Cierre. Se desarrolla un espacio de retroalimentación, en el que se exploran e identifican movilizaciones, *insights*, aspectos por seguir trabajando, entre otros. Se describen las tareas semanales correspondientes.

La recolección de información en la I fase de intervención, se llevó a cabo mediante dos mecanismos, una guía de conversatorio para adultos y pictogramas para niños. Para ello, fue necesario hacer uso de la tesis de Fernández (2016), donde se construye una guía de preguntas, que incorpora y explora las ocho dimensiones de calidad de vida expuestas por Verdugo y Schalock (2013). Esta guía se toma como modelo para elaborar los instrumentos de recolección de información. La guía de conversatorio es un instrumento orientado a la obtención de información por medio de una entrevista semiestructurada dirigida a la

población adulta. Consta de 31 ítems (Anexo 10). El instrumento de pictogramas consta de 19 ítems y está dirigido exclusivamente para el uso de la población infantil (Anexo 11).

Para elaborar ambos instrumentos, los ítems de la guía de Fernández (2016) se someten a modificaciones tales como reformulación, exclusión, ampliación y operacionalización de las preguntas, con la meta de responder a los objetivos del proyecto, así como para adaptarla a la población participante.

Ambos instrumentos se incluyen en la plataforma digital de Genial.ly, con un formato lúdico (juego de tablero), para generar un espacio familiar, ameno y dinámico.

La siguiente tabla describe las estrategias metodológicas propuestas para cada sesión, con sus respectivas actividades y materiales.

**Tabla 3.**

*Estrategia metodológica del primer nivel de intervención*

Estrategias metodológicas (Objetivos)	Actividades	Instrumentos y materiales
<b>Sesión #1</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un adecuado <i>rapport</i> con la familia.</li> <li>• Abordar las consideraciones éticas y de protección a los participantes.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Encuadre terapéutico.</b></li> <li><b>2. Lectura de fórmulas y consentimientos.</b> Link de Google Forms: <a href="https://forms.gle/yZHAcBAlfBZCxjH7">https://forms.gle/yZHAcBAlfBZCxjH7</a></li> <li><b>3. Preguntas generadoras sobre las expectativas terapéuticas.</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fórmulas y consentimientos.</li> <li>• Fórmula general de consentimiento informado para las familias.</li> <li>• Derechos de los pacientes.</li> <li>• Compromiso del grupo familiar.</li> <li>• Información general del/la consultante.</li> <li>• Declaración jurada de guarda crianza.</li> <li>• Boleta de control de citas para ACOTEAMA.</li> <li>• Bitácora de sesión.</li> </ul>

Sesión #2-#5		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar tres o cuatro sesiones de conversatorio con las familias para identificar las dimensiones de calidad de vida de Verdugo y Schalock (2013).</li> </ul>	<p><b>1. Guía de conversatorio y pictogramas.</b> Se abarcan 3 de las dimensiones de calidad de vida, trabajando al mismo tiempo con adultos (guía de conversatorio) e infantes (guía de pictogramas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guía de conversatorio y pictogramas.</li> <li>Bitácora de sesión.</li> </ul>
Sesión #5		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar tres o cuatro sesiones de conversatorio con las familias para identificar las dimensiones de calidad de vida de Verdugo y Schalock (2013).</li> <li>Elaboración de un genograma para determinar la representación gráfica de la constelación familiar.</li> </ul>	<p><b>1. Construcción de genograma.</b> Instrumento utilizado para graficar información sobre la constelación familiar, a partir de los informes de los miembros de la familia y de la observación directa del equipo terapéutico. El genograma se elabora en tres partes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Datos sociodemográficos.</li> <li>Funcionamiento de la constelación familiar.</li> <li>Trazado de la estructura familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guía de conversatorio y pictogramas.</li> <li>Plataforma de Jamboard para construcción de genograma.</li> <li>Bitácora de sesión.</li> </ul>
Sesión #6		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Devolución de elementos destacados en el genograma a partir de los reportes hechos por la familia y lo observado por las terapeutas.</li> <li>Devolución a la familia de acuerdo con las dimensiones de calidad de vida identificadas como afectadas para evaluar y confirmar los objetivos terapéuticos que se</li> </ul>	<p><b>1. Presentación y devolución del Genograma.</b></p> <p><b>2. Devolución final de la I fase.</b> Teniendo los datos de cada sesión de esta fase, las terapeutas exponen un compendio de los elementos más relevantes categorizando cada temática por dimensión de calidad de vida y por subsistema (individual, conyugal, parental, fraternal y familiar), para que la familia pueda retroalimentar los hallazgos obtenidos. Se retomaron tanto fortalezas como aspectos por trabajar en la segunda fase.</p> <p><b>3. Generación de plan de trabajo.</b> A partir de la información anterior,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Representación gráfica elaborada en la Plataforma Jamboard.</li> <li>Presentación interactiva.</li> <li>Bitácora de sesión.</li> </ul>

trabajarán en la segunda fase.	fuera de sesión se origina un plan de trabajo para cada familia, a partir de los hallazgos obtenidos en esta primera fase.	
--------------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia.

### 5.6.2. Segundo nivel de intervención

En este nivel se potencia la activación de cada uno de los subsistemas familiares, como se especifica en la Figura 2. Este nivel presenta sigue el mismo esquema de trabajo por sesión:

- 4) Apertura. Incluye el saludo inicial. Se genera un espacio para abordar emergentes precedentes a la sesión. Y se hace revisión de las tareas propuestas.
- 5) Desarrollo. Se presenta y se ejecuta el itinerario del día, siguiendo la línea de abordaje construida en respuesta a cada uno de los objetivos terapéuticos preestablecidos, por medio de un enfoque sistémico y haciendo uso de técnicas cognitivo-conductuales.
- 6) Cierre. Se desarrolla un espacio de retroalimentación, en el que se exploran e identifican movilizaciones, *insights*, aspectos por seguir trabajando, entre otros. Se describen las tareas semanales correspondientes.

En la siguiente tabla se describe la propuesta de estructura para cada una de las sesiones implementadas en la segunda fase:

**Tabla 4**

*Estrategia metodológica del segundo nivel de intervención*

Sesión #7	
<b>Estrategias metodológicas (Objetivos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación sobre uso y manejo del cuaderno de trabajo virtual</li> <li>• Revisión de cuaderno de trabajo en cada sesión para monitorear el desarrollo del proceso terapéutico</li> </ul>
<b>Instrumentos y materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuaderno de trabajo</li> </ul>

<b>Actividades</b>	<p><b>1. Nuevo encuadre terapéutico.</b> Se estableció con el objetivo de orientar con eficacia el desarrollo de esta II fase. Para ello, se tomó en cuenta la retroalimentación generada de forma externa, como a lo interno del equipo de trabajo. Se incluyeron aspectos como: duración máxima de sesión, invitación a asumir una postura activa y responsable, uso de tiempo efectivo evitando distractores tecnológicos, etc.</p> <p><b>2. Cuaderno de trabajo digital.</b> Se procedió a explicar el uso del cuaderno de trabajo. Esta es una herramienta de trabajo para cada sistema familiar, utilizada durante la II fase del acompañamiento, cuyo objetivo central, radica en dar continuidad y monitorear el proceso terapéutico fuera y dentro de sesión. En el cuaderno se describen a detalle las tareas propuestas, con su respectivo objetivo e instrucciones, así como el rol de cada miembro para su ejecución y preguntas a modo de reflexión (Anexo 12). El instrumento también cumple la función de bitácora, en la que se monitorean los avances, retrocesos, aprendizajes, experiencias <i>in situ</i> y <i>a posteriori</i> de la sesión.</p> <p><b>3. Ejecución del plan de trabajo.</b></p>
<b>Sesión #7-13</b>	
<b>Estrategias metodológicas (Objetivos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutar el plan de intervención propuesto para cada familia.</li> <li>• Revisión constante de técnicas e instrumentos para reforzar o modificar el plan de intervención.</li> </ul>
<b>Instrumentos y materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar Anexo 13. Portafolio de técnicas e instrumentos.</li> </ul>
<b>Sesión #13</b>	
<b>Estrategias metodológicas (Objetivos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolver a las familias lo elaborado en el proceso de acompañamiento.</li> <li>• Exponer los aprendizajes obtenidos a lo largo del proceso de acompañamiento.</li> <li>• Evaluar la práctica terapéutica desde la perspectiva de las familias intervenidas.</li> </ul>
<b>Instrumentos y materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plataforma de Jamboard o PPT.</li> <li>• Instrumento de evaluación a psicólogas.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<p><b>1. Devolución de la II Fase.</b> Teniendo los datos de cada sesión de la segunda fase, las terapeutas exponen un compendio de los elementos más relevantes. También se abre un espacio para generar una devolución adaptada a los niños. Toda la familia generó retroalimentaciones (inquietudes, sentimientos, etc).</p> <p><b>2. Mi creación al final del proceso.</b> La familia responde, <i>¿hacia dónde queremos dirigirnos como familia?</i> En la última parte los adultos responden a preguntas como: <i>¿Qué queda por trabajar?</i>, <i>¿Cómo se sintieron en el proceso?</i> <i>¿Qué nos recomendaría para futuras intervenciones?</i></p> <p><b>3. Evaluación a psicólogas.</b> Se les indica a las familias que se aplicará un <u>instrumento de evaluación</u>, por parte de la asesora técnica. El instrumento consiste en una entrevista semiestructurada que evalúa la percepción sobre la intervención llevada a cabo con cada grupo familiar (Anexo 14).</p>

Fuente: Elaboración propia

### 5.6.3. Tercer nivel de intervención

Finalizados los dos niveles de intervención anteriores, se desarrolló un tercer nivel, cuyo propósito se especifica en la Figura 2. Parte trascendental del proyecto, consistió en establecer una estructura de redes de apoyo entre las familias y la asociación, habilitar espacios de psicoeducación.

A continuación, se desglosan los principales componentes y tópicos por desarrollar en ambas sesiones:

- 7) Inicio. Desarrollo de actividades rompe-hielo, y exploración de expectativas.  
Establecer acuerdos de convivencia que favorezcan un espacio de aprendizaje ameno, seguro y ordenado.
- 8) Desarrollo. Construcción de espacios psicoeducativos donde se incorporen tópicos de interés especificados por cada familia, así como temas relacionados con el autocuidado, la exploración y exposición de tópicos de interés colectivo y redes de apoyo.
- 9) Cierre. Evaluación de los aprendizajes y entrega de material psicoeducativo, elaborado a partir de los elementos descritos por las familias.

A continuación, se describen las tablas de estrategias metodológicas empleadas para la ejecución de talleres, bajo modalidad sincrónica y asincrónica, que más adelante se especifican.



**Tabla 5.**

*Estrategia metodológica del tercer nivel de intervención*

<b>MODALIDAD SINCRÓNICA</b>		
<b>Sesión #14</b>		
<b>Estrategias metodológicas (Objetivos)</b>	<b>Actividades</b>	<b>Instrumentos y materiales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de grupo.</li> <li>• Generar un buen rapport, y un espacio confortable para la apertura de las personas participantes.</li> <li>• Operacionalizar el concepto de autocuidado y construir estrategias de implementación.</li> <li>• Analizar el concepto de redes de apoyo, sus funciones, personas/ instituciones que pueden suplir como soporte a la familia.</li> </ul>	<p><b>PARTE II. Generalidades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Saludo inicial y bienvenida a la tercera fase.</b></li> <li><b>2. Actividad rompe-hielo.</b></li> <li><b>3. Cartel de acuerdos de convivencia.</b> Se listan normas construidas en conjunto para favorecer un espacio de aprendizaje que sea ameno, seguro y ordenado.</li> <li><b>4. Actividades de concientización.</b> Se utilizan preguntas generadoras para ser conscientes sobre el cuerpo y los pensamientos.</li> <li><b>5. Exploración de expectativas terapéuticas.</b></li> </ol> <p><b>PARTE II. Psicoeducación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Actividades sobre autocuidado.</b> Se generó una primera parte de psicoeducación donde retoma el concepto y su importancia. Así también, se proponen, construyen y socializan estrategias de aplicación. Se generan reflexiones, individuales y grupales. Y se generan materiales como tarjetas con estrategias de autocuidado.</li> <li><b>2. Actividades sobre redes de apoyo.</b> Se hizo un breve abordaje sobre el concepto de redes de apoyo, sus funciones, e identificación de personas/instituciones que pueden suplir como redes de apoyo.</li> <li><b>3. Cierre de sesión.</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jamboard/ PPT.</li> </ul>

Sesión #15		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar un buen rapport, y un espacio confortable para la apertura de taller a las familias participantes.</li> <li>• Integrar y retroalimentar vivencias y experiencias.</li> <li>• Retomar el bagaje de conocimientos y aprendizajes de cada familia.</li> </ul>	<p><b>PARTE I. Generalidades</b></p> <p><b>1. Saludo inicial.</b></p> <p><b>2. Actividad rompe-hielo. Repasar los acuerdos de convivencia.</b></p> <p><b>PARTE II. Construcción de la información</b></p> <p><b>3. Buzón de preguntas y abordaje de temas.</b> Se hizo una exposición de los temas sugeridos por la familia donde se intercalaron actividades para que las familias pudieran construir y socializar la información.</p> <p><u>Tema 1. ¿Cómo y cuándo abordar el TEA con los niños?</u> Este tópico abordó 2 ejes de interés para responder a las temáticas sugeridas. ¿Por qué es importante comunicar a nuestro hijo (a) sobre su condición TEA, y cuándo hacerlo?</p> <p><u>Tema 2. ¿Cuándo es una crisis y cuándo es un berrinche?</u> Se abordó el tema de los berrinches y crisis en los niños (as) con TEA en cuanto a identificación y diferenciación de estos eventos.</p> <p><b>4. Preguntas finales para cierre.</b> Las facilitadoras elaboran una lista de preguntas sobre la experiencia en general, aprendizajes, reacciones, sobre diversas temáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jamboard/PPT</li> </ul>
MODALIDAD ASINCRÓNICA		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar la socialización de grupos familiares mediante la construcción de espacios educativos, donde se integren y retroalimenten vivencias y</li> </ul>	<p><b>PARTE I. Generalidades</b></p> <p><b>1. Apertura y bienvenida de las personas participantes en el grupo de WhatsApp.</b></p> <p><b>2. Explicación de la logística.</b></p> <p><b>3. Establecimiento de acuerdos de convivencia.</b> Para favorecer un espacio de socialización y aprendizaje que sea ameno, seguro y ordenado, y de acuerdo a las posibilidades de los grupos, se propondrá un</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audios y textos de WhatsApp.</li> <li>• Video psicoeducativo sobre autocuidado y redes de apoyo.</li> <li>• Entrega de</li> </ul>

<p>experiencias adquiridas, con la finalidad de facilitar una estructura de red de apoyo</p>	<p>listado de pautas de interacción.</p> <p><b>PARTE II. Construcción de la información.</b></p> <p><b>4. Actividad Rompe-hielo</b></p> <p><b>5. Buzón de preguntas.</b> A cada familia se le solicitará pensar en 1 contenido que les interese abordar. Para cada contenido, la familia deberá aportar dos preguntas específicas sobre ese tema. El objetivo es que se pueda producir material informativo y dar orientaciones desde el quehacer profesional. presentado por otro miembro</p> <p><b>6. Video corto sobre autocuidado y redes de apoyo.</b> A cada familia se le enviará un corto que ha sido elaborado por las terapeutas, cuya meta es hacer una integración de elementos teóricos que les invite a reflexionar sobre la importancia del autocuidado y su relación con las redes de apoyo. Utilizar preguntas generadoras.</p> <p><b>7. Material psicoeducativo.</b> Enviar a las familias el material producido según el buzón de preguntas. Cada familia podía aportar sus apreciaciones, dudas o sugerencias, en el grupo de WhatsApp.</p> <p><u>Tema 1. ¿Cómo los padres pueden afrontar situaciones de orden social, por ejemplo, dar explicaciones a las personas, cuando los niños experimentan diversidad de conductas (e.g., estereotipias)?</u></p> <p><u>Tema 2. Cuando los niños hacen preguntas difíciles: ¿Cómo abordar el diagnóstico dual TEA y Alta Capacidad?</u></p>	<p>material psicoeducativo para las familias participantes de acuerdo a lo elaborado en los talleres.</p>
--	---	---

Fuente: Elaboración propia

### 5.7. Procedimiento metodológico aplicado

A continuación, se retrata la efectividad del diseño de fases, describiendo los resultados que están directamente relacionados con la estructura que se planteó para cada nivel, incluyendo las modificaciones tomadas en cuenta durante su aplicación.

**Tabla 6.**

*Procedimiento ejecutado por fases*

<b>FASES</b>		
<p><b>FASE I. Analizar las dimensiones de calidad de vida de las familias con niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista</b></p>	<p><b>FASE II. Generar un espacio de acompañamiento terapéutico que integre usuario (a), familia y mascota, para abordar contenidos identificados por las familias, mediante técnicas pre-estructuradas</b></p>	<p><b>FASE III. Incentivar la socialización de grupos familiares mediante la construcción de espacios educativos, donde se integren y retroalimenten vivencias y experiencias adquiridas, con la finalidad de facilitar una estructura de red de apoyo</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total sesiones: 36</li> <li>• Total de familias: 6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total sesiones: 28</li> <li>• Total de familias: 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total sesiones sincrónicas: 2</li> <li>• Total de familias: 4</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recolectó vasta información sobre las dimensiones de calidad de vida a través de la Guía de conversatorio y Pictogramas.</li> <li>• Los Pictogramas se sometieron a modificaciones, para lograr una adecuada comunicación con los infantes, contemplando las características individuales de cada niño y el nivel de apoyo que requerían.</li> <li>• La información que se recopiló de la guía de pictogramas fue mayoritariamente de los niños con diagnóstico TEA, dado que existieron limitaciones específicas asociadas con 1) la edad y el desarrollo del lenguaje de los hermanos (as). Por</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde la Fase I se generó suficiente información del perfil de cada familia participante (e.g., recursos, intereses, habilidades, afinidades, modos de trabajo, entre otros), base para orientar el trabajo en la Fase II.</li> <li>• Fue necesario flexibilizar el esquema de trabajo de sesión, considerando variables tales como, la salida de alguno de los participantes del espacio de sesión, especialmente de los niños y niñas. Para prever y evitar este escenario, se utilizaron estrategias como, 1) utilizar elementos lúdicos o de interés para captar y prolongar su foco de atención, y 2) también se les solicitó a los padres un adecuado proceso de preparación para la sesión,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La tercera fase, cuyo objeto acentúa la importancia de generar un espacio psicoeducativo y de socialización, se lleva a cabo con un menor índice de éxito.</li> <li>• En este tercer nivel, originalmente se plantearon dos sesiones correspondientes a un taller, sin embargo, únicamente con el primer grupo de familias, se logran ejecutar ambas sesiones bajo modalidad virtual sincrónica, donde se generó un valioso espacio de socialización. No obstante, con las familias atendidas en el segundo momento, la</li> </ul>

<p>otro lado, algunos factores que limitaron la recogida de información fueron: 1) distractores propios del entorno de la sesión, 2) la interacción virtualizada, sin un espacio apropiado para el trabajo con infantes, dificultó el establecimiento de un vínculo terapéutico, y 3) en ocasiones los niños no se encontraban con las condiciones cognitivas, emocionales y/o físicas, óptimas (e.g., cansancio, baja motivación, desinterés).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la línea de lo anterior, se generaron las siguientes alternativas de contingencia, 1) las preguntas fueron elaboradas y adaptadas según las necesidades del infante, 2) se utilizaron plataformas interactivas y lúdicas para que los niños pudiesen manipular e interactuar directamente o con la ayuda de los padres, 3) para incentivar la participación, se utilizaron reforzadores sociales y materiales, 4) se utilizaron variaciones en la modalidad de respuesta, como: preguntas con opciones de respuesta, respuestas binarias, juegos con estaciones de respuesta, contestar a través del cuerpo, y de forma gráfica (dibujo y pintura), 5) también se posibilitó la opción de que</li> </ul>	<p>como avisarles a los niños previamente que habrá sesión, de forma que no interfiera de forma abrupta en sus actividades, que los niños estén descansados, entre otras)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuaderno de trabajo fue una herramienta utilizada con una frecuencia menor a la esperada, ya que el acceso a la carpeta de Google Drive no resultó tan accesible para las familias. Consecuentemente, se facilitaron las tareas mediante audios o mensajes vía WhatsApp. No obstante, el cuaderno de trabajo se utilizó como producto final del proceso de acompañamiento.</li> </ul>	<p>modalidad desarrollada, fue virtual asincrónica, en respuesta a las limitaciones de orden material. Por lo que, como plan de contingencia, el taller se llevó a cabo bajo modalidad asincrónica, utilizando la aplicación de WhatsApp para crear un grupo en el que se incluyeron ambas familias. Este canal posibilitó la socialización de material psicoeducativo de acuerdo con los intereses de cada grupo familiar, sin embargo, no fue posible un intercambio de opiniones, mediante esta plataforma, por circunstancias de orden familiar, de uno de los grupos, lo que limitó significativamente su participación. Es por esta razón que se llega al acuerdo de flexibilizar la participación como opcional, mientras que el equipo de trabajo suministraría la plataforma con material psicoeducativo, en concordancia con el planeamiento.</p>
--	---	---

<p>las figuras de crianza formularan las preguntas a las y los niños, para facilitar su comprensión, y 6) se omitieron algunos ítems del todo, por su complejidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas de las sesiones se ejecutaron solamente con una persona, de forma que se contemplaron opciones como, 1) pasar los instrumentos de recolección de información a las personas ausentes, en la siguiente sesión, simplificando previamente las preguntas, 2) enviar las preguntas por WhatsApp, antes de la siguiente sesión, y 3) se hicieron llamadas telefónicas.</li> </ul>		
<b>MODALIDAD VIRTUAL</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La puesta en práctica de una intervención virtual, permitió, 1) una maximización de los recursos de espacio y tiempo, pues las familias no tenían que movilizarse de sus hogares, 2) observar la dinámica natural de convivencia familiar, obteniendo información triangulada sobre el perfil de cada familia, 3) un mayor alcance de difusión a la población meta, por medio de una publicación en la página de Facebook, y 4) una gran variedad de herramientas y plataformas digitales gratuitas para desarrollar el acompañamiento.</li> <li>• No obstante, la virtualidad también implicó algunas limitaciones, tal como: 1) el espacio de sesión de las familias estuvo caracterizado por contener diversidad de estímulos y distracciones, que limitaron la fluidez de la sesión, 2) el no establecimiento de un vínculo terapéutico con los y las infantes, y 3) limitaciones en el acceso a las plataformas digitales, a falta de conocimientos o recursos.</li> </ul>		

Fuente: Elaboración propia.

## **5.8. Procedimiento para monitorear la práctica profesional**

Con el fin de lograr un abordaje terapéutico de calidad, basado en la ética profesional de la persona profesional en Psicología, se recurre a cuatro mecanismos de evaluación, implementados en diferentes momentos de la ejecución de la práctica, a continuación, especificados:

### **Coevaluación.**

- El equipo terapéutico da seguimiento al desarrollo de las sesiones, mediante el uso de una bitácora por cada sesión, con toda la información que de allí se desprende: datos generales de la sesión (fecha, hora y número de sesión), información psicosocial de la familia (nombres, edades, parentesco, ocupación), objetivos, desarrollo, análisis crítico de los elementos evidenciados (avances y retrocesos), observaciones generales, entre otros. La metodología para propiciar que el proceso de cada familia estuviese en constante revisión semanal, fue tomar como base las bitácoras de sesión de cada familia, para generar un análisis en conjunto por las practicantes, permitiendo tomar en cuenta todos los elementos al abordaje terapéutico, para abordar en sesiones posteriores, generando un acompañamiento flexible con mayores alcances terapéuticos. Así también, de forma periódica se realizaron revisiones bibliográficas para fundamentar los elementos teóricos a poner en práctica.

### **Heteroevaluación.**

- **Retroalimentación del equipo asesor al equipo de terapeutas.** Se acuerda monitorear el trabajo terapéutico por fase, con una regularidad mínima de dos supervisiones en cada nivel, donde se establece que cada miembro del equipo asesor tenga a cargo dos familias participantes, para poder retroalimentar el progreso de

- forma focalizada y constante. El equipo de terapeutas-practicantes formula una estructura de supervisión, que contiene los siguientes elementos básicos: 1) información sobre el perfil de la familia y actualización sobre las sesiones ejecutadas hasta ese momento, 2) resolución y retroalimentación de dudas específicas en cuanto a la intervención clínica y pautas administrativas, por parte de la psicóloga supervisora.
- **Retroalimentación de la asesora técnica al equipo de terapeutas.** Por cada una de las fases, se efectuaron devoluciones generales a la asesora técnica sobre los avances alcanzados por cada familia, quien a su vez mantiene informada a la directora de ACOTEAMA, para que pudiese obtener un panorama frecuente sobre la evolución del proyecto y su impacto en los sistemas familiares intervenidos. Finalmente, como complemento al III objetivo externo, para establecer una plataforma de trabajo que priorice la integración familiar, el equipo de terapeutas, facilitó evidencia de la aplicación de cada una de las fases, por medio de tres videos demostrativos, con el fin de generar un espacio de conversatorio y retroalimentación, con la asesora técnica.
  - **Retroalimentación de las familias sobre el acompañamiento terapéutico.** Las familias evalúan el proceso en dos momentos. Primero, en la sesión de devolución de la II fase, a partir de la compilación de los tópicos más importantes, abordados a lo largo del acompañamiento, se genera una valoración final del progreso obtenido y los indicadores de cambio producidos en las dimensiones de calidad que atraviesan los objetivos terapéuticos. Segundo, mediante un instrumento de evaluación aplicado por la asesora técnica al finalizar la II fase del proyecto, las familias valoran aspectos específicos sobre la calidad del acompañamiento.



## **CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **6.1. Fase I. Análisis de los tópicos extraídos a partir de las dimensiones de calidad de vida familiar**

En la descripción de resultados se exploran las vivencias de estas familias, a partir de la información extraída de los pictogramas para niños y la guía de conversatorio para adultos, en un intento de comprender elementos en común pero que, dentro de estas generalizaciones, cada familia tiene sus particularidades. Para llevar a cabo esta tarea se compilan áreas de las dimensiones de calidad de vida que han resultado más afectadas y que son una posibilidad de mejora, así como los recursos cognitivos, emocionales y sociales con los que contaban las familias para hacerle frente a retos cotidianos.

Ahora bien, con el fin de lograr sistematizar la información con un orden lógico y de fácil comprensión para el lector, se organizan los distintos tópicos por tres esferas: complejo familiar, subsistema parental y conyugal, que a su vez despliegan categorías que justifican el impacto en distintas dimensiones de calidad de vida, las cuales no podrían separarse porque se encuentran interrelacionadas. Por lo que, al final de cada sistema, encontrará de forma explícita las dimensiones de calidad de vida más afectadas, según la categoría.

#### **6.1.1. Complejo familiar**

##### **Categoría 1. Impacto en la calidad de vida en tiempos de pandemia**

El acompañamiento terapéutico se desarrolló en condiciones exclusivas de una crisis sanitaria mundial, estableciendo una coyuntura para que familias costarricenses pudieran contar con espacios de contención y orientación psicológica. El proceso terapéutico permitió documentar las vivencias de las familias en el marco de la crisis sanitaria por COVID-19, los

ajustes ante la nueva normalidad, su repercusión en diferentes esferas y el impacto de la implementación de medidas sanitarias, como el distanciamiento social. De esta forma, el nuevo panorama implicó cambios en las dinámicas familiares.

En la esfera individual de los niños, tres familias notaron cambios en sus conductas, tal como: aumento de crisis emocionales, conductas agresivas, rabietas, retrocesos en el proceso de autosuficiencia, y en las habilidades de comunicación. El último punto se adjudicó a la interrupción de los procesos de enseñanza formal. Las tres familias no reportaron cambios significativos en la esfera individual de los niños, porque a pesar de la pandemia, estas familias mantuvieron rutinas similares. Es importante esclarecer que, dos de estas tres familias, se intervinieron cuando ya había una mayor adherencia a la nueva normalidad, lo que sostiene el índice de bajo impacto.

En cuanto al impacto en la esfera emocional, cuatro familias manifestaron sentir miedo, ansiedad y preocupación, frente al contagio propio, o bien contagiar a alguno de los miembros de su familia. También esta misma esfera fue impactada por el periodo de incertidumbre económica al que se enfrentaba el país, producto de la crisis sanitaria, donde tres de las cuatro familias anteriores, experimentaron recortes de personal, quedando en condición de desempleo, o ejerciendo una mayor carga laboral sin remuneración proporcional. Este panorama llevó al retiro del proceso de acompañamiento, a una de estas cuatro familias, ya que reportaron tener menor disponibilidad de tiempo por la necesidad de generar mayores ingresos a la economía familiar.

Finalmente, durante todo el desarrollo del proyecto, una de las familias resultó infectada por coronavirus, reportando algunas afecciones físicas, de las cuales afortunadamente pudieron recuperarse.

Con el reto que significó la reestructuración de las dinámicas familiares, hay que rescatar los esfuerzos hechos por las familias para reinventarse. En este sentido, la pandemia también incentivó la adquisición de nuevas habilidades, por ejemplo, el involucramiento de los niños en actividades domésticas, reforzamiento y aprendizaje del uso de tecnologías, y mayor adquisición de habilidades en lectoescritura.

### **Categoría 2. Implicaciones del diagnóstico TEA en la calidad de vida familiar**

- *Impacto positivo de la confirmación del diagnóstico*

La confirmación del diagnóstico impacta diferentes esferas de calidad de vida. Precisar el diagnóstico TEA, facilita una ruta para que las figuras de crianza y la familia en general, puedan investigar y aprender sobre esta condición, adquiriendo herramientas teóricas y prácticas, así como estrategias psicoeducativas, para actuar de acuerdo con las diferentes necesidades de los niños, teniendo impacto positivo a nivel emocional, porque genera mayor tranquilidad al subsistema parental, ya que pueden entender de dónde proceden las conductas características, y cómo pueden actuar en consecuencia, como así lo menciona la totalidad de las familias. Cabe decir que, dos de las familias presentaron un diagnóstico dual (TEA y TDAH/AC), por lo que fue de gran relevancia, concretar un diagnóstico, para posibilitar una ruta de intervención.

El saber adquirido procede desde diferentes lugares, tal como la propia experiencia parental o el uso de programas educativos parentales. Sin embargo, todas las familias reportan que, todavía carecen de información suficiente para intervenir en escenarios específicos, siendo los siguientes tópicos los que se mencionaron con mayor frecuencia: regulación emocional (episodios de crisis y berrinches), límites y disciplina, comunicar el diagnóstico, entre otros.

También se encontró que dos de estas familias afirman que al menos una de las figuras de crianza, tiene TEA, por diagnóstico o por hipótesis. La información recolectada, sugiere que, en la confirmación del diagnóstico, el perfil de estos padres con TEA les ha permitido comprender de forma muy precisa las particularidades de sus hijos, lo que resulta ser un factor positivo a la hora de ejecutar su rol parental, pues pueden intervenir de acuerdo con su experiencia vital.

- *Focalización del diagnóstico TEA*

La tendencia a centralizar la atención en el diagnóstico estuvo presente en cinco familias. De estas, dos familias tienen una tendencia a patologizar la condición del niño, mientras que las otras tres focalizan las altas capacidades de sus hijos; teniendo como común denominador atribuir las afectaciones generales que presenta el sistema familiar al diagnóstico, así como una difusa atribución de conductas al espectro autista, y no a conductas propias de un niño con su nivel de desarrollo. El discurso que ofrecen los padres se centraliza en la condición del infante, y con frecuencia, dirigen o relacionan tópicos cotidianos, con el diagnóstico del niño, quedando desdibujadas otras esferas, e incluso subsistemas. Lo anterior, tiene una correlación directa con el grado TEA que presente el niño, siendo así que, cuando el niño requiere un menor grado de apoyo, los padres tienden a focalizar con menor frecuencia el diagnóstico TEA, permitiendo un abordaje integral en el acompañamiento terapéutico, con amplitud de temas a trabajar, y no restringido a tópicos en relación con el niño.

- *Mecanismos de inclusión y exclusión social a partir de la confirmación del diagnóstico*

- Papel del diagnóstico. Un escenario de inclusión data en la función del diagnóstico, ya que se abre la oportunidad para que las familias, a través de un documento oficial puedan justificar la necesidad de apoyos y recursos, que requiere el infante para la

adquisición de habilidades emocionales, conductuales, cognitivas en entornos educativos, sociales y comunitarios.

- Esfera de círculos sociales y relaciones interpersonales. Tomando en cuenta los reportes de los niños, se observó que cinco tienden a sentirse integrados cuando pueden salir de casa a realizar actividades de esparcimiento solo con la familia nuclear (e.g., visitar centros comerciales, cines, supermercados y tiendas de ropa), y en menor medida, solo dos niños reportaron sentirse incluidos con la familia extensa (e.g., visitar la casa de los abuelos) y solo una familia participaba de actividades en la comunidad, porque habían mecanismos inclusivos (e.g. bajar el volumen de la música). Como se observa, son pocos los niños que manifestaron tener un vínculo cercano con la familia extensa o la comunidad, y en concordancia con los reportes de los adultos, en la medida en que los círculos sociales de los adultos sean más cerrados, suele asociarse con mecanismo exclusión.

Por otro lado, el grado de apertura que tienen estas familias para la interacción social, con frecuencia se ve reducida frente a dilemas que tienen que enfrentarse en el contexto social, por ejemplo, ¿cómo comunicar el diagnóstico a otras personas?, ¿bajo qué circunstancias se puede hablar abiertamente sobre este?, ¿se promueve la sensibilización, o por el contrario, se victimiza y patologiza a la familia por el estigma social que gira en torno a la discapacidad? Todas estas interrogantes suelen ser resueltas por la propia familia, conforme se informan y vivencian la experiencia de tener un miembro con este diagnóstico.

- Esfera institucional. Las familias indicaron que una tendencia a la exclusión social,

debido a deficiencias significativas, en el acceso a la educación y salud. Desde la experiencia de tres familias intervenidas, estas manifestaron explícitamente que el sistema educativo no contempla las necesidades de la condición TEA para impartir una educación de calidad (e.g., el personal de educación no está capacitado en lo concerniente al tema del autismo y los centros educativos no incorporan las adaptaciones necesarias), especialmente la educación pública. Los restantes tres grupos, reportaron que han recibido la atención deseada, mencionando que, el sistema educativo ha intervenido de forma cohesiva, siendo capaz de manejar de forma individual e interdisciplinaria, el trabajo frente al diagnóstico, así como una constante comunicación con el subsistema parental.

En cuanto a la calidad de educación, cuatro familias han enviado a sus hijos a centros educativos o de cuidado, privados, puesto que hay una notoria brecha entre la educación pública y privada en lo referente a inclusión social, posicionando a las instituciones privadas, como las más aptas para que los niños y niñas con TEA, puedan insertarse.

En cuanto al sistema de salud, la totalidad de las familias cuenta con seguro público, pero esto no ha significado calidad en el servicio, ya que dos familias mencionan que el personal del sistema de salud no está capacitado para atender de forma óptima los casos de niños y niñas con autismo. Las experiencias reportadas en el área de pediatría, relatan que, el personal no se interesa por explorar el perfil del niño, atribuyendo sus manifestaciones conductuales al estilo de crianza recibido.

- Esfera material. En cuatro familias, tanto la madre como el padre son los principales proveedores económicos. En las dos familias restantes, la figura que sustenta

económicamente el hogar es el padre, mientras que las madres son emprendedoras, generando aportes a la economía del hogar. Al explorar sobre otros apoyos económicos o materiales de parte de instituciones públicas/privadas o de personas, sólo una de las seis familias reporta recibir algún apoyo económico externo. Por lo que tomando en cuenta, estas variables, los niveles de satisfacción que existen en cuanto al presupuesto que cubre necesidades básicas y de recreación, cuatro familias indican que su presupuesto si cubre sus necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, salud), así como de recreación, una familia indica que solamente puede cubrir las necesidades básicas, pero no así las de recreación y una familia reportó que el ingreso económico de la familia, no satisface ni las necesidades básicas ni las recreativas. La totalidad de las familias tienen en común que al tener un miembro(s) con TEA, necesitan acceder a mayores recursos económicos, volviendo más limitado el presupuesto, para suplir los gastos asociados al diagnóstico, como terapias (lenguaje, psicología, ocupacional), centros educativos, médicos especialistas (pediatría, neurología, etc). Dichas necesidades no se pueden satisfacer tanto como las familias idealmente quisieran. La calidad de vida familiar aumenta en la medida en que estos grupos puedan tener un real acceso a servicios que apoyen las necesidades individuales de los miembros de la familia.

### **Categoría 3. Recursos familiares**

- *Recursos internos de la familia*

La totalidad de las familias se describen como un sistema unificado, que pretende alcanzar metas en común, mediante el desarrollo de herramientas en distintas áreas:

- Economía familiar. Estas familias colaboran de manera equitativa para tener una

- estabilidad económica que les permita sustentar las necesidades básicas y tener con regularidad, la posibilidad de acceder a espacios recreativos para fomentar la convivencia familiar y mejorar el bienestar físico y emocional.
- Espiritualidad. Los valores espirituales (e.g., fe, amor, perseverancia), ligados a la religión y su creencia en Dios, fueron mencionados por tres familias, pues les ha hecho crecer y salir adelante como familia.
  - Afectividad. La totalidad de las familias, manifestaron apertura para demostrar y recibir expresiones de afecto, de los padres a los hijos y viceversa, siendo este un importante recurso psicológico. Se ha encontrado que, a lo interno de la familia, los miembros fungen como figuras de depósito emocional.
  - Bagaje cognitivo y emocional. Todas las familias han evidenciado apertura para aprender y construir estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico. Se puede destacar, herramientas o adaptaciones implementadas por algunas de las familias, según las necesidades de cada niño, tal como: el uso de pictogramas para facilitar la comunicación, el uso de las mascotas (perros) como apoyo para la regulación emocional y conductual, la creación de materiales para la estimulación sensorial, el diseño de espacios físico para el juego (juguetes que puede personificar, para que el niño pueda expresarse a través de estos) y adaptaciones en dormitorios, bajo fundamentos teóricos Montessori. Por otro lado, los padres han ideado estrategias de abordaje ante situaciones de crisis en dos vías: 1) de forma preventiva, haciendo análisis de variables ambientales que detonan una crisis (¿cuál es la situación/contexto?, ¿qué específicamente desemboca la crisis?, ¿qué manifiesta el niño?) y 2) frente a la crisis, hacen uso de estrategias tales como: sacarlo del lugar en



el que tiene la crisis, se le invita al niño a calmarse, respirar, y utilizan muestras afectivas físicas.

Finalmente, las familias mostraron interés para que sus hijos participen en actividades lúdicas (juegos) que tienen como meta la estimulación temprana. A la vez, el aprendizaje continuo que obtiene el niño de actividades se da en una doble vía, ya que es influenciado por los intereses de las figuras de crianza (e.g., astronomía, artes culinarias, investigación en biología, etc.) y a la vez, los padres apoyan los intereses que los niños tienen por motivación intrínseca. Los infantes expresaron tener interés en el uso de aparatos tecnológicos para jugar videojuegos, en la robótica, la biología, los idiomas y números. También preferían escuchar y hacer uso de instrumentos musicales, juegos con agua, juegos de mesa (rompecabezas, Monopoly, dados), manualidades, construcción con legos o practicar deportes (Parkour, fútbol y natación). El subsistema parental ha cumplido un rol preponderante en generar intervenciones tempranas, que le permitan al niño descubrir los propios intereses y a la vez, es a través de estos, que las terapeutas precisaron herramientas para el abordaje en la segunda fase.

- *Redes de apoyo*
  - Redes de apoyo de los adultos. La totalidad de los adultos muestran un panorama variado en sus interacciones sociales, siendo la tendencia a establecer círculos sociales más cercanos, íntimos y significativos, con la familia nuclear y extensa, donde la principal función es de soporte y de contención emocional.

Las interacciones fuera de su círculo más cercano se sitúan en grupos de WhatsApp

conformado por padres y madres de niños y niñas con diagnóstico TEA, figurando este medio como una plataforma de apoyo, por la socialización y retroalimentación de vivencias entre estas familias. Sucede que, para dos de estos grupos, el intercambio es unidireccional, es decir, las otras familias no necesariamente representan figuras de apoyo, sin embargo, estas afirman ejercer este rol en el o los grupos correspondientes. Por otro lado, en caso de interactuar con otras personas fuera del círculo social más cercano, tienden a incluir personas que de alguna forma se relacionan con el tema TEA. Así lo reportan cuatro familias, quienes han mantenido contacto regular con estas familias, porque se identifican con el contexto que vivencian.

- Redes de apoyo para los infantes. Las relaciones interpersonales, son eje transversal, dentro del TEA, pues gran parte de los trastornos del neurodesarrollo, se caracterizan por dificultades asociadas a la comunicación e interacción social, no obstante, los datos obtenidos en esta primera etapa de exploración no evidencian una afectación significativa en las habilidades sociales de los niños, siendo así que, solo dos familias intervenidas notificaron afectaciones en las interacciones sociales del infante. Los padres atribuyen esta afectación a la poca motivación para interactuar con sus pares y la preferencia por vincularse con adultos. Las otras cuatro familias, mencionaron que los niños se vinculan fácilmente con sus pares.

Propiamente, desde la percepción de los niños, tres de cinco niños mencionaron que se llevaban muy bien con sus compañeros (as) del centro educativo y cinco niños mencionaron que cuando necesitan ayuda en sus diferentes contextos, como kínder, guardería, hogar u otros espacios, la solicitan a quien corresponda. Esta información

permite conjeturar si las relaciones interpersonales son un área fuerte en los infantes, hay más probabilidades de establecer relaciones significativas que sean red de apoyo.

- Espacio terapéutico familia. Resultó ser otro recurso externo que reflejó una gran apertura al aprendizaje por parte de las familias, así como un fuerte compromiso con su propia transformación, configurando un espacio de encuentro, apoyo y escucha entre el sistema familiar, donde se hace evidente un gran aprendizaje psicoeducativo llevado a la práctica.

- *Conocimiento sobre los derechos*

La totalidad de las familias tienen conocimiento de diferentes derechos (e.g., libertad, el acceso a la educación, la salud, el trabajo, el libre tránsito, entre otros). En cuanto al abordaje de derechos con los niños, el espacio resultó ser una oportunidad de intervención psicoeducativa. Las figuras de crianza intentan explicarle al niño qué es un derecho y ejemplos de ellos, ya que eran niños que por su edad y escolaridad el concepto es más complejo de entender. Por otro lado, específicamente se observó que dos niños logran reconocer tanto el concepto como los tipos de derechos de los que pueden gozar (e.g., derecho de ir a la escuela, divertirse y jugar, ser amados y que les traten bien, ser escuchados, alimentarse de forma saludable y ser protegidos por las personas que le rodean). Aquí se evidencia que, desde la familia y la escuela se comienza la enseñanza de los derechos a los que se puede acceder.

En cuanto a derechos sobre discapacidad, las familias se han informado de forma progresiva por diferentes medios de comunicación (radio, televisión, redes sociales), en los centros de salud (pizarras informativas o charlas educativas) y con otros grupos de familias que tienen miembros diagnosticados con TEA. Solo una familia menciona que hacen uso de la

atención preferencial a la hora de hacer fila, para exponer la menor cantidad de tiempo al niño al entorno público. En esta misma línea, otra de las familias expone que hasta ahora se están enterando más sobre los derechos de discapacidad, por ejemplo, sobre la obtención del carnet de CONAPDIS, los dictámenes, apoyos/ajustes para alta dotación y esperan aplicar estos derechos en el momento en que los niños se inserten al primer año de escolaridad. Además, esta familia, rectifica que ha sido un recurso importante la información porque sus experiencias ponen en evidencia que diferentes espacios de la sociedad tienen el propósito de mantenerlos al margen, ya que el desconocimiento implica menores posibilidades de exigir o defender derechos, por ejemplo, han podido empoderarse con el sector médico porque los servicios se han vuelto deshumanizantes.

**Tabla 7.**  
*Dimensiones de calidad de vida más afectadas en el complejo familiar*

		Categorías		
		Impacto de la calidad de vida en tiempos de pandemia	Implicaciones del diagnóstico TEA en la calidad de vida familiar	Recursos familiares
Dimensiones de calidad de vida	Desarrollo personal	X	X	
	Relaciones interpersonales		X	X
	Bienestar material	X	X	
	Inclusión social		X	X
	Derechos		X	X
	Autodeterminación	X	X	
	Bienestar emocional	X	X	
	Bienestar físico			

Fuente: Elaboración propia.

### **6.1.2. Subsistema parental**

#### **Categoría 1. Roles parentales y su impacto en la salud física y mental**

- *Roles parentales*

La información que justifica que el sistema parental es el subsistema que ha experimentado un mayor impacto dentro de las dimensiones de calidad de vida, es sustentante. Los datos arrojados muestran que las principales motivaciones de las familias se relacionan con el bienestar familiar, estabilidad económica, crecimiento a nivel académico y laboral, generar emprendimientos, pasatiempos, entre otros. Sin embargo, cuatro de estas familias, establecen como prioridad, el bienestar de los niños con diagnóstico TEA, mencionando que sus principales metas y deseos, tienen como objetivo brindar todo el apoyo que estos requieren, incentivar el proceso de independencia, así como el establecimiento de prácticas alimentarias saludables. Solo dos de los grupos intervenidos se diferencian notablemente de las características anteriores, al expresar que sus metas y deseos no se direccionan directamente con actividades asociadas a la parentalidad, sino que, se permiten espacio para un desarrollo integral, es decir, en otros subsistemas y esferas de la calidad de vida.

Los hallazgos obtenidos permiten precisar información sobre los roles que desempeñan los adultos en el sistema familiar, así como dentro de la esfera parental. Realizando una comparativa entre las tareas realizadas por cada miembro de la pareja, se encuentra que, en el caso de los jefes de hogar, seis de seis son proveedores económicos, mientras que cuatro de seis son cuidadores primarios. En cuanto a las jefas de hogar, cinco de seis son proveedoras económicas, y todas son cuidadoras primarias y amas de casa. En este punto, se evidencia que las madres asumen una mayor carga de responsabilidad en el bienestar de la familia, incluyendo el cuidado primario de los niños, supliendo necesidades de orden

fisiológico, educativo y afectivo, así como orquestar las responsabilidades en el hogar, donde a su vez deben monitorear las funciones delegadas a los miembros del hogar, acarreado una mayor carga física y mental.

El siguiente apartado se dedica a hacer una revisión de las funciones que asumen las figuras de crianza en la dinámica familiar. Dentro de las funciones relacionadas con la crianza, es la figura materna quien se encarga principalmente de la educación de los niños, lo que implica una demanda en la organización de tiempos y espacios en la rutina familiar, para realizar las asignaciones de esta índole. Siendo esta una tarea en la que las madres han reportado desgaste mental y físico, exacerbando la demanda de tiempo y recursos con la nueva modalidad virtual, pues implica un mayor reto. La totalidad de las madres reportan que sus hijos expresan aburrimiento, apatía, falta de motivación y concentración. Para todos los grupos, el común denominador es la frustración que acarrea el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En esta misma línea, se observa que la figura materna es quien asume mayoritariamente lo concerniente al diagnóstico a partir de la confirmación de este, pues se mantienen a la vanguardia, en cuanto a la búsqueda de información (e.g., charlas, conferencias o cualquier actividad que les aporte información sobre el TEA). El rol de la madre modela las diferentes actividades que cada figura realiza con el infante. En la mayoría de los casos, la figura paterna se ajusta a la orientación de la madre, y va aprendiendo cotidianamente las pautas de interacción con el niño.

Por su parte, en lo relacionado con la crianza, se observa que la figura paterna, en cuatro familias, tiene un rol similar al de cuidador primario, donde han mantenido una parentalidad activa, en actividades asociadas a la organización de rutinas, dinámicas lúdicas,

acompañar a sus hijos a citas médicas y terapias, se han involucrado en la toma de decisiones a nivel académico, así como en el establecimiento de las pautas de crianza (límites). Además, estos padres reportan un interés por continuar estrechando el vínculo entre padre e hijos. La participación activa de los padres posibilita que se deconstruyan los roles de paternidad tradicionalmente asociados a los hombres, permitiendo la construcción de nuevas masculinidades.

Los otros dos padres reportan tener una función más centrada en su rol de proveedor y esto lo adjudican a dos factores: 1) Disponen de poca cantidad de tiempo por la jornada laboral, impidiendo participar en actividades cotidianas de los niños y 2) Mencionan que la interacción con sus hijos se ve obstaculizada porque hay un desconocimiento de cómo ser padre de un niño con TEA, siendo parte de las demandas terapéuticas expresadas.

- *Impacto en salud física y mental*

El ejercicio de los roles parentales ha tenido impacto en la salud de las figuras de crianza, atravesando las siguientes áreas:

- Hábitos alimenticios: De las seis madres participantes, cuatro reportaron tener hábitos alimenticios caracterizados por tiempos nulos o indefinidos de alimentación, pues al tener que atender los quehaceres del hogar, las demandas de los hijos o del trabajo, se les imposibilita fijar tanto tiempos, como espacios para una alimentación saludable. La totalidad de los padres dicen tener buenos hábitos alimenticios, los cuales están mínimamente constituidos por tiempos de alimentación fijos, ya que están incluidos en las rutinas (horas laborales).
- Actividad física: La totalidad de madres reportaron no practicar ningún tipo de actividad física asociada con el ejercicio, por atender las responsabilidades laborales y

familiares, no tener espacio suficiente para estas o baja motivación. De los seis padres, solamente uno de ellos habilita espacios para la actividad física, lo que adjudican a la jornada laboral. Es importante subrayar que, tres padres practicaban algún tipo de actividad física específica, pero lo descontinuaron por la pandemia.

- Horas de descanso: De las seis madres, solo una reporta tener con poca frecuencia tiempo durante el día para descansar. La totalidad de madres reportaron sentir cansancio y agotamiento físico durante el día, a pesar de que duermen de seis a ocho horas diarias. De los seis padres, cuatro tienen tiempo para tomar horas de descanso durante el día, las cuales están sujetas a sus horarios laborales.
- Tiempo de ocio: Ante la gran demanda que implica criar a un niño con un diagnóstico TEA, cinco madres afirman que deben postergarse, lo que les deja con tiempo insuficiente para atender sus propias necesidades. Con respecto a lo anterior, dos de las madres, se abstienen de invertir mayor tiempo en sí mismas, pues sienten culpabilidad cuando no pueden atender a sus hijos. La totalidad de las madres concuerdan en desarrollar a futuro sus propios intereses que les dé mayor bienestar emocional, físico y desarrollo personal, tales como: leer, dormir, dibujar, hacer deportes, ver películas, asistir a actividades sociales, estudiar, entre otros. Resulta diferente desde la visión de los padres, pues han logrado desarrollar mayor equilibrio en las diferentes esferas de su cotidianidad, de forma que, mientras le dan prioridad a sus hijos, realizan actividades para su propio autocuidado, como meditación diaria, salir a caminar, deportes, ver televisión, entre otras.
- Regularidad en chequeos médicos: Solamente una madre reporta practicarse chequeos médicos con regularidad. Las restantes, manifiestan que a pesar de tener afecciones



médicas a las que deben prestar atención (e.g., control de peso, presión arterial alta, migrañas, etc.), prefieren postergar su salud y acudir solo en casos de emergencias. Con respecto a los papás, tres se hacen chequeos médicos al menos una vez al año para tener control de la salud; los otros tres padres tienden a asistir al médico cuando es un dolor crónico.

Los resultados anteriores, han demostrado que hay un deterioro en la salud del subsistema parental, frente a las demandas cotidianas, pero que producto de los diferentes roles que asumen las jefas de familia han quedado en desventaja como así lo reflejan las distintas áreas exploradas de salud física y emocional. Si bien, ha existido un gran avance en cuanto al ejercicio de la responsabilidad paterna por parte de los jefes de hogar, hay que tomar en cuenta que, según los reportes de las madres, habría que seguir generando cambios en pro del equilibrio en los roles parentales, puesto que la percepción de desigualdad se mantiene.

## **Categoría 2. Construcción de los estilos de crianza**

- *Ruptura intergeneracional en los estilos de crianza*

Se identificaron similitudes y diferencias de crianza recibida por los adultos y la forma en que estos ejercen el vínculo actual con sus hijos (as), tales como:

- La totalidad de las familias han construido lazos significativos con sus hijos, pues hay una apertura a la expresión de la afectividad, evidenciando que una ruptura de los antiguos patrones de vinculación, ha sido vivenciar vínculos de apoyo emocional menos significativos con las familias extensas.
- De la totalidad de las familias, dos de las figuras paternas, reportaban que habían

crecido con “padres ausentes”, por lo que en la actualidad tienen una participación activa en la crianza de sus hijos (brindar herramientas cognitivas, emocionales y sociales), posibilitando romper con roles paternos socialmente asignados y a su vez una mejor distribución en la carga parental.

- Se observó que, cuatro hacen uso del castigo físico por una o ambas figuras de crianza, no obstante, tres de estas familias han estado abiertas a explorar otras formas de disciplina. A pesar de que las familias, proceden de estilos de crianza donde se normalizaba el uso del castigo físico, hay diferencias generacionales que la deslegitiman como una práctica apropiada.
- Los subsistemas parentales, han aprendido a escuchar a sus hijos, conocer lo que les gusta y les disgusta y actuar desde una postura empática y de diálogo, que se aleja del modelo adultocentrista, movilizando recursos para reforzar la calidad de vida mediante abordajes tempranos distintas áreas (e.g., lenguaje, estimulación cognitiva, motora).
- *Emociones que atraviesan los estilos de crianza*

Las familias atendidas, en la actualidad, reportan vivenciar sus estilos de crianza con ciertas emociones (preocupación, inseguridad, culpabilidad, miedo), que les producen malestar. Algunos escenarios frecuentes son:

- 1) La situación sociopolítica y económica del país, pues seis figuras de crianza sienten preocupación por las limitaciones para acceder a calidad de vida, en materia de seguridad, estabilidad económica y de educación. Con respecto al último punto, cuatro familias envían a sus hijos a guarderías o instituciones educativas privadas, aunque implique un mayor gasto económico, ya que la educación pública, para las familias, no resulta ser una opción de calidad. Por lo que se observa que la estabilidad económica

resulta ser un recurso necesario para la calidad de vida.

- 2) Los procesos de independencia que objetivamente alcanzarán los hijos son un tema que preocupa y causa incertidumbre a seis figuras de crianza, ya que por diferentes circunstancias (e.g, enfermedad, vejez, muerte) los padres, podrían ausentarse.
- 3) El temor a fallar, producto de experiencias previas insatisfactorias, así como sentir culpabilidad por haber heredado a su hijo la condición TEA, estuvo presente dos papás.
- 4) Finalmente, dos madres participantes, reportaron vivenciar una maternidad con culpabilidad, se autodenominan como sobreprotectoras y conciben que ser buena madre está ligado a la satisfacción inmediata de las necesidades de sus hijos. Las otras cuatro madres, no manifestaron explícitamente una sensación de culpabilidad en su rol materno, pues dentro de sus propias limitaciones se han mantenido a “flote” y reconocen que el único modo de continuar es postergar el autocuidado e intentar delegar el cuidado por horas semanales al padre, familia cercana (abuelos, abuelas, tías) o un centro privado de cuidado.

- *Caracterización de los estilos de crianza*

Según los reportes de los niños, adultos y observaciones de parte de las terapeutas, se advierten distintas áreas que necesitan ser reforzadas en los estilos de crianza.

- Autonomía de los niños. La información recolectada, arroja que, según los reportes de los niños y los adultos, las figuras de crianza han promocionado buenos hábitos de salud en los niños, incluyendo hábitos de higiene, adecuados tiempos de descanso y actividad física regular, siendo esta un área fuerte en cuanto a la autodeterminación de los niños. También lo ha sido la promoción de otras actividades: utilizar los utensilios

para comer, lavarse las manos, vestirse, recoger los juguetes y ponerse los zapatos solos. Sin embargo hay actividades que hacen con poca o nula regularidad—cepillarse los dientes, peinarse, organizar sus útiles escolares, dormir separados del cuarto de los adultos, aunque haya una habitación propia o para el subsistema fraternal—; los datos anteriores reflejan que hay actividades que los niños hacen solos y que continúan implementándolas sea porque el padre les incentiva con reforzadores positivos (e.g., “¡que bien lo haces!”) o bien, los niños aunque están menos motivados, siguen la instrucción de los padres. A pesar de que hay conductas que los niños pueden estar realizando por sí solos (tomando en cuenta la edad y capacidades), no se está implementando, por lo que es importante destacar el rol de andamiaje de los padres, para incentivar conductas que fortalezcan la autonomía.

- Temas alimenticios. En la totalidad de las familias, el tema de la alimentación compone un tema complejo, pues hay alimentos que, por su textura, olor, sabor, o contenido nutricional, entre otros; los niños no consumen y se deben realizar adaptaciones muy específicas. Lo anterior, incluye una mayor demanda de tiempo y en ocasiones, mayores recursos económicos para acceder a una adecuada alimentación. Esta temática presenta diferentes niveles de impacto en cada uno de los grupos, sin embargo, suelen resolver con éxito las distintas demandas. Sólo en una de estas familias, los padres reconocen que el infante tiene un trastorno alimenticio.
- Gestión emocional de los niños. Se encontró que cinco niños poseen un reconocimiento básico de sus emociones, donde se destacaron las emociones de sorpresa y felicidad, donde solamente dos logran identificar y ejemplificar las razones

por las que pueden sentir una emoción en particular (enojo, tristeza, felicidad). Se concluye que, si bien hay una identificación de las emociones, base fundamental para el trabajo en la II Fase, es necesario seguir reforzando las estrategias para la regulación emocional en todo el complejo familiar.

- Discrepancias en los estilos de crianza. En cuanto a estilos de crianza, con respecto a las formas en que se establecen los límites, se encontró que en tres familias hay un estilo más restrictivo en la figura paterna y un estilo más permisivo por parte de la figura materna, generando discrepancias marcadas. Tal como el caso de dos madres, quienes, a raíz de experiencias vitales, suelen calificar su ejercicio de maternidad con sobreprotección y, por lo tanto, hay un temor en el establecimiento de límites hacia sus hijos, con el objetivo de evitarles cualquier tipo de malestar. A su vez, este estilo de sobreprotección ha limitado el desarrollo integral del niño, ya que: 1) los límites son básicos para orientar al niño en la progresiva toma de decisiones, siendo precursor de una mayor independencia y 2) los estados emocionales, son base para enseñar al niño a desarrollar recursos internos, por lo que más que evitar este malestar, termina restringiendo la capacidad para autorregularse emocionalmente.

Tomando en cuenta lo anterior, los vínculos fusionados, caracterizan a estas madres, pues han asumido un cuidado exacerbado, y esto se ha transformado en una dependencia real del niño hacia su madre. Además, al no existir un consenso entre madres y padres, en el ejercicio disciplinario, suele ser un estilo el que prima, y cuando una de las partes impone su forma de disciplinar frente a la otra parte, se generan alianzas entre una figura de crianza y el hijo, siendo generalmente una alianza entre madre-hijo; lo que a su vez se traduce en malestar por parte de la figura de crianza excluida, pues el niño le

percibe con una connotación negativa, en su intento de establecer disciplina positiva.

Finalmente, se ha identificado en tres familias, una intervención de la familia extensa (abuelos), con quienes los niños también han establecido alianzas, desembocando en complicaciones en el manejo de límites con los niños, pues están condicionadas por la justificación de conductas ligadas al diagnóstico.

- *Estrategias de disciplina*

Se observó que con respecto al establecimiento de límites, disciplina y comunicación en general, la forma en que los padres enuncian instrucciones a los niños tiene poca claridad y no utilizan las adaptaciones necesarias, por ejemplo, cuando se habla muy rápido o al producir una gran cantidad de preguntas al niño hasta lograr una respuesta. En esta interacción, los padres suelen hacer suposiciones sobre lo que el niño entiende y expresa, desembocando en una comunicación imprecisa. Por lo que al no poder comunicar de forma bidireccional la información, puede generar a la postre, frustración. Por lo tanto, resulta esencial revisar las formas en las que se disciplina de acuerdo con el nivel de desarrollo del niño y sus necesidades en el aprendizaje.

Finalmente, se observó que cuatro familias hacen uso del castigo físico por una o ambas figuras de crianza, no obstante, tres de estas familias han estado abiertas a explorar otras formas de disciplina, por lo que han buscado habilitarse espacios psicoeducativos para encaminar estilos de crianza saludables, por ejemplo, buscan información en internet, medios de comunicación, participan en talleres para padres y se han dado la oportunidad de participar en este proyecto.

**Tabla 8.***Dimensiones de calidad de vida más afectadas en el subsistema parental*

		Categorías	
		Roles parentales y su impacto en la salud física y mental	Construcción de los estilos de crianza
<b>Dimensiones de calidad de vida</b>	Desarrollo personal	X	X
	Relaciones interpersonales	X	X
	Bienestar material		X
	Inclusión social		
	Derechos		
	Autodeterminación	X	X
	Bienestar emocional	X	X
	Bienestar físico	X	X

Fuente: Elaboración propia.

**6.1.3. Subsistema conyugal****Categoría 1. Desdibujamiento del subsistema conyugal**

Todas las familias intervenidas reportaron haber experimentado transformaciones en la relación de pareja. La naturaleza de esta evolución se sitúa a partir del nacimiento de los niños. Al tener ahora que asumir las diferentes demandas que le confieren a la crianza (e.g., diagnóstico TEA) y otras esferas (e.g., laboral y económica), donde cinco familias notificaron haber descuidado su relación de pareja y una familiar, expresó que se ha desligado totalmente del vínculo conyugal. La totalidad, percibe que sumirse en el subsistema parental, es signo de madurez conyugal, quedando minimizados los otros subsistemas y exceptuando la posibilidad

de construir un mayor balance.

Naturalmente, con el nacimiento de los niños, el vínculo conyugal se triangula, sin embargo, se ha observado que, en la totalidad de las familias, este periodo de triangulación se extiende, a partir del diagnóstico TEA.

### **Categoría 2. Bienestar emocional en el vínculo conyugal**

En cuanto a las pautas de expresión y comunicación, un aspecto que representa ser una fortaleza en las seis familias participantes, es que tienden a comunicarse y establecer mayores consensos cuando se trata de alcanzar el bien común (e.g., apoyarse mutuamente para alcanzar sueños y metas, tomar decisiones relacionadas a temas de los hijos (as), tales como la educación o estilos de crianza y sobre la economía del hogar); no obstante, cuando se trata de resolver conflictos maritales, hay deficiencias importantes.

Desde la esfera afectiva, hay una apertura para demostrar y recibir expresiones de afecto en el subsistema parental. Sin embargo, tres familias, evidencian una asimetría o ausencia de la expresión afectiva en el vínculo conyugal.

### **Categoría 3. Estilos de comunicación**

Se registra que cinco parejas, han desarrollado estilos de comunicación evitativos, caracterizados por la preferencia a eludir y bloquear la expresión de los estados emocionales hacia cónyuge, por varias razones: 1) consideran que si se acuden a la pareja como figura de depósito emocional para expresar cualquier malestar (e.g., situación personal, laboral o familiar); puede sobrecargarla de forma innecesaria y 2) al no existir espacios y confianza para expresarse emocionalmente, algunos cónyuges encuentran esta figura de depósito emocional en otras personas como familiares y amistades.

La forma en que estas parejas se dan cuenta de los estados emocionales de su cónyuge



es generalmente, a través de la lectura del lenguaje corporal y con poca frecuencia, una de las partes toma la iniciativa de comunicar de manera asertiva, cuando siente la necesidad de resolver un tema conyugal.

La limitada expresión emocional de estas parejas acarrea la acumulación de problemas sin resolver, convirtiéndose en un ciclo repetitivo de pendientes en el subsistema conyugal, y donde no hay una variación de la gestión emocional ni de las estrategias de afrontamiento, por ejemplo, decir frases hirientes que invalidan al otro (a) o usar el silencio como estrategia de comunicación (aplicar *ley del hielo*). Los estilos de comunicación evitativa se ven reforzados por: 1) creencias irracionales que giran en torno a la expresión emocional, tal como bloquear las emociones, no sentir las ni demostrarlas al otro. Ante ello, es necesario un trabajo de psicoeducación emocional para aprender a deconstruir creencias irracionales mediante diálogo socrático, 2) Ligado a lo anterior, se debe concientizar que la correcta gestión emocional impacta todos los sistemas familiares y que de ellos (as) como pareja-parental depende el desarrollo de expresión emocional de los hijos (as), es decir, si el entorno no favorece identificar y expresar estados emocionales, sumado a variables orgánicas (TEA), se comprende que los niños están presentando dificultades en la autorregulación emocional y 3) la inexistencia de espacios conyugales limita la expresión emocional, por lo que es necesario retomar estos espacios.

Se concluye que, en el imaginario de estas parejas, en el vínculo conyugal hay temas (expresión de la afectividad y comunicación asertiva) que le gustaría retomar con cierta levedad, pero que no resulta ser prioridad entre tantas demandas que deben satisfacer. Aquellos cónyuges que no estaban interesados(as) en abordar estas temáticas, se conjetura que: 1) no hay un reconocimiento de que sea un área individual para mejorar y 2) es un tema

que no están preparados para abordar, ya que la naturaleza de la temática les genera incomodidad y han aprendido a convivir de esta forma.

**Tabla 9.**

*Dimensiones de calidad de vida más afectadas en el subsistema conyugal*

		Categorías		
		Desdibujamiento del subsistema conyugal	Bienestar emocional en el vínculo conyugal	Estilos de comunicación
Dimensiones de calidad de vida	Desarrollo personal	X		
	Relaciones interpersonales	X	X	X
	Bienestar material			
	Inclusión social			
	Derechos			
	Autodeterminación	X		
	Bienestar emocional	X	X	X
	Bienestar físico	X		

Fuente: Elaboración propia.

## **6.2. Fase II. Proceso de acompañamiento terapéutico familiar**

Las familias desde la Fase I progresivamente fueron transformando sus expectativas iniciales del proceso. Así lo demuestran los objetivos terapéuticos fijados en la Fase II. Entre las principales transformaciones sobre las expectativas, se destacó que: 1) las demandas ya no se centralizaban solo en el o los niños diagnosticados, concientizando que la familia es un sistema que se retroalimenta, donde cada uno de los miembros tiene recursos y necesidades que afectan a los otros y viceversa, 2) las demandas antes se planteaban de una forma generalizada, pasando a ser demandas más encaminadas pues se concretan áreas de trabajo y 3) las familias pasaron a identificar áreas por mejorar, que en un inicio no habían sido concientizadas (e.g., tópicos del subsistema conyugal).

En este apartado se profundiza los planes de intervención hechos con cada una de las cuatro familias participantes y al finalizar, se esquematiza una puesta en común de todas las rutas de intervención.

### **6.2.1. Perfiles familiares y ruta de intervención**

La información fue sistematizada por cada caso, donde se describen los siguientes elementos:

- Cuadro descriptivo del perfil de la familia. Se contextualizan datos generales:
  - ◆ Nombres de los miembros de la familia, haciendo uso de seudónimos con el fin de guardar y proteger la identidad de la familia participante.
  - ◆ Edades de cada uno de los miembros al momento de dar inicio con el proyecto.
  - ◆ Duración total del proceso terapéutico, que comprende la suma de las sesiones ejecutadas en la Fase I y II Fase.

- ◆ Recursos terapéuticos familiares. A partir de las elaboraciones hechas por la familia y las observaciones del equipo de terapeutas, se identificaron desde la Fase I de intervención, recursos cognitivos, emocionales y sociales, pues son base para generar movilizaciones en la dinámica familiar.
- Objetivos terapéuticos. Se desglosan cada uno de los objetivos con su respectiva justificación, ya que es necesario contextualizar los elementos particulares de la dinámica familiar que explican las razones por las que se está trabajando sobre un eje en particular.
- Ruta de intervención. Por cada objetivo terapéutico, se mencionan las técnicas y actividades que facilitaron movilizaciones en pro de la calidad de vida familiar, las cuales fueron subrayadas, con el fin pueda mapearse y en todo caso, consultarlas con facilidad en el Anexo 13. Así mismo, se genera una descripción breve sobre recomendaciones finales hechas a la familia.

## Perfil de Familia A

<b>Total de sesiones</b>	14 sesiones
<b>Miembros participantes</b>	Ana (madre, 40 años) Marcos (padre, 52 años) Alex (hijo y paciente identificado, 4 años) Ariel (hijo, 2 años)
<b>Recursos terapéuticos familiares</b>	La familia tiene diversidad de intereses (académicos, artes, ciencias, deportes, actividades recreativas, entre otras), perfilándose como una familia con un amplio bagaje de herramientas cognitivas. Gracias a su formación académica y laboral, así como la suma de experiencias vitales, se han empoderado en la esfera de derechos, y se han caracterizado por conformar una red de apoyo importante para otras familias. Así también, cada padre aporta sus cualidades al estilo de crianza, ajustándose de manera muy precisa en la interacción con los infantes.

### Objetivos terapéuticos

- ❖ Construir herramientas a favor de la regulación emocional de los miembros de la familia, por medio de un abordaje psicoeducativo en los diferentes subsistemas que integran la dinámica familiar.
  - Habilitar un espacio de psicoeducación emocional.
  - Incentivar estrategias de autocuidado en el subsistema parental.

A partir de los hallazgos obtenidos en la I fase, se encontró que el subsistema parental, ha realizado una amplia labor de estimulación temprana para los infantes, reforzando sus habilidades en diferentes áreas, principalmente a nivel cognitivo. No obstante, la esfera emocional no se ha abordado de la misma forma, poniendo de manifiesto vacíos en el área de regulación emocional, pues los padres reportan que Alex y Ariel, han experimentado dificultades para expresar sus estados emocionales. Por otro lado, Ana y Marcos señalan que

existen limitaciones en espacios de autocuidado, debido al ejercicio parental y laboral, siendo más evidente en Ana, pues reporta mayor insatisfacción en esta área.

### **Ruta de intervención**

El abordaje psicoeducativo, responde al grueso de las áreas por trabajar con esta familia, ya que se buscaba que todo el sistema pueda identificar, reconocer, enunciar y validar sus emociones.

En concordancia con los recursos familiares, se elaboró en la plataforma de Genial.ly, un juego de preguntas que aborda el universo de las emociones. Los padres demostraron amplios conocimientos conceptuales sobre la diversidad de emociones, sus funciones, rol adaptativo e impacto en otras personas, rectificando la necesidad de aplicar estos conocimientos. Además, se construyeron estrategias de regulación emocional, inicialmente abordadas con la metáfora de la olla de las emociones en las que Marcos y Ana, precisaron 2 afirmaciones: 1) Su actuación está determinada por los recursos cognitivos y emocionales que poseen. Obteniendo como insumo, la relevancia de explorar las estrategias que los adultos y niños utilizan, su efectividad, y la investigación de nuevos recursos y 2) A pesar de la alta demanda cotidiana, es importante encontrar un espacio para la gestión emocional, por lo que es clave habilitar este espacio de acuerdo con sus posibilidades de tiempo.

Para darle seguimiento a esta temática, se promueve la creación del rincón de la calma. Se le solicitó a la familia, formular estrategias que les permitieran hacer una mejor gestión de sus emociones, lista que fue sometida a evaluación constante. Esta actividad también incorporó la creación de un espacio físico, donde se encontró que la familia, ya contaba con recursos materiales y áreas de juego (trampolín, hamacas, piscinas de bolas y

arena) para trabajar la regulación emocional de los niños. En esta misma línea, se trabajó con los niños, el cuento del monstruo de colores. Además, en casa, los padres propusieron replicar esta dinámica del cuento haciendo uso de otros elementos, como globos de colores y recursos audiovisuales, con el mismo objetivo.

La dinámica anterior se produjo por medio de la técnica de observación parental, permitiendo un reconocimiento de las pautas del aprendizaje de los niños. Ana, por ejemplo, notó que Ariel necesita de una ejemplificación para poder ejecutar determinadas acciones y Marcos reconoce los estados emocionales de Alex, y le ayuda al niño a encontrar alternativas de autorregulación. Ana y Marcos reportaron un aprendizaje por parte de Alex, en cuanto al reconocimiento y expresión de las emociones. Este ejercicio de observación permitió generar una base para insertar posteriormente, el tema del modelamiento.

Las estrategias de las cuales hacían uso para autorregularse guardan una estrecha relación con las estrategias de autocuidado, de forma que, para fomentar el establecimiento de prácticas parentales saludables, se hizo uso de la metáfora del corazón, con el fin de comparar el rol del autocuidado y su influencia en las prácticas parentales. Ana reconoce la importancia de atender su autocuidado, ya que lo ha pospuesto constantemente, por su contexto demandante. Parte de las transformaciones de Ana fue resaltar que la responsabilidad de cuidarse es propia, lo que orientó su accionar a una mejor organización en el ámbito laboral, delegando funciones y desligándose de aquellas que no le corresponden, también una mejor organización del cuidado de los niños para evitar recargos en una sola persona, delegar los quehaceres domésticos, entre otros.

Finalmente, como parte de las recomendaciones, siendo este un abordaje con una naturaleza psicoeducativa se sugirió a las familias continuar trabajando sobre su propio

compendio de herramientas en respuesta a sus demandas, para que, con el tiempo, se instauren y se sostengan como aprendizajes adquiridos. Además, reflexionar sobre lo que limita el autocuidado en el subsistema parental, ya que se debe reforzar la cuota de responsabilidad de cada miembro en la activación de prácticas de autocuidado.

- ❖ Generar estrategias en el subsistema parental que fortalezcan un estilo de crianza saludable.
  - Revisar las prácticas disciplinarias y pautas de interacciones en el subsistema parental para construir estrategias que favorezcan la sana convivencia en la familia.

En esta sección se sitúa a las prácticas disciplinarias y los estilos de crianza, entendiendo que, gran parte del abordaje que responde a este objetivo se sitúa dentro de las temáticas explicitadas en el primer objetivo. Este panorama ha tenido influencia en los roles parentales que cada figura de crianza asume. Así también, se reconoce la necesidad de reforzar herramientas que respondan a la esfera emocional, tanto para adultos como para los niños, pues de esta forma se mejora la convivencia entre todos los subsistemas.

### **Ruta de intervención**

La intervención llevada a cabo conforma un engranaje entre objetivos terapéuticos, de modo tal que la ruta de abordaje que se describe a continuación se construyó paralelo al primer objetivo.

El primer eje consistió en un trabajo continuo de observación y registro de conductas, se incorporó el tópico de modelamiento. Por medio de la técnica para la evaluación y modificación conductual y el análisis funcional de la conducta, los adultos pudieron reconocer



cuáles eran los activadores, las creencias irracionales circundantes, las reacciones fisiológicas, la consecuencias emocionales y conductuales, y finalmente, cómo orientar el uso de técnicas de regulación emocional, acompañado por un constante diálogo para debatir ideas, a lo largo de la intervención.

La ejecución del análisis funcional de la conducta se llevó a cabo en diferentes momentos de la intervención, y se trabajó con diferentes escenarios propuestos por los padres, para comprender variables internas del sujeto (características o rasgos individuales) y variables externas (ambiente), que pautan los comportamientos en adultos y niños. Se incluyeron temas relacionados con la disciplina, el seguimiento de instrucciones, la convivencia entre hermanos, la limitada expresión de los estados emocionales asociados al enojo, dolor y frustración, entre otros. Este proceso de entrenamiento suscitó transformaciones en las prácticas parentales, dando lugar a una mejora en las interacciones entre los miembros, donde se destacan: 1) los esfuerzos que han hecho los padres por ofrecer psicoeducación emocional a sus hijos, 2) una identificación atinada de las variables ambientales que pueden desencadenar diferentes tipos de conductas en los niños, 3) la adquisición de herramientas para la identificación de rabietas o crisis, y 4) mayor concientización sobre la necesidad de hacer uso de recursos básicos para modelar las conductas de los niños, que incluye lograr canales de comunicación asertivos de los estados emocionales.

La observación tuvo un rol determinante en el proceso de modelamiento, es por esta razón que acá se utilizó la técnica de autorregulación parental en el modelamiento de los hijos (as). Para introducir este concepto, se realizó un repaso teórico para explorar los procesos básicos implicados, de forma tal que los padres puedan entender el rol y cómo se produce el

modelamiento (e.g., impacto de la autorregulación de las figuras de crianza, en la autorregulación de sus hijos). Llegando los padres a identificar su influencia en el modelado de las conductas y distinguiendo manifestaciones puntuales de los niños, a partir de conductas que han reproducido de sus figuras parentales. De hecho, el compendio pautas para el entrenamiento parental en el modelamiento, surge a raíz de la integración de conocimientos de los padres.

Como parte de las recomendaciones dadas, se rectifica que el trabajo del subsistema parental representa una trayectoria continua, y por tanto, requiere de un abordaje constante y cambiante. Por lo que las herramientas adquiridas son base para utilizar a largo plazo, de manera que, se les invitó a generar una constante realimentación sobre las estrategias utilizadas y el trabajo de observación parental, como indispensable, para ejercer de modo crítico el rol parental.

### Perfil de la Familia B

<b>Total de sesiones</b>	13 sesiones
<b>Miembros participantes</b>	Sileny (madre, 37 años) Osvaldo (padre, 36 años) Ismael (hijo y paciente identificado, 7 años) Damián (hijo, 2 años)
<b>Recursos terapéuticos familiares</b>	La familia se percibe como un equipo donde hay apoyo para que todos los miembros puedan darle consecución a metas o proyectos personales. Las terapeutas identifican que al buscar un bien común, una de las estrategias es la capacidad de organización y planificación en sus rutinas diarias, así como el mayor balance que se logra en los roles parentales. La familia se caracterizó por la puntualidad, la apertura para aprender y el compromiso para ejecutar tareas fuera de sesión. Los valores espirituales ligados a la religión caracterizaron a esta familia, pues consideran que con fe y perseverancia pueden tener mayor unión familiar y mejorar como equipo.

#### Objetivos terapéuticos

- ❖ Implementar un espacio psicoeducativo en el que cada miembro pueda, reconocer, enunciar y validar sus estados emocionales, junto con el desarrollo de herramientas a favor de la regulación emocional de los miembros de la familia.

La psicoeducación fue base puesto que para trabajar temas ligados al subsistema parental (e.g., expectativas en la crianza), al subsistema conyugal (e.g., comunicación asertiva) y de orden más individual (e.g., manejo de la ira, estrés, tristeza, tolerancia a la frustración), era necesario que cada miembro de la familia lograra reconocer, enunciar y validar los estados emocionales para trabajar en herramientas que facilitaran la autorregulación emocional.

#### Ruta de intervención

En el inicio de la intervención en este eje, se hace uso de la actividad universo de las emociones. Se observó que la familia poseía un amplio conocimiento sobre las emociones en general y sobre el concepto de autorregulación emocional; a su vez se facilitó la metáfora la olla de las emociones.

En cuanto al trabajo de psicoeducación emocional con los niños se hizo uso en sesión del cuento del monstruo de colores, el cual ya era conocido por Ismael. Por lo que el espacio fue de provecho para: 1) reforzar los aprendizajes de Ismael, 2) el subsistema parental refuerza los aprendizajes del subsistema fraternal y 3) tienen la oportunidad para enseñarle a sus hijos que no hay emociones malas. También se trabajó con el semáforo para la regulación emocional en niños, donde se psicoeducó sobre las formas en que se puede actuar frente ante una emoción.

Además, la familia habilitó un rincón de la calma para la regulación emocional de los niños, donde según la madre, Damián hace uso de este espacio para jugar, e Ismael, mencionó que lo usa cuando se ha sentido triste, enojado, frustrado.

Desde la primera sesión, cada uno de los miembros de la familia comenzó a identificar las estrategias que tiene cada uno para regularse emocionalmente y así evaluar la efectividad de estas estrategias. Con los niños se trabajaron ejercicios de respiración diafragmática y se les recordó hacer uso de esta técnica cuando está sintiendo alguna emoción que no se sienta tan bien en su cuerpo.

Desde la segunda sesión, se comienza a ejecutar el registro para el entrenamiento parental en la autorregulación emocional. Dentro de las herramientas adquiridas por el subsistema parental, se destacan: 1) mayor facilidad para identificar variables en situaciones que pueden desencadenar desesperación o enojo, (e.g., descubrir que el trasfondo de una

situación-problema está ligada a la falta del establecimiento de límites en individuales, del subsistema parental, o conyugal), 2) la madre al identificar variables aplicó con mayor frecuencia, estrategias de autorregulación. En cuanto a la reestructuración cognitiva, la madre refuta sus expectativas, aceptando su ritmo de aprendizaje del niño y 3) el padre, se permitió cuestionar y dar la oportunidad sobre otras formas de disciplina, ligadas al diálogo y la comprensión de sus hijos. A partir del autodebate, antes ligaba sus desaciertos, a un déficit en su desempeño del rol paterno, cambiando su percepción sobre estos escenarios como una oportunidad de mejora.

En síntesis, se recomendó a los padres, continuar propiciando espacios de psicoeducación emocional, puesto que desaprender es un trabajo continuo, que toma tiempo.

- ❖ Generar estrategias que fortalezcan un estilo de crianza saludable para el subsistema parental.

La forma en que ejerce la crianza este subsistema ha estado mediada por: amor y disciplina. Con respecto al primer elemento, Sileny y Osvaldo, tiene una expresión de afectividad abierta (e.g., muestras de cariño, estar atento y tener escucha activa sobre necesidades puedan tener los hijos, etc.). En relación al segundo elemento: se identificó que la familia prefiere distanciarse del castigo físico severo y utilizar otras formas de disciplina.

Por otro lado, el ejercicio parental ha estado cargado de sentimientos como el miedo, frustración, incertidumbre y culpabilidad, a partir de experiencias percibidas como negativas, a lo que se le suma el diagnóstico temprano de TEA. El subsistema parental se cuestiona los parámetros para definir su disciplina es permisiva o autoritaria. Por lo que, Sileny, desea trabajar sus expectativas (ideales y reales), ya que en ocasiones tiende a apelar hacia el

perfeccionamiento y Osvaldo, expresó que deseaba aprender a establecer límites a los niños, aprendiendo sobre autorregulación parental.

### **Ruta de intervención**

La reestructuración cognitiva tuvo lugar con la línea de tiempo del subsistema parental. Los padres identificaron eventos que han reforzado la concepción de inseguridad, concluyendo que ha estado fuera de su control y en contraposición, pesaba más, lo que consideran han efectuado bien con sus hijos.

Para continuar con la desestabilización del sistema de creencias, se hace uso de la externalización del síntoma, donde se trabajó el síntoma de la frustración y la incertidumbre, se destaca:

En cuanto a Sileny se encuentra que, en su rol de madre: 1) el amor y la disciplina, son dos aspectos compiten por ver cuál prima, 2) la madre se exige mucho a sí misma, por lo que experimenta frustración y 3) la frustración también cumple un rol positivo, ya que le impide llegar a utilizar disciplina física con sus hijos.

En cuanto a Osvaldo, en su rol de padre se encuentra que: 1) la incertidumbre surge a partir de asumir responsabilidades parentales, a edades tempranas, pues cuidaba de sus hermanos (as), 2) distingue el rol positivo de la incertidumbre, porque le permite tomar de conciencia, sobre cómo ejercer prácticas parentales sanas, destacando la incertidumbre como una aliada.

En cuanto al subsistema parental: 1) Sileny y Osvaldo, se enfrentaban a las mismas incógnitas relacionadas a la crianza de sus hijos, pero aún faltaba un trabajo en la línea de ser

pareja parental, para que los niños conciban al subsistema parental unificado y evitar las alianzas con la figura materna o paterna y, 2) la importancia de externalizar a los hijos su sentir como padres, pues así se fomenta la empatía.

Para dar continuidad a la reestructuración cognitiva, se revisó el estilo de crianza que recibieron las figuras de crianza y su influencia en sus actuales roles parentales. Entre las principales movilizaciones, destacan: 1) un reconocimiento de aspectos que se pudieron mejorar (e.g., ambos concuerdan que como niños aprendían principalmente por miedo) y 2) ambos padres a pesar de su experiencia de crianza no normalizan la violencia como estrategia de disciplina para con los niños.

El siguiente paso fue explorar el concepto de disciplina, mediante un diálogo socrático y con el apoyo de la metáfora de la brújula. Sileny y Osvaldo transforman la concepción de la disciplina y reconocen que los límites más que hacerlos "malos padres", les ayuda a orientar a sus hijos. Los niños han ido comprendiendo este nuevo sistema de relaciones de contingencia entre conducta y consecuencia.

Con el fin de brindar más herramientas al subsistema parental, se usaron técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas. Se observó que la situación problema propuesta es multifactorial, y en la medida en que se controlen dichas variables, habrá un entendimiento progresivo de los niños en cuanto a los espacios que le pertenecen tanto al subsistema conyugal como al fraternal.

Paralelo al abordaje se trabajan técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas con la actividad promoción de la autodeterminación y autosuficiencia del niño en actividades cotidianas. En cuanto a progresos: 1) los padres han intervenido para que Ismael aprenda habilidades motoras y a su vez le enseñaron sobre la gestión de la frustración y 2) los

padres han observado que ambos hijos han ido alcanzando mayor independencia, consecuentemente aplicaron reforzados sociales.

A propósito, se trabajaron espacios de sesión solo con los niños para reforzar el tópico de autodeterminación mediante el cuento Uga la Tortuga y charadas, donde Ismael reconoció la importancia de realizar estas actividades más allá de concebirse como una demanda externa. Además, se reforzó la importancia del trabajo en equipo a nivel familiar

En esta línea se hacen dos recomendaciones: 1) continuar con el trabajo de autodebate sobre las expectativas que se tienen con los hijos, tomando en cuenta su edad y capacidades y, 2) seguir explorando estrategias que incentiven la motivación intrínseca de los niños y 3) se invitó a la reflexión constante de, los conceptos de amor y disciplina como complementos y no antagónicos.

- ❖ Construir herramientas para una comunicación asertiva y expresión de la afectividad en el sistema familiar.

En la familia se identificaron deficiencias en las pautas de comunicación, especialmente en el subsistema conyugal, pues la resolución de conflictos tiende a postergarse. Por otro lado, en el subsistema conyugal no se ha podido unificar las expresiones afectivas, siendo notablemente unilaterales y las razones están ligadas a concepciones sobre el pudor y la insatisfacción con la imagen corporal. Este panorama, se ve reforzado con que los hijos aún duermen en el mismo cuarto del subsistema conyugal, siendo una estrategia (consciente o inconsciente) para postergar los encuentros sexuales-íntimos.

### **Ruta de intervención**

En primer lugar, se tuvo que generar una transición sutil entre temas ligados al



subsistema parental, para posteriormente focalizarse progresivamente en el subsistema conyugal. Por esta razón, se retoman elementos que los padres dicen caracterizar una pareja parental para posteriormente extrapolarlos al subsistema conyugal, donde cada uno destacó: 1) el respeto para llegar al consenso y 2) la comunicación y la negociación.

Posteriormente, gracias a la psicoeducación en el área de la comunicación asertiva, la pareja pudo darse cuenta de elementos que usaban con menos frecuencia (e.g., la tendencia a echarle la culpa al otro).

Al encontrar discrepancias entre la comunicación verbal y no verbal, se realizó una actividad que incluye el uso de los diferentes sentidos, tal como el contacto visual y físico (utilizando principalmente las manos), llamada Sintiéndonos, la pareja genera las siguientes reflexiones:

- Utilizar todos los canales de comunicación, pues con frecuencia la vía verbal, es el único canal de comunicación, obviando todo lo que se comunica de forma no verbal.
- Aprender a identificar señales para explorar más información con el cónyuge y mediar soluciones.

La Línea de tiempo de los radares fue un ejercicio en el que la pareja logró describir aspectos emocionales, físicos y de personalidad que les hizo sentir una conexión física y emocional en el noviazgo y aspectos individuales que destacan en el presente. Finalmente, reconocen como estas características individuales (e.g., fe en Dios, disciplina, honestidad, empatía y el ser servicial), les ayudaron a enfrentarse a circunstancias difíciles que han logrado resolver, volviendo más unida a la pareja.

A modo de cierre y recomendaciones, las actividades, espacios de pareja, expresión de la afectividad y el bote de los deseos, se propusieron para continuar el proceso terapéutico,

aunque haya finalizado el proyecto. Se observó en la pareja un mayor acercamiento emocional, puesto que el espacio fue clave para abordar temas de la esfera conyugal. Según las retroalimentaciones hechas por el equipo de terapeutas, la pareja se mostró consciente y dispuesta en considerar más adelante, el trabajo terapéutico focalizado en el subsistema conyugal.

### Perfil de la Familia C

<b>Total de sesiones</b>	12 sesiones
<b>Miembros participantes</b>	Federico (padre, 32 años) Sabrina (madre, 35 años) Alejandro (hijo y paciente identificado, 6 años)
<b>Recursos terapéuticos familiares</b>	La familia demostró apertura para la escucha y expresión de temas sensibles, así como, apertura para movilizar la dinámica familiar en pro del bienestar de todos los miembros. Se observó en la familia, una gran capacidad de resiliencia. Ante este panorama, se observó que la familia cuenta con un amplio círculo social (familia extensa, amistades, compañeros de trabajo, vecinos), quienes a su vez representan una red de apoyo a nivel económico, social y emocional.

#### Objetivos terapéuticos

- ❖ Habilitar espacios de convivencia familiar por medio de la promoción de prácticas de interacción saludables en los diferentes subsistemas de la familia.

La familia se enfrentaba a demandas del cuidado y crianza del hijo, responsabilidades laborales, económicas y otras actividades dentro y fuera del contexto familiar. Por lo que había sido un reto, habilitar espacios de calidad para la convivencia familiar, terminando por afectar el vínculo conyugal y entre papá e hijo. Por esta razón, la línea de trabajo se divide en tres ejes principales de acción:

- Fomentar prácticas parentales saludables por medio de la exploración de conceptos asociados a los roles parentales.

Con el fin de habilitar espacios de calidad para la convivencia familiar, exploró, cómo se asumen las prácticas relacionadas con los roles parentales. Desde la primera fase, se comienza a evidenciar que hay un desequilibrio en la distribución de las cargas parentales.

Siendo la madre quien tiene una mayor responsabilidad sobre el cuidado y la crianza del niño. Esta dinámica familiar se ha ido construyendo y reforzando por elementos y circunstancias, específicas, tales como: 1) el padre reciente ha vuelto a retomar el vínculo con su hijo y desea aprender más sobre la condición TEA, 2) la madre se concibe como sobreprotectora y vivencia una maternidad cargada de miedos e inseguridades, exacerbada por las implicaciones del diagnóstico. Así también, se le dificulta delegar el cuidado del niño a la figura del padre y 3) Sabrina, se posterga a sí misma por atender las necesidades de los demás, dejando poco espacio para el autocuidado, reforzado por sentimientos de culpabilidad, cuando se trata de cuidarse a sí misma.

### **Ruta de intervención**

El abordaje da inicio con la actividad, la pirámide de prioridades, donde hubo un reconocimiento de la posición que ocupan las responsabilidades asociadas a la crianza, y que esta podría someterse a mejora, para evitar una recarga de las responsabilidades del cuidado de Alejandro, en una sola figura. Así también, los padres se dan cuenta del lugar que ocupan las necesidades básicas/fisiológicas, notando que estas no ocupan un lugar importante (incluyendo hábitos alimenticios poco saludables y tiempos nulos o limitados en tiempos de descanso de la madre). Por esta razón, fue importante incluir la promoción de espacios de autocuidado, paralelo al trabajo que se hacía sobre las concepciones de los roles parentales.

Posteriormente se exploran los conceptos asociados a los roles parentales a través de la reestructuración cognitiva, donde el padre subraya su deseo de activar su rol parental, mientras que con la madre se aborda su concepción de sentirse como una “mamá gallina”. Simultáneamente con esta estrategia, se realizaron actividades con plastilina y creación de

dibujos. Por limitaciones laborales del padre, este no pudo estar presente en la mayoría de las sesiones, y por tanto, no se pudieron evidenciar sus movilizaciones. No obstante, a lo largo de las sesiones, existieron transformaciones de parte de Sabrina, logrando: 1) una evolución del concepto de “mamá gallina”, llegando a afirmar que podría ser una mamá gallina más equilibrada, reconociendo y controlando sus propios miedos, 2) repensar el autocuidado y así, mermar la sensación de culpabilidad, 3) entender la importancia del autocuidado como cuidadora primaria y la necesidad de delegar funciones y tener mayor confianza en el rol que podría desempeñar el padre, delegando responsabilidades, y permitiendo que este tenga espacios exclusivos con el niño, y 4) permitir a su hijo mayores espacios de autodeterminación.

Lo anterior, tuvo impacto en la interacción con el infante, pues reconoció que: 1) es necesario que el niño salga de la burbuja de seguridad que le aporta la madre. De la mano con la promoción de herramientas de parte de sus padres y 2) permitirle al niño salir de esta burbuja, trae ventajas, interacción social, mayor autonomía, autodeterminación, aprendizajes para su propio crecimiento.

Paralelo al trabajo de reestructuración cognitiva, se promueven transformaciones en los espacios de convivencia familiar, donde se sugieren alternativas, tales como, generar un balance entre las tareas de cuidado y los espacios lúdicos con el niño y la regulación del uso del dispositivo celular en las interacciones familiares. Sabrina afirmó percibir cambios significativos en pro de la calidad de vida familiar, evidenciado un crecimiento en el rol parental de Federico, reforzando la relación padre-hijo, quien ha demostrado tener iniciativa y motivación para compartir actividades con Alejandro, como llevarlo a pasear, colaborar con las tareas escolares, dedicar tiempo de juego, elaborar instrumentos para el disfrute del niño.

La madre observó que Alejandro ahora siente la confianza de hacer partícipe a Federico en sus actividades cotidianas.

Para habilitar espacios de autocuidado ambos padres reflexionaron sobre concepciones que iban en detrimento del autocuidado, para ello, se trabajó con la metáfora del corazón. Por lo que aunado, con la desestructuración cognitiva, la madre se esforzó por habilitar, innovar y mantener estrategias de autocuidado, con acciones concretas (e.g., sopas de letras, caminar, dedicarse algunas horas a sí misma, tomar la iniciativa de hacerse chequeos médicos de rutina, todo a partir de la acción de delegar funciones y reconocer que el niño podría ser más independiente). Federico por su parte, ha habilitado espacios, para su propio bienestar y para establecer espacios de convivencia con su pareja e hijo, teniendo impacto positivo en su proceso de autocuidado.

En resumen, se recomienda a Sabrina continuar un trabajo metacognitivo, pues tiende a estresarse de forma exacerbada, aumentando su probabilidad de ejercer una maternidad más codependiente. Así también, cuestionar con evidencia objetiva los temores que le suscita la crianza de Alejandro, para no repetir viejos patrones que vayan en detrimento de la calidad de vida de madre e hijo. Por otro lado, la familia reconoce que se debe continuar el trabajo en la comunicación como equipo parental, para lograr una mayor organización de los espacios de convivencia. Así como la promoción constante de espacios individuales para el autocuidado.

- Promover vínculos que refuercen la autonomía y autosuficiencia en el infante, en pro de mejorar el proceso de desarrollo del niño.

El niño denota áreas fuertes de desarrollo y que tienen relación con la independencia, tales como: acciones cotidianas en relación con la alimentación, orientación espacial, vocabulario, higiene personal y vestimenta. Tomando en cuenta la exploración de la primera

fase, se identifican las variables contextuales que condicionan la conducta del niño, por ejemplo, la presencia de la madre, pues satisface inmediatamente las necesidades del niño. A diferencia del padre, con quien el niño es más independiente.

Por otro lado, se evidencian diferencias en los estilos de crianza. Federico se describe con un estilo más “estricto”, mientras que Sabrina dice ser más “permisiva”. A lo anterior se le agrega el rol de los abuelos del niño, quienes irrumpen las normas preestablecidas, pues justifican las conductas inadecuadas del niño debido a su condición TEA. Por ende, hay una serie de componentes que terminan restringiendo la autonomía del infante.

### **Ruta de intervención**

Puesto que hay una tendencia a la patologización generalizada de las conductas del niño, es a través de la reestructuración cognitiva, que los padres encontraron evidencia de que el niño puede alcanzar metas y habilidades por sí solo, por ejemplo, con el diálogo socrático, lograron desmitificar expectativas irreales, centrándose en aquellas áreas fuertes de independencia y de adaptación.

Por otro lado, los avances descritos en el primer objetivo específico permitieron transformaciones en la forma en que se asumen los roles parentales, con respecto a la autodeterminación del niño. En primer lugar, se observó que la madre al reconocer los viejos conceptos asociados a la maternidad permitió mayor autosuficiencia y autodeterminación del infante en actividades que el niño realiza en su cotidianidad, por ejemplo, ir al baño, bañarse, cepillarse los dientes, vestirse. En segundo lugar, la madre reporta sentir más confianza en dejar a cargo el cuidado del niño con el padre, concientizando que fueron sus miedos los reforzadores del vínculo de dependencia madre e hijo.

Finalmente, se recomienda dar continuidad al trabajo relacionado con la percepción

focalizada sobre el diagnóstico, siendo determinante reconocer las conductas asociadas al TEA y al nivel de desarrollo de un niño de su edad, porque ello va a determinar las estrategias que, como equipo parental, van a utilizar. Así mismo, en pro del proceso de autosuficiencia del niño, es relevante instaurar conductas con regularidad y de forma prolongada para que el niño adquiera este aprendizaje y lo convierta en hábito, así como establecer límites para que el niño logre una asociación entre conducta y consecuencia.

- Construir herramientas para una comunicación asertiva y expresión de la afectividad en el sistema familiar.

El vínculo conyugal se ha transformado a partir de eventos relacionados con el diagnóstico, por ejemplo, a partir de este se desemboca una crisis que culmina en la separación de la pareja, pues hay una forma diferenciada de la aceptación del diagnóstico. Después de unos años, la pareja retoma el vínculo, donde ambos cónyuges concuerdan que hay transformaciones positivas (e.g., saben gestionar mejor sus problemas), aunque deben continuar trabajando esta área.

El equipo parental ha experimentado limitaciones en lo correspondiente a su comunicación, que se pueden explicar por 3 razones: 1) Sabrina fue quien asumió por muchos años el rol de cuidadora primaria, siendo complejo visualizar el cuidado compartido, hay un depósito de confianza insuficiente en la figura paterna y 2) Sabrina asocia que sí establecen límites en las funciones parentales, podrían acarrear conflictos conyugales, experimentando temor hacia una posible separación, y 3) producto de las deficiencias en la calidad comunicativa, se evidencia discrepancias en las preferencias del área de expresión afectiva, en la pareja.



### **Ruta de intervención**

Con el propósito de habilitar espacios de convivencia, puesto que el subsistema conyugal ha quedado desdibujado, parte del trabajo también se direcciona hacia el establecimiento de una comunicación asertiva como un eje que atravesó todo el proceso terapéutico y elemento base para asegurar calidad en las interacciones familiares existentes. Sabrina ha implementado estrategias para comunicarse, como validar las emociones de ambos cónyuges, crear espacios para compartir sus estados emocionales y utilizar estrategias de regulación emocional.

En síntesis, ante los desacuerdos, se les incentiva a continuar con las siguientes pautas de comunicación adquiridas en el proceso terapéutico: 1) utilizar las estrategias que ya conocen, que les han funcionado y aprender que si un mecanismo no funciona, se debe intentar otras formas, 2) de reactivos a proactivos: identificar aquellos sentimientos como ansiedad, enojo, culpa; para hablarlos antes de llegar al punto máximo de “ebullición”, 3) preguntar siempre, no asumir o atribuir estados mentales ni emocionales y 4) utilizar expresiones asertivas para hacer peticiones (e.g., “Me gustaría que...”).

## Perfil de la Familia D

<b>Total de sesiones</b>	13 sesiones
<b>Miembros participantes</b>	Alis (madre, 31 años) Héctor (padre, 38 años) Ian (hijo y paciente identificado, 4 años)
<b>Recursos terapéuticos familiares</b>	La familia es un sistema fuertemente unificado y afectivo, donde cada miembro recibe apoyo y motivación en la realización de sus proyectos. Además, reconocen las características y fortalezas de cada uno de los miembros, subrayando áreas como las habilidades intelectuales, el potencial creativo y de organización, habilidades de enseñanza y el trabajo de cuidado, así como habilidades de comunicación y socialización por parte del infante. Cada miembro reconoce con facilidad los estados emocionales de los otros, a través de la observación, siendo una fortaleza, la comunicación no verbal.

### Objetivos terapéuticos

- ❖ Implementar un espacio psicoeducativo en el que cada miembro pueda reconocer, enunciar y validar sus estados emocionales, junto con el desarrollo de herramientas a favor de la regulación emocional de los miembros de la familia.

Durante la pandemia, Héctor y Alis, presentaron un aumento de episodios críticos de ansiedad y ataques de pánico, control de la ira y rumiación mental. Ian no ha quedado exento de afectaciones, y aunque se observa que el niño identifica con facilidad sus estados emocionales, la expresión de estos se mantuvo mediada por el subsistema parental. Además, Ian tiende a exigirse mucho a sí mismo, resultando en baja tolerancia a la frustración. La familia tenía dificultades en la gestión y comunicación emocional.

El subsistema parental también ha experimentado dificultades para establecer una vinculación sana con el infante. Así también, la pareja ha reflejado una asimetría en la expresión y recibimiento de muestras afectivas.

## **Ruta de intervención**

La intervención terapéutica precisó un abordaje de psicoeducación emocional, mediante la dinámica del universo de las emociones, mientras que con el infante se trabajó por medio del cuento del monstruo de colores. La recogida de información evidenció que, la familia con poca frecuencia se detiene a sentir y pensar sobre sus estados emocionales (e.g., cómo es que se producen y qué estrategias utilizan).

Como parte del abordaje, se promueven los espacios individuales y conjuntos de reflexión y concientización, utilizando técnicas como el autorregistro, de sus estados emocionales y conductuales, así como una exploración de estrategias de autorregulación emocional. En esta misma línea, se promovió la creación de un rincón de la calma. Los padres utilizaron un espacio en la sala, que tenían dedicado para el juego de Ian, e incluyeron juguetes como los legos, rompecabezas, libros, el niño, además, aporta algunos cojines. Los padres reportaron que este espacio le ha permitido a Ian, canalizar sus emociones. El hecho de habilitar un espacio fuera del cuarto de los padres es un primer acercamiento para invitar al niño a permanecer en espacios que sean propios y no compartidos con los padres. Otra de las actividades ejecutadas, fue el semáforo de las emociones, para abordar la expresión emocional del niño, teniendo éxito en el reconocimiento de las mismas.

Con el objetivo de dar seguimiento a las conductas y estados emocionales identificados por los miembros de la familia, se utiliza la técnica de registro para el entrenamiento parental en la autorregulación emocional. Este ejercicio permitió que los miembros de la familia pudiesen reconocer cuáles eran los activadores, las creencias irracionales circundantes, las reacciones fisiológicas, las consecuencias emocionales y conductuales, y finalmente, cómo orientar el uso de técnicas de regulación emocional. Para

ello, fue necesario construir un diálogo socrático para debatir ideas. Se reportaron cambios los siguientes cambios: Alis indica que no ha vuelto a tener ataques de pánico. Héctor tampoco lo ha experimentado nuevamente, pero sí ha sentido mucho estrés, especialmente al movilizarse a su trabajo en un contexto tan dinámico y de interacción social, así como por un temor al contagio.

Como parte de las demandas ligadas a la limitada expresión emocional, se trabajó la comunicación asertiva, exclusivamente con el subsistema conyugal, mediante actividades de *role playing*, donde se hicieron uso de escenarios reales y se incentivó la negociación (e.g., se logró conciliar desacuerdos en relación con la crianza de Ian). Así, mediante espacios de pareja, se reforzó el trabajo fuera de sesión y se logró la escucha y promoción del trabajo como pareja parental.

Al finalizar la intervención la familia reportó aprendizajes sobre la introspección de conductas y estados emocionales. Por esta razón se sugiere a la familia darle continuidad a este análisis que les ha permitido obtener una perspectiva diferente sobre cuáles son las áreas de trabajo a nivel emocional.

- ❖ Promover un vínculo de independencia entre la madre y el hijo, de la mano con la promoción de prácticas relacionadas con la autonomía y autosuficiencia en el infante, en pro de mejorar el proceso de desarrollo del niño, y habilitar un espacio de recreación para los padres.

Según los roles asumidos, Alis se encarga principalmente de la crianza del niño y Héctor, tiene más el rol de proveedor en el hogar. La madre, ha construido una vinculación con el niño que va en detrimento del proceso de independencia del niño, puesto que no atiende

sus necesidades de forma objetiva, reforzando la percepción de interdependencia del niño y así, la madre ha limitado el autocuidado. Esta alianza entre Ian y su madre, refuerza un distanciamiento entre el niño y su figura paterna. El subsistema parental, además, tiende a diferir en cuanto a la disciplina, siendo Alis más permisiva, a diferencia de Héctor.

### **Ruta de intervención**

El trabajo psicoeducativo se trabajó de forma continua en la intervención y se hace uso de la externalización del síntoma. Alis nombra al miedo, y Héctor a la duda. A partir de lo elaborado, Alis reconoció que: 1) no atiende las necesidades del niño de forma objetiva y se dio la oportunidad de repensar la vinculación, 2) la importancia nombrar y sentir sus emociones, para encaminarse a su bienestar y 3) la función del miedo es un deseo de mejorar su rol de madre para sí misma y su hijo. Por otro lado, Héctor reconoció que: 1) la duda es una aliada que le permite detenerse, pensar y actuar.

Para integrar a todos los miembros, de forma lúdica, dinámica y participativa, se trabajó con la dinámica el buzón misterioso para papá, mamá y el niño oso. Se observó, progresivamente, cómo los padres al poner en práctica acciones propuestas, logran un impacto positivo en cuanto a reformular la interacción entre la madre-niño, y reforzar la interacción entre el padre y el hijo.

Con respecto al padre, a pesar de la demanda laboral que debe de atender, aprovechó sus espacios disponibles, para fortalecer la convivencia con el niño, a través de juegos, invención de cuentos, videollamadas, entre otras, llegando a percibir una vinculación más cercana con su hijo. Lo que, a su vez, promovió la autonomía de la madre e incentivó acciones en pro de su autocuidado.

Siguiendo la línea de abordaje, se llevó a cabo la actividad de tablero de relaciones y

complementario al t3pico de comunicaci3n asertiva, la pareja observ3 un cambio significativo en la cercan3a de su interacci3n, siendo ahora un sistema m3s unificado.

Paralelo a la desestabilizaci3n de creencias sobre el miedo a la transformaci3n, se hizo uso de la met3fora de la oruga. En la familia se hizo un reconocimiento de sus temores, encontrando formas de enfrentarlos, y donde la transformaci3n es necesaria.

En conjunto con las actividades anteriores, se potenci3 un trabajo de autodeterminaci3n en el ni1o, mediante la t3cnica de modelamiento: promoci3n de la autodeterminaci3n y autosuficiencia del ni1o en actividades cotidianas. Para ello, los espacios de comunicaci3n asertiva posibilitaron un canal para negociar, sugerir, y crear estrategias. Los padres formulan una serie de acciones para que el ni1o comience a realizar por s3 mismo. Las 3ltimas sesiones evidenciaron avances, tal como una mayor iniciativa del ni1o, para llevar a cabo pr3cticas de higiene personal, as3 como ponerse la ropa solo y un mayor seguimiento de las instrucciones.

A modo de recomendaci3n, siendo este un objetivo que articula tem3ticas de diversa naturaleza se incentiva a la familia a darle seguimiento a las estrategias elaboradas en intervenci3n, para que se instaure y sostenga con el tiempo pr3cticas que aporten a la calidad de vida familiar.

- ❖ Explorar las pr3cticas de h3bitos alimenticios en la familia para promover un estilo de vida saludable

Los padres reportaron que el infante tiene un trastorno sensorial que repercute en su alimentaci3n, pues tiene una alta sensibilidad gustativa. A pesar de la consulta con varios especialistas, no se ha logrado una intervenci3n exitosa para que el ni1o mejore sus h3bitos alimenticios. Se conjetura que, si bien este trastorno sensorial tiene una base biol3gica,

también, valdría la pena explorar factores ambientales y psicológicos. Por ejemplo, al explorar las prácticas alimentarias de la familia.

### **Ruta de intervención**

Se dió inicio con la relación entre la alimentación y la afectividad. Los padres reconocieron que sus prácticas tienen impacto en el niño, mencionando que parte del desorden alimenticio de Ian, puede ser reforzado por patrones alimentarios de la familia. Con esta información los padres generan estrategias que responden a la modificación de esas prácticas alimentarias. No se obtiene evidencia de cambio, porque es un tema que se aborda al final de la intervención terapéutica.

En cuanto a estrategias de las cuales han hecho uso ante el trastorno sensorial de Ian, se encontró que hay una desesperanza aprendida, pues se han abstenido de intentar nuevas técnicas, porque creen que no van a funcionar. Ante esto, se incentivó y recomendó, el uso de estrategias como: 1) proponer retos al niño a la hora de comer para motivar a probar diferentes alimentos, y 2) dar seguimiento a lo que funciona, investigar diferentes recetarios, y probar recomendaciones sugeridas por los especialistas.

### **6.2.2. Ruta de intervención en común**

Desde la Fase I, etapa diagnóstica, surgieron categorías que se organizaron por tópicos en cada subsistema. Por lo que, la Fase II, eminentemente evidenció, que si bien, cada familia tuvo una ruta de intervención particular, también se pudo dilucidar concordancia en los objetivos terapéuticos. Como resultado, fue posible esquematizar una ruta común que atravesó a las cuatro familias participantes, tal como se podrá observar más adelante en la Figura 3, donde se identifican los siguientes elementos:

- Categorías identificadas en la Fase I. Se refiere a los contenidos que anteceden y justifican la necesidad de trabajar los objetivos terapéuticos formulados.
- Objetivos terapéuticos en común. Se refiere a las demandas terapéuticas que compartían las familias en la Fase II.

De esta ruta de intervención en común se precisan cuatro conclusiones:

- 1) Cada miembro de la familia tuvo un trabajo **individual** que a su vez impactó los distintos roles (parental y conyugal). Por esta razón, la ruta de intervención de las familias participantes evidenció con claridad que un tema base y que atravesó el proceso terapéutico fue la **psicoeducación emocional**, por ejemplo, las dificultades para la gestión y expresión de emociones como la ira, ansiedad, estrés y frustración; exacerbadas por la pandemia.
- 2) Con respecto al **subsistema parental**, se exploraron los conceptos y prácticas parentales que involucran la tríada cognitiva, emocional y conductual, para fomentar una sana convivencia de todos los miembros. Entendiendo que, gran parte del abordaje se sitúa en la línea psicoeducativa, pues es necesaria la autorregulación para mejorar la convivencia entre todos los subsistemas. Solo por citar algunos escenarios:
  - a. Se observó la necesidad de concientizar de dónde vienen emociones como miedo, frustración, incertidumbre y culpabilidad, ya que terminaban mediando el ejercicio parental en cuanto a estilos de crianza (e.g., vinculaciones que van en detrimento del proceso de independencia del niño, pues se atendían sus necesidades de exacerbada) y la disciplina (e.g., apoyos para una crianza efectiva que se aleje del castigo físico como una vía para educar).
  - b. La necesidad de que las cargas parentales sean más equitativas y hacer un

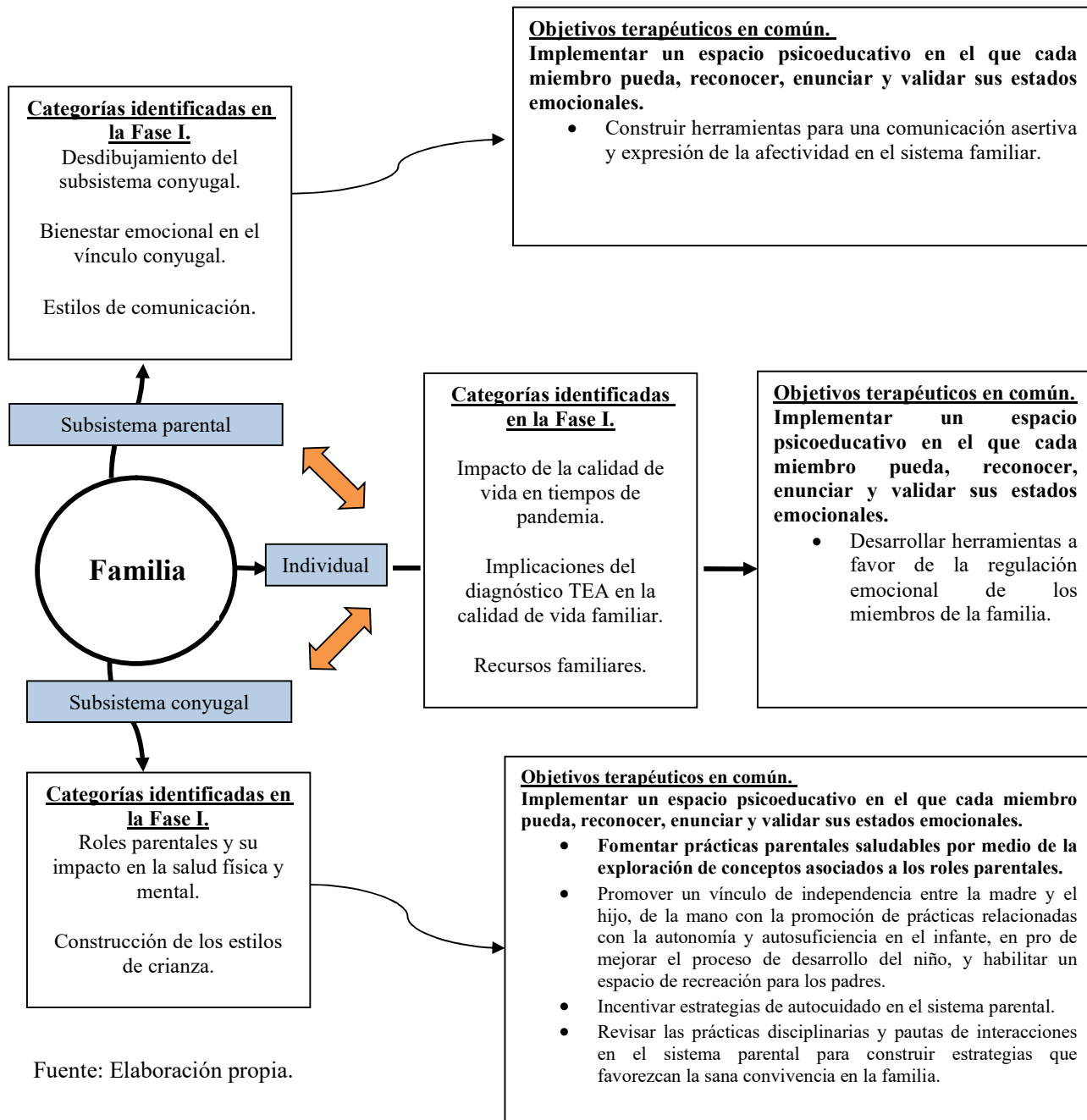


mayor balance entre los subsistemas para promover el autocuidado de aquellos miembros que están en desventaja.

- 3) En cuanto al **subsistema conyugal**, se generó una transición de trabajo sutil que comprendiese la importancia de ser una pareja-parental, con habilidades en la resolución de conflictos de naturaleza conyugal y parental. A su vez, al ser un sistema poco prioritario en el complejo familiar, se habilitó el espacio para retomar el vínculo entre cónyuges y construir herramientas para una comunicación asertiva y expresión de la afectividad. Por lo que, si bien el proceso no se centró en el subsistema conyugal, se acentuó la necesidad de continuar trabajando en terapia de pareja, pues los estilos de comunicación terminan impactando todos los subsistemas de la familia.
- 4) En síntesis, la ruta de intervención en común evidenció que la calidad de vida familiar ha sido más afectada en las dimensiones de **bienestar emocional, autodeterminación, desarrollo personal, relaciones interpersonales y bienestar físico**. Las figuras de crianza, a pesar de las demandas relacionadas con el cuidado la crianza, labores económicas y otras actividades dentro y fuera del contexto familiar, han intentado espacios de calidad para la convivencia familiar y aunque debe existir un continuo trabajo de equilibrio de las demandas, el proceso terapéutico brindó herramientas básicas para seguir fomentado la calidad de vida de estas familias.

**Figura 3.**

*Diagrama de ruta de intervención en común*



### **6.3. Fase III. Integración de los espacios psicoeducativos a partir de la socialización de la información**

#### **6.3.1. Resultados de la estrategia metodológica del tercer nivel de intervención (modalidad sincrónica)**

##### **★ TALLER #1**

En cada taller se implementaron actividades “rompe-hielo” y con características más lúdicas, que incentivaron el interés y la participación de las familias. Además fungieron como dinámicas de preparación previa, para concientizar sus estados emocionales y físicos. De la misma forma, se construyeron acuerdos de convivencia, para generar un espacio ameno y seguro.

Este primer taller se desarrolló a la luz de dos temáticas de valor para todos los grupos, autocuidado y redes de apoyo. Al final del mismo, se produjo un espacio para proponer temas de interés grupal para trabajar en el segundo taller.

Actividades sobre Autocuidado. Las familias generaron aportes importantes en torno al concepto de autocuidado, comprendiendo que la calidad de la salud (física y mental) individual, impacta proporcionalmente a los otros miembros de la familia, motivando cambios en el estilo de vida y fortaleciendo una actitud más proactiva.

Las familias propusieron estrategias de autocuidado, entre las que se destacan: meditación y ejercicios de respiración, tener tiempo libre para hobbies, los chequeos médicos para el control y prevención de enfermedad, mantener el aseo personal y el ejercicio físico. Lo que refleja un cambio de perspectiva importante sobre la esfera de la salud, especialmente en la prevención.

Actividades sobre Redes de apoyo. Las familias aportaron sus concepciones sobre las redes de apoyo y la importancia que estas ejercen en su cotidianidad, supliendo funciones como, orientación, espacios para abordar emergentes relacionados al TEA, insumos educativos para padres, así como brindar apoyo y sostén. Algunas familias tenían amplia experiencia con asociaciones y grupos de WhatsApp, que trabajan en torno a la temática de TEA, por lo que se produjo un espacio de socialización.

★ TALLER #2

→ Temas de interés familiares

- Tema 1. ¿Cómo y cuándo abordar el TEA con los niños?

Como parte del material elaborado para las figuras de crianza, esta primera temática se desarrolló en dos partes, una primera que retoma la pregunta: ¿Por qué es importante comunicar a nuestro hijo (a) sobre su condición TEA?, donde las familias llegaron a dos conclusiones importantes. Por un lado, 1) es importante entender por qué piensa y actúa diferente a los demás, siendo esto base para aprender a conocerse, y en consecuencia, construir su propio bagaje de herramientas y estrategias que le permitirán orientarse, y 2) el niño comprenderá que ser diferente, en cuanto a cualidades y capacidades, es inherente al la perspectiva de neurodiversidad, que normaliza estas características en el marco de la diversidad, propia de cada ser humano. Estos aportes connotan una visión que se aleja de lo patologizante, y apoyan la idea de comunicarle al niño desde edades tempranas, su condición.

La segunda parte del taller, retoman algunas ideas para comunicar al niño y a otras personas, sobre el TEA. Por su parte, las familias generan algunas estrategias creativas, como utilizar ejemplos de personas famosas con TEA, para describir sus características, y que estas le han hecho únicas y que han logrado alcanzar grandes objetivos. Así también, se promueve

una crianza que enfatice la diversidad, por medio de cuentos o lecturas que refuerzan este concepto.

- Tema 2. ¿Cuándo es una crisis y cuándo es un berrinche?

Después de brindar pautas generales para diferenciar una crisis de un “berrinche”, los padres comprenden que un común denominador entre ambos escenarios es que siempre se deben idear estrategias para acompañar a los niños, por ejemplo, dar una muestra de afecto para que se sienta seguro, no dejarles solos y continuar con un trabajo más proactivo para que el niño comprenda las razones por las que se le hace una petición (evitando un berrinche), o bien, tener mayor claridad de la ruta a seguir como primeros auxilios psicológicos ante una crisis.

Actividad de preguntas finales para cierre. Se elaboran algunas preguntas de cierre, entre los miembros de ambas familias, relacionadas con sus aprendizajes, lo que más les gustó, de qué se dieron cuenta, entre otras. Se encontró que, uno de los aprendizajes fue aprender a identificar y controlar las emociones de las personas con las que se convive. Lo cual es un resultado del proceso de psicoeducación emocional. Se dieron cuenta del rol adaptativo de las emociones, como que la tristeza no es mala. Conocieron las pautas sobre cuándo y cómo decirle al niño sobre su condición TEA, así como un darse cuenta sobre el crecimiento que han tenido como familia, pareja y a nivel individual. Los niños indicaron aprendizajes relacionados con el cuento del Monstruo de Colores, como que todas las personas tenemos diversas emociones. Lo anterior refleja el impacto del acompañamiento en los diferentes subsistemas. Finalmente, 3 palabras que describieron la experiencia a lo largo de este acompañamiento: Aprendizaje, Autocontrol y Autoestima. Reflejando insights a lo largo del proceso.

### **6.3.2. Resultados de la estrategia metodológica del tercer nivel de intervención (modalidad asincrónica)**

Por limitaciones de acceso de una de las familias, se llevó a cabo el tercer nivel de intervención, con el segundo grupo de familias, bajo una modalidad virtual asincrónica, mediante la plataforma de WhatsApp. De esta forma, se invita a los miembros participantes al grupo, y se realiza un encuadre en el que se especifican las características de esta modalidad, se invita a las familias a participar (de acuerdo con sus posibilidades) para darle consecución del objetivo. Finalmente, se indica que el grupo creado, sería en esencia, para construir material psicoeducativo de acuerdo con las temáticas sugeridas por las familias. Siendo así que, el principal objetivo fue aportar material, insumos y herramientas teóricas y prácticas, afines con su cotidianidad. De este modo, se establecieron tres entregas de material psicoeducativo, para responder a dudas e intereses. Para cada material enviado, cada uno de los padres y madres participantes contaron con un tiempo prudencial para que pudieran visualizarlo y hacer lectura de este. A pesar de haber abierto el espacio para evacuar dudas, y socializar, no se obtuvo la participación esperada.

#### *Primera Entrega de Material*

**Tema:** Autocuidado y Redes de apoyo.

**Recurso:** Video psicoeducativo (Elaboración propia)

**Descripción:** Las demandas de una familia con un miembro TEA, generalmente difieren de otros sistemas familiares. Las personas cuidadoras, o el subsistema parental, suelen percibir gran desgaste al ejercer este rol, desarrollando diferentes consecuencias a nivel físico y emocional. De allí la importancia de proponer y promover estrategias en pro del autocuidado.

Las redes de apoyo proporcionan un sostén importante para que el cuidado no se relegue o deposite en una sola persona, de la mano con un espacio para desarrollar el cuidado personal, se fortalece el equilibrio indicado. Por lo que se les invitó a las familias a reflexionar sobre las siguientes preguntas: 1) ¿Qué reflexioné sobre el tema de autocuidado y por qué creo que es importante?, 2) ¿Qué estrategias de autocuidado utilizo y cuáles otras me gustaría implementar?, 3) ¿Qué redes de apoyo conozco en general y en referencia al TEA y cuáles son mis redes de apoyo? y 4) ¿Cuándo y en qué circunstancias puedo contar con estas redes de apoyo?

#### *Segunda Entrega de Material.*

**Temas:** ¿Cómo y cuándo abordar el TEA con los niños? y ¿Cuándo es una crisis y cuándo es un berrinche?

**Recursos:** Material lúdico en formato PDF (Elaboración propia) y material complementario.

**Descripción:** Se facilitó el material que había sido elaborado para el Primer Grupo de Familias, con el fin de continuar reforzando herramientas que puede adquirir el subsistema parental.

#### *Tercera Entrega de Material.*

**Temas:** ¿Cómo los padres pueden afrontar situaciones de orden social, por ejemplo, dar explicaciones a las personas, cuando los niños experimentan diversidad de conductas (e.g., estereotipias)? y Cuando los niños hacen preguntas difíciles: ¿Cómo abordar el diagnóstico dual TEA y Alta Capacidad?

**Recurso:** Material lúdico en formato PDF (Elaboración propia) y material complementario.

**Descripción:** Las familias se enfrentan a diversidad de retos, que han aprendido a resolver en el día a día. Al momento de recibir el diagnóstico de sus hijos, han ido generando sus propias herramientas individuales y sociales, determinantes para afrontar la situación y brindar calidad de vida a toda la familia. Ante este panorama, surgen incógnitas, por lo que el objetivo de este material fue brindar pautas de orientación a la familia.

#### 6.4. Retroalimentaciones por parte de los sistemas familiares

Como la evaluación debe ser libre de sesgos, se construye un instrumento de evaluación aplicado por la supervisora técnica de la asociación, para ser aplicado a las familias, al finalizar la II fase. A continuación, se describen las preguntas hechas, con sus respectivas respuestas, donde se indica la cantidad de familias que contestaron sí o no, con la debida justificación.

**Tabla 10.**

*Instrumento de evaluación a psicólogas*

<b>PARTE I. PREGUNTAS PARA LA FAMILIA</b>			
<b>Pregunta</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Descripción de la respuesta</b>
¿Fueron consecuentes los objetivos terapéuticos construidos en conjunto durante la primera fase, con las necesidades del grupo familiar?	4	0	Las familias indicaron que los objetivos terapéuticos, efectivamente respondieron a las necesidades familiares. También destacan la importancia de que se hayan elaborado objetivos claros.
¿Fue satisfactorio el trato brindado por parte de las psicólogas?	4	0	Las familias indicaron que el trato fue adecuado y profesional, pues las terapeutas mostraron respeto, amabilidad, confianza y compromiso con las familias. En cuanto a aspectos más específicos, destacan: vestimenta de etiqueta, puntualidad para iniciar sesiones y capacidad para adaptarse a las necesidades de las familias.



En todo momento, ¿se les explicó la finalidad de las actividades, técnicas, metas?	4	0	Según la percepción de las familias participantes, siempre el itinerario de la sesión y las metas de una técnica o actividad, se explicaron con lenguaje sencillo.
¿Se les aclaran y satisfacen dudas de forma correcta y amena?	4	0	Las familias indican que las terapeutas estaban anuentes para aclarar dudas y buscar una metodología adecuada para desarrollar el proceso. Además, la forma en que se evacuan estas dudas estaba caracterizada por la amabilidad, simpatía, elocuencia, sencillez y humildad.
¿La dinámica de trabajo (tareas, metas, actividades) fueron afines con las particularidades de la familia?	4	0	Las familias indican siempre hubo adaptaciones, ya que tomaban en cuenta: 1) los materiales con los que contaba la familia para ejecutar actividades, 2) los intereses de los niños y 3) los objetivos a los que se pretendía dar respuesta.
¿Sienten que pudieron expresarse de forma abierta con las psicólogas?	4	0	Las familias consideran que el vínculo fue de empatía y se manejó la información con respeto y confidencialidad. Además, se pudo conversar sobre diversidad de temas y dar opiniones, sin sentirse juzgados.
A lo largo del proceso terapéutico, ¿se sintieron incluidos todos (as) los miembros de la familia?	4	0	Las familias dicen haberse sentido incluidas porque participaron tanto los niños como los adultos del espacio. Además, cuando se ausentaba un miembro de la familia, en alguna de la sesión, las terapeutas estuvieron anuentes en preguntar o poner al día al miembro ausente, siendo percibido como un mecanismo de inclusión.
¿Se sintieron respetados (as) en todo momento?	4	0	Las familias se sintieron respetadas en todo momento, ya que: 1) cuando se daba una opinión, se tomaba en cuenta y se validaba y 2) cuando había temas sensibles, se respetaban los silencios y se profundizaban solo si los consultantes se sentían cómodos.
¿Se sintieron cómodos y a gusto con las dinámicas o actividades dirigidas por las psicólogas?	4	0	Las familias expresaron que se sintieron cómodos porque las actividades fueron lúdicas. En todo caso, cuando se sugirió cambiar una estrategia metodológica para que la familia se sintiera más cómoda, las terapeutas tomaron en cuenta las recomendaciones y buscaron otras alternativas.
¿Considera que se debería de modificar alguna	1	3	Las familias indican que en general las actividades fueron lúdicas, a pesar de las limitaciones de la

actividad?			virtualidad y que, en todo caso, se les brinda recomendaciones para cambiar algunas estrategias, con el fin de que se lograra una mejor recopilación de datos.
¿Los materiales elaborados por las psicólogas en las plataformas virtuales, fueron los ideales para ejecutar actividades y tareas?	4	0	Las familias indican que hubo apertura para hacer adaptaciones y notaban los esfuerzos de las psicólogas para construir material virtual que fuese adecuado. De la misma forma, hubo una combinación de recursos tecnológicos con materiales tangibles, los cuales se solicitaron con antelación y eran de uso cotidiano. Como recomendación, se podrá hacer uso de otros recursos como los videos cortos.
¿Se sintieron obligados a realizar alguna actividad?	0	4	Las familias indican que antes de realizar una actividad, se les explicaba en qué consiste la actividad, para posteriormente preguntar si estaban de acuerdo en realizarla.
¿En algún momento se incumplió lo expuesto en algunos de los consentimientos?	0	4	Para las familias no hubo ningún incumplimiento y se siguió el plan de trabajo, previamente acordado.
¿Las psicólogas respetaron los horarios y días acordados en principio?	4	0	Las psicólogas siempre acordaron con antelación los horarios de atención, los cuales eran negociados, de acuerdo con la disponibilidad de tiempo con la que contaban las familias.
¿Las psicólogas fueron puntuales y comprometidas con el proceso?	4	0	Las familias reportaron que si hubo compromiso con la puntualidad y las terapeutas estuvieron anuentes en coordinar y recordar las citas.
¿Las psicólogas mantuvieron una comunicación rápida y accesible para atender demandas de la familia sobre el proceso?	4	0	Las familias consideran que mantienen una comunicación rápida y accesible con las psicólogas, para atender aspectos logísticos o de contenido.
¿Fue esta modalidad virtual adecuada para el desarrollo de un proceso terapéutico?	2	2	Las familias tenían opiniones encontradas, dos expresaron que fue la mejor modalidad porque no debían desplazarse a otros lugares, lo que posibilitó que fuese accesible el servicio para familias que vivían fuera de la GAM. Además, consideran que estar en casa, les dio mayor libertad de expresión. Las otras 2 familias

			señalaron que fue una modalidad que causó algo de incomodidad, pues limitaba la interacción con los niños y ellos asocian el uso del dispositivo celular con jugar o ver videos.
¿Llegaron a sentirse incómodos en algún momento con esta modalidad virtual?	1	3	En general las familias expresaron sentirse cómodos, ya que sentían mayor confianza de expresarse, situación que considera les sería más difícil en persona, no obstante, hay limitaciones, tal como una comunicación interrumpida por fallos del internet o al estar ellos en espacios cotidianos, puede haber mucho ruido de fondo.
¿Considera que el proceso terapéutico generó un impacto en la calidad de vida de su familia?	4	0	Las familias consideran que sí hubo un impacto significativo en la calidad de vida pues mejora notablemente las relaciones familiares, por lo que recomiendan este acompañamiento a otras familias. El éxito de la intervención fue adjudicado a: 1) la puesta en práctica de variedad de propuestas, herramientas y técnicas en sesión, 2) la adquisición de nuevos conocimientos, que darían pie a otros, 3) el darse cuenta de la forma en que usarían los recursos familiares, que ya poseían y 4) la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos, fuera de sesión.
<b>PARTE II. PREGUNTAS PARA LOS INFANTES</b>			
¿Cómo se sintieron en este espacio?	Los niños manifestaron sentirse bien, contentos, confiados. Además, colaboraron cuando se les solicitó.		
¿Sintieron que pudieron participar y que nosotras los escuchamos?	Los niños indicaron que prestaban atención y participaron mucho. Además, se sintieron escuchados por las psicólogas, ya que podrían platicar de temas de interés como los juguetes y los dinosaurios		
¿Qué nos recomendarían a la hora de hacer actividades con otros niños de sus edades?	Uno de los niños recomendó seguir haciendo uso del rincón de la calma y el semáforo de las emociones.		

Además de la exploración hecha con el instrumento, se habían explorado las percepciones de estas familias en la última sesión de la II fase, mediante dos preguntas: ¿cómo se sintieron en el proceso? y ¿qué recomendaciones darían para futuras intervenciones con familias?

Respecto del cómo se sintieron en el proceso, se destacan las siguientes opiniones:

- Al inicio o al final del proceso, las familias comentaron que, anterior al acompañamiento, uno o varios de los miembros, preferían reservarse las temáticas que atañen a su familia. Incluso, uno de los casos prefería no tener contacto con profesionales en psicología. Empero, el espacio terapéutico, fue ameno y seguro, para conversar sobre temáticas sensibles. Añadiendo que, el conversatorio fue naturalmente voluntario, y ninguna persona se sintió forzada.
- Algunas familias indicaron que, al principio del proceso, habían asumido que el proceso se dirigía exclusivamente al trabajo con los infantes con TEA. Reconociendo que la ruta de intervención integral utilizada fue atinada, lo que permitió la adquisición de herramientas y el reconocimiento de las fortalezas de cada uno de los miembros.
- En esta misma línea, indicaron que, indiferentemente de si haya o no, un miembro con un diagnóstico TEA, todas las familias se enfrentan a retos propios de la dinámica familiar.
- Las familias destacaron el carácter dinámico y lúdico de las sesiones, para integrarlas, impactando la motivación de los participantes.
- Las familias manifestaron estar agradecidas por habilitar este espacio de trabajo emocional, así como por la dedicación, el tiempo invertido en compartir con ellos, y

los recursos utilizados.

Sobre las recomendaciones finales para ejecutar intervenciones a futuro, todas las familias indicaron no tener recomendaciones para el equipo terapéutico con respecto a la aplicación del protocolo, sin embargo, enfatizaron sobre:

- La necesidad de sensibilizar a otros profesionales en temas relacionados con el TEA y mantenerse en formación profesional continua sobre el tema.
- La importancia de realizar una exploración profunda sobre la dinámica intrafamiliar y el rol que ejecuta cada individuo dentro de esta, lo que incluye adecuarse al contexto y los recursos de cada familia.
- Orientar a los padres de infantes con TEA para que valoren la utilización de tratamientos alternativos, incluida la terapia psicológica, antes de incluir cualquier medicación. Así también como, informar sobre las diferentes redes de apoyo.

En síntesis, tomando en cuenta las dos fuentes de retroalimentación, el éxito de las intervenciones se adjudica, entre muchos factores, al ejercicio ético de la psicología clínica, situadas en prácticas de responsabilidad y compromiso de todas las partes. Además, de la transparencia y sensibilidad a las necesidades de cada familia, con las que se llevó a cabo el proceso, ya que: 1) siempre, se informó a las familias sobre los objetivos de la implementación de una técnica o actividad, permitiéndoles entender su propio proceso. Además, al inicio de la sesión, se les comunicó a las familias sobre el itinerario de la sesión, 2) Se manifestó apertura para la negociación de los días y horarios de atención, y flexibilidad para integrar o adaptar las estrategias metodológicas de cada sesión, 3) el uso de herramientas psicológicas (e.g., escucha activa, reflejos, empatía), posibilitaron alianzas terapéuticas entre

las familias y el equipo de terapeutas, porque se generó un espacio seguro y 4) se redireccionó el foco de atención sobre diagnóstico TEA, a otras necesidades que tenían las familias, manteniendo la inclusión tanto de los adultos como de los niños, donde aprendieron herramientas que aportan a la calidad de vida familiar.

## **CAPÍTULO 7. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

La práctica profesional llevada a cabo, gracias a la inserción institucional, brindó la oportunidad de adquirir experiencias y con ello, ampliar el repertorio de conocimientos aplicados desde el campo de la Psicología.

A continuación, se hace un recuento de las principales habilidades técnicas y blandas, adquiridas a lo largo de la práctica profesionalizante.

### **7.1. Conocimientos teóricos desde el campo de la Psicología**

Se reforzaron y adquirieron conocimientos en las siguientes áreas de la Psicología Clínica:

- **La ética en la Psicología Clínica.** La práctica profesional fue atravesada por pautas éticas que reafirmaron el compromiso con las familias participantes, ACOTEAMA, la Universidad de Costa Rica y el gremio de Psicología en el país.

Desde un inicio se estableció un vínculo honesto con las familias, informando sobre las posibilidades de continuar el proceso, solo bajo condiciones especiales, debido a la emergencia nacional por COVID-19. Además, antes de dar inicio, las terapeutas, mantienen una comunicación constante con las familias, para explorar las condiciones de salud de los miembros de la familia.

Propiamente en el proceso, se aprendió a trabajar en equipo y negociar como coterapeutas, para tomar decisiones logísticas o de contenido y lograr un buen manejo de situaciones reto, tal como dar contención a temas sensibles. Así mismo, se pone en práctica una relación de respeto con las familias, lo que incluye, no juzgar, para

propiciar un espacio seguro y cómodo.

Por otro lado, al establecer los objetivos terapéuticos, se concientizó sobre la importancia de establecer metas realistas, pues, esto también es parte de aceptar que el rol del psicólogo tiene límites y debe posicionarse ante las familias como un profesional que orienta y no como una figura omnipotente. Por ende, se clarifica y delimita, los roles que ocuparía tanto el sistema familiar como el equipo de terapeutas, siendo la familia invitada con mucha frecuencia, a hacerse cargo de su proceso y el equipo de terapeutas.

- **Enfoque teórico sistémico y cognitivo-conductual.** El proyecto fue una oportunidad para compaginar los aportes teóricos de estos enfoques, pues es gracias a estos, que se construye una metodología donde se pueda comprender las dinámicas familiares y las posibilidades de intervenir. Finalmente, la formación teórica constante, fue de gran ayuda para la toma de decisiones.
- **Terapia de familia.** Gracias a la claridad de la metodología, hubo una formación exhaustiva sobre cómo orientar a las familias para identificar áreas de trabajo, para posteriormente crear rutas de intervención bajo objetivos específicos. Además, se adquiere experiencia en temas que son comunes en la práctica clínica, tal como: psicoeducación emocional, modificación conductual, establecimiento de límites, disciplina, entre otros. En cuanto a aspectos más logísticos, hubo un aprendizaje en cuanto a planificar la cantidad de sesiones que se dedicaría a cada uno de los objetivos, así como el manejo del tiempo total de sesión, que se destinaría a actividades programadas, tomando en cuenta la participación tanto de adultos como de niños.
- **Modelo de calidad de vida.** La propuesta teórica de Verdugo y Schalock (2013), al



explicar cómo la calidad de vida se sustenta de ocho dimensiones separadas pero interconectadas, resultó ser un aporte valioso, porque orienta la etapa inicial diagnóstica, marcando la línea sobre posibles áreas de intervención, para mejorar la calidad de vida familiar.

- **Trastorno del Espectro Autista.** Antes de iniciar el proyecto, los conocimientos sobre el TEA tenían una perspectiva más biologicista, es decir, la información conocida estaba más sujeta al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés). Por esta razón, cuando se elabora el proyecto, dentro de los criterios de inclusión era recurrente describir el grado TEA del niño, por su severidad. Posteriormente, a partir de la información brindada por las familias, las terapeutas cambian los términos a niveles o grados de apoyo para el niño con TEA, siendo esta concepción que coincide con la perspectiva neurodiversa.

Finalmente, se concientizó sobre la necesidad de generar nuevas formas de intervención, pero esta vez, descentralizando el foco de atención en el infante con TEA, posibilitando así, un trabajo desde otro lugar: la familia. En definitiva, los conocimientos adquiridos a través de práctica no pueden ser adquiridos a través de un manual, ya que las familias cimentaron una sensibilización invaluable, gracias a la apertura para compartir sus vivencias diarias.

- **Habilidades en el manejo grupal.** La Fase III, a pesar de ser un reto por su naturaleza virtual, reforzó aprendizajes en el manejo grupal y la socialización de información.

## 7.2. Formulación de proyectos desde la Psicología

Se adquirieron conocimientos sobre la formulación de proyectos, herramienta base que brinda la oportunidad de abrir espacios de inserción laboral. Por lo que la propuesta debe comprender mínimamente los siguientes elementos:

- **Mapeo de las necesidades en la institución.** ACOTEAMA planteó diversidad de áreas de posible inserción en las cuales las practicantes podrían apoyar desde la Psicología. Una vez mapeadas las necesidades que reportó la asociación, fue necesario evaluar los intereses de las personas usuarias que asisten a la asociación.
- **Mapeo de las necesidades de la población asistente.** Se sondearon las necesidades de las familias mediante un instrumento (Anexo 15), para generar una propuesta concreta a la institución y con ello maximizar las probabilidades de éxito en la ejecución.
- **Mapeo de los recursos institucionales.** Trabajar en una institución, implicó identificar los recursos materiales y de personal, con los que cuenta, para generar una propuesta viable.
- **Delimitación del proyecto.** Se lograron unificar los intereses de la asociación y de la población asistente, que permitió la formulación de un proyecto con variables específicas delimitadas (e.g., marco referencial, metodología, etc.). A mayor claridad, decisiones más orientadas y justificadas.
- **Aspectos logísticos y administrativos.** Al trabajar con una institución, fue necesario adaptarse a sus directrices y formas de trabajo. Por otro lado, fue importante hacer una recopilación de la documentación legal y administrativa que respalda el quehacer ético del profesional.

### 7.3. Aplicación de instrumentos, técnicas y sistematización de datos

- **Construcción y aplicación de técnica, actividades e instrumentos mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC).** El acompañamiento terapéutico, requirió de capacidad creativa, pues cada una de los instrumentos y técnicas propuestas debían adaptarse a la virtualidad, los objetivos del proyecto y al tipo de población participante.
- **Sistematización de resultados.** La sistematización y análisis de los resultados descritos a lo largo de todo el documento, fue llevada a cabo gracias a las estrategias implementadas, tal como la elaboración de cuadros y diagramas, lo que conllevó la habilidad de filtrar contenido de interés, analizar información, generalizar lo suficiente los datos para resguardar la privacidad de las familias, entre otras.

## **CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES**

La Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas (ACOTEAMA), resultó ser una oportunidad novedosa para realizar una práctica profesionalizante. Por un lado, esta asociación se posiciona como pionera en Intervenciones Asistidas con Animales en Costa Rica, buscando mejorar la calidad de vida en distintas poblaciones en riesgo social. Por otro lado, esta práctica se lleva a término bajo condiciones específicas en el marco de una pandemia, como lo fue, el replanteamiento de una propuesta presencial a una modalidad virtual, que supuso retos y adaptaciones de valor. No obstante, también puso en evidencia la efectividad de la estrategia metodológica utilizada, así como sus aportaciones a la institución. Una práctica dirigida a familias conformadas por infantes diagnosticados con TEA, cuya población, tiene gran afluencia en ACOTEAMA.

En lo referente a la incorporación de la familia, la teoría evidenció que era un error separar a las familias de la intervención que se hiciese a nivel profesional, otorgándoles un rol pasivo. Hoy se sabe que la familia repercute en el individuo como el individuo en la familia. Para operar bajo esta perspectiva, el modelo sistémico fue fundamental en el reconocimiento de la familia, como referente primario, cuyo rol, en efecto, se caracteriza por ser educativo-estimulador. De esta forma, podemos afirmar que los subsistemas no pueden ser separados, están interrelacionados, es decir, se retroalimentan (Wing, 1998; Mulas y Millá, 2009; Baña, 2015).

Originalmente, se plantearon dos situaciones-problema, 1) integrar a la familia del usuario con diagnóstico de TEA; en los procesos de atención que se llevan a cabo desde ACOTEAMA, para promover la calidad de vida, e 2) identificar las dimensiones de la calidad

de vida, para el mejoramiento de la misma, en las familias de los usuarios de ACOTEAMA, que presentan un diagnóstico de TEA.

Con respecto a la primera situación, había dos variables meta a las cuales se debía dar respuesta: integral a la familia y promover la calidad de vida. El trabajo de integrar a la familia en un mismo espacio fue posible gracias al engranaje de una serie de elementos, como el planteamiento de un espacio de acompañamiento terapéutico, adicional del que ya se lleva a cabo en ACOTEAMA, cuya singularidad radica en que se caracterizó por ser un recurso metodológico multidimensional, y que lejos de extender la atención individual, incorpora la esfera familiar. Así también, la innovación de un abordaje seccionado en tres fases, la optimización de recursos de espacio y tiempo a partir de un modelo virtual, las características específicas de los grupos para dar sostenimiento a su propio proceso de forma prolongada, las estrategias de intervención utilizadas, así como las aportaciones del paradigma sistémico y la utilización de técnicas de orden cognitivo-conductual, entre otros componentes.

La segunda situación, se logró resolver a través de la aplicación de instrumentos de recolección de información, como la guía de conversatorio para adultos y la guía de pictogramas para los infantes, que tomaron como base el modelo de calidad de vida de Verdugo y Schalock (2013), que incorpora ocho dimensiones de valoración, cuya funcionalidad fue exitosa para obtener un panorama concreto sobre estas esferas, en los diferentes grupos intervenidos, posibilitando una exploración más precisa y organizada.

Este abordaje se ejecutó mediante la utilización de componentes específicos de dos líneas de trabajo, una terapéutica y otra educativa, que resultaron ser una propuesta combinada y atinada para el trabajo con esta población; que como bien se expuso en Mulas et al. (2010), los modelos de intervención psicoeducativa, con gran presencia de elementos

conductuales, han demostrado tener mayor eficacia sobre esta población, constituyendo en la actualidad, uno de los abordajes más indicados. Asimismo, la teoría sugiere que las intervenciones combinadas, realizadas en ambientes estructurados, de forma interdisciplinar, familiar, y que incorpore al entorno educativo y a la comunidad, pueden influenciar de manera positiva en los infantes con TEA. A pesar de que este proyecto, no logró incorporar a plenitud estos elementos, aun así, evidenció, que un modelo multidisciplinar, estructurado y que incorpora la esfera familiar, resulta ser efectivo para esta población.

De la misma forma, una intervención con técnicas pre-estructuradas desde los aportes del enfoque sistémico y cognitivo-conductual, fungió como una excelente estrategia para llevar a cabo el proceso de acompañamiento, maximizando la logística de cada uno de los niveles de intervención, favoreciendo un abordaje con objetivos específicos, una cantidad limitada de sesiones y recursos de tiempo. De esta forma se refuerza la eficacia del proceso, y se sustenta en una intervención basada en evidencia. Gracias a la experiencia adquirida, se logró ampliar el bagaje de conocimientos teóricos en torno a la aplicación de un abordaje psicológico con estas características.

Todos los componentes anteriores dieron respuesta a una de las grandes finalidades de esta práctica profesionalizante, que tuvo que ver con la identificación y análisis respectivo de las dimensiones de calidad de vida. Respecto del análisis de las dimensiones, la sistematización de los datos de la primera fase, organizado por complejo familiar, subsistema parental y conyugal, dio cuenta de elementos que tienen en común las familias. En el complejo familiar, se observó que diferentes elementos tuvieron impacto en la calidad de vida familiar, como el contexto pandémico, que trajo consigo un deterioro en algunas habilidades, así como la adquisición de otras. La confirmación del diagnóstico, aunque tuvo un impacto

positivo en el acceso a recursos focalizados, así como a la información pertinente para configurar una ruta de abordaje, también implicó una tendencia hacia la centralización de los recursos familiares, en el mismo. La confirmación de este también trajo consigo diferentes experiencias de inclusión y exclusión social, en las relaciones interpersonales, el acceso a la salud y educación, y en la esfera material. Por otro lado, se identificaron recursos internos con los que cuentan estos sistemas familiares, relacionados con el área afectiva, material, espiritual, entre otras. A su vez, se rescatan recursos externos asociados a las redes de apoyo y al conocimiento sobre derechos que posee.

En cuanto al subsistema parental, se evidenciaron los roles específicos que desempeñaba cada figura de crianza, así como el impacto en la salud física y mental de cada uno. También se obtuvo información sobre cómo han sido configurados los estilos de crianza, tomando en consideración los componentes generacionales, las emociones que los atraviesan, su caracterización y las estrategias de disciplina utilizadas.

Finalmente, en el subsistema conyugal, se encontró que, a partir de la llegada de los hijos, hay transformaciones importantes, que tienen a desdibujar al propio subsistema. Consecuentemente, se encuentra que dos áreas de trabajo se relacionan con la generación de pautas de comunicación y la expresión afectiva.

Para completar el análisis de la I Fase, resulta de valor hacer notar que se evidenciaron transformaciones de las expectativas iniciales, al compararlas con las expectativas planteadas al finalizar la fase I, encontrando mayoritariamente, que estas tenían una tendencia hacia la descentralización en el o los niños diagnosticados con TEA, concientizando que la familia es un sistema que se retroalimenta.

A partir del análisis e identificación de dimensiones, el abordaje psicológico, propio de

la fase II, permitió afirmar que las temáticas trabajadas, guardan estrecha relación con la conceptualización expuesta en el marco teórico. La revisión bibliográfica señalaba dos ejes característicos de las dinámicas de estas familias, por un lado, se focaliza la atención en el niño con TEA, y por el otro, experimentan gran estrés familiar. Lo anterior, trae como consecuencia, la centralización de la atención únicamente en el niño con TEA, desdibujando los otros subsistemas (fraternal y conyugal) de la dinámica relacional. La posición que ocupa el miembro con una condición diferente, lo coloca en una posición que patologiza su condición, se sigue percibiendo a la persona por sus carencias (Tamarit, 2005, p. 182). Así también, la teoría pone de manifiesto que en estas familias habitan con frecuencia, sentimientos de culpabilidad, por la creencia de no haber desempeñado un rol ideal como figuras de crianza, y desesperanza, porque la consecución de metas tiende a tomar más tiempo y esfuerzo, al tener que desempeñar mayor cantidad de tareas y responsabilidades (Baña, 2015). Los objetivos terapéuticos construidos en conjunto con las familias, devela un abordaje fuertemente sustentado en la teoría, donde se abordaron tópicos relacionados con la psicoeducación emocional, gestión y expresión de emociones como la ira, ansiedad, estrés y frustración. Se exploraron conceptos y prácticas asociadas a los roles parentales, incluyendo un abordaje de emociones como miedo, frustración, incertidumbre y culpabilidad. Estilos de crianza (e.g., vinculaciones que van en detrimento del proceso de independencia del niño) y disciplina. Así como temas relacionados con el autocuidado. En cuanto al subsistema conyugal, se habilitó el espacio para retomar el vínculo entre cónyuges y construir herramientas para una comunicación asertiva y expresión de la afectividad. Las cuatro familias participantes, que continuaron la II y III fase, contaban con recursos psicológicos que les permitieron sostenerse, estaban comprometidas con su proceso, estuvieron dispuestas a



afrontar resistencias, procesos de construcción y deconstrucción.

Por medio de este procedimiento, se identificaron las dimensiones de bienestar emocional, autodeterminación, desarrollo personal, relaciones interpersonales y el bienestar físico, como las áreas en las que las familias han percibido mayor impacto en su calidad de vida. Es imprescindible entender que estos resultados no solo fueron atravesados por retos específicos del diagnóstico TEA, sino también bajo condiciones culturales y socio históricas particulares, como la vivencia de una crisis sanitaria por COVID-19, las condiciones políticas relacionadas a la educación y al trabajo, y la situación económica que enfrenta el país, entre otros.

La socialización de los grupos familiares mediante la construcción de espacios educativos fue importante que las familias compartieran los conocimientos que había generado previo y a posterior de la participación en el proyecto. También, en este espacio se refuerzan temas que se venían abordando desde la Fase II, pues resultaban ser contenidos en común de las familias, tal como fue reflexionar sobre la importancia del autocuidado y las redes de apoyo. Si bien estos tópicos fueron propuestos por el equipo de terapeutas, también fue esencial, partir de las incógnitas que tenían las familias, a las cuales se les dio respuesta a través de dos vías: 1) socializando en un mismo espacio los saberes que tenían las familias sobre una temática en particular y 2) construyendo material psicoeducativo, a partir de las investigaciones hechas por el equipo de las terapeutas. Entre las interrogantes sugeridas por familias se encuentran: ¿Cómo y cuándo abordar el TEA con los niños?; ¿Cuándo es una crisis y cuándo es un berrinche?, ¿Cómo los padres pueden afrontar situaciones de orden social, por ejemplo, dar explicaciones a las personas, cuando los niños experimentan diversidad de conductas (e.g., estereotipias)? Finalmente, cuando los niños hacen preguntas difíciles:

## ¿Cómo abordar el diagnóstico dual: TEA y Alta Capacidad?

Todas las fases estuvieron atravesadas por una perspectiva desde la neurodiversidad, con la cual las terapeutas hacen un ejercicio de evaluar constantemente su postura profesional, que posiciona el diagnóstico TEA, no como una limitación, sino que privilegia las diferencias, permitiendo efectuar un abordaje integral.

Los elementos hasta ahora evidenciados cimentan un acompañamiento terapéutico caracterizado por un manejo ético, compromiso y una constante formación profesional.

Por último, y como se ha descrito detalladamente a lo largo del documento, una de las mayores modificaciones hechas en el proyecto fue la adaptación virtual, siendo esta, una de las herramientas adquiridas al incursionar en este novedoso campo de la atención psicológica a distancia, posicionando este trabajo final de graduación como pionero de la telepsicología. Además, el proyecto fue apropiado porque permitió documentar las vivencias de las familias y dar contención emocional en tiempos de crisis, siendo posible la participación de familias que vivieran fuera de la GAM, lo que resultó ser una oportunidad para potenciar mecanismos de inclusión social. No obstante, una de las afectaciones fue la nula formación profesional en Intervenciones Asistida con Mascotas aplicadas a contextos terapéuticos individuales y familiares. Por lo que, este sería un campo por seguir formulando, pues sí se logró promover la calidad de vida de familias con niñas y niños diagnosticados con TEA, sin hacer uso de esta herramienta, definitivamente incorporando a la mascota en el acompañamiento, potenciaría los alcances terapéuticos.

En efecto, se logró plantear una plataforma de trabajo que prioriza la importancia de la integración familiar, la cual puede ser llevada a cabo por el personal con las competencias apropiadas para desempeñar esta función. Enfatizando en la importancia de realizar este

acompañamiento por una pareja terapéutica, con el fin de dar una atención de calidad, pues se caracterizó por ser una práctica que demanda una importante cantidad de recursos psicológicos, logística, materiales y de tiempo.

Para cerrar, se reforzaron y adquirieron competencias, que solamente se obtienen a través de una práctica profesionalizante, como la puesta en práctica de la teoría sistémica y cognitivo-conductual, las particularidades de la intervención familiar, la aplicación de un modelo de calidad de vida. Así como, la formulación de proyectos, la aplicación de instrumentos, técnicas y sistematización de datos. Y finalmente, la utilización de una perspectiva sobre el abordaje del Trastorno del Espectro Autista, basado en la neurodiversidad. Enfatizando que, una de las principales enseñanzas, fue la sensibilización adquirida, descentralizando la atención sobre el o los miembros con diagnóstico.

## **CAPÍTULO 9. LIMITACIONES DE LA PRÁCTICA DIRIGIDA**

### **Implicaciones de un abordaje psicoterapéutico breve**

Algunas limitaciones que podrían presentarse en el abordaje terapéutico familiar breve y que impactan los alcances terapéuticos son las siguientes:

- Con el primer grupo de familias atendidas, hubo una menor delimitación de los objetivos terapéuticos, de manera que se intentó abordar una cantidad de contenidos no acorde con el tiempo de intervención. Parte de los aprendizajes obtenidos según esta experiencia, fue definir con mayor precisión la ruta de intervención con el segundo grupo de familias.
- Es importante señalar que las prescripciones semanales (tareas), fueron complejas de llevar a cabo por las familias, porque debían atender variedad de demandas cotidianas, a pesar de que en el encuadre terapéutico se señaló a la familia, la importancia de la aplicación de estas.

### **Implicaciones de un acompañamiento terapéutico a distancia**

- Al ser la única vía posible un trabajo virtual, los recursos del equipo de trabajo se vieron limitados, porque no se contaba con capacitación alguna, dado que no es una temática que se incluya dentro de la malla curricular de la carrera de Psicología.
- Aunque las herramientas tecnológicas utilizadas satisficieron en gran medida los objetivos planteados, no fueron completamente apropiadas para un proceso clínico. Principalmente porque no permitían que las sesiones fuesen totalmente fluidas, obstaculizando la optimización del tiempo de sesión, en el marco de una terapia breve. Por ejemplo, en algunas sesiones se invirtió tiempo en resolver errores de las plataformas digitales, al intentar ejecutar determinadas dinámicas con las familias. Así

también, la estabilidad del internet fue un reto que afectó el tiempo de sesión, al producir desfases entre audio y video, apagones intermitentes, cierre de la sesión, entre otros. Naturalmente, la utilización de estos programas o aplicaciones requiere de un proceso de inducción a quien los utilice en caso de que desconozcan de estas, lo que también requirió tiempo valioso de la sesión.

- Las familias, inicialmente afirmaron contar con los recursos necesarios (celular, computadora y un acceso a internet estable), para una intervención a distancia, empero, en el transcurso del acompañamiento, se dañaron aparatos por factores ajenos al proceso, lo que dificultó significativamente el desarrollo regular de las sesiones en algunos casos.
- Si bien la modalidad virtual, dio una respuesta efectiva a los objetivos planteados en este proyecto, hubo algunas limitaciones que impactaron la calidad de la atención, las cuales deben ser tomadas en consideración:
  - Al mermar la comunicación visual y auditiva, se dificulta una lectura precisa del lenguaje corporal, así como para escuchar con precisión los matices de lo que la persona consultante expresa.
  - Al situarse la práctica en un espacio físico diferente, al de un consultorio clínico, existen distracciones propias de la naturaleza del hogar tales como, la ejecución de actividades ajenas a la sesión: atención constante a las demandas del hogar, cuidado de los niños y trabajo y utilización de dispositivos móviles, entre otros, fueron parte de la constante en este acompañamiento.
  - La modalidad virtual resultó ser una limitante en cuanto a los alcances que se tuvo en la interacción con los niños, especialmente si se toma en cuenta los

niveles de apoyo que requerían los infantes. Siendo complejo establecer una interacción directa y efectiva, produciendo un vínculo más despersonalizado. En esta misma línea, la modalidad de intervención con los niños suele ser a través del juego, y el juego requiere de estímulos sensoriales y recursos tangibles que proporcione estos estímulos, lo cual no puede obtenerse mediante una pantalla. El trabajo a distancia limita generar un ambiente más cercano y natural de juego.

- A pesar de que se extendió la invitación para trabajar con todo el grupo familiar, que tuviese relación directa o que ejerciera influencia en el o los infantes, únicamente se incorporaron a lo largo del acompañamiento, los padres y los niños, a sabiendas de que existieron casos donde también abuelos (as) pudiesen participar. A partir de lo anterior, se hipotetiza que no se produjo una integración de todo el sistema familiar, especialmente con las personas adultas mayores, porque la interacción virtual, se pudo percibir como un canal más despersonalizado y de difícil acceso para esta población. Esta información no pudo ser confirmada, puesto que no se logró establecer un vínculo.

## CAPÍTULO 10. RECOMENDACIONES

### Para la Escuela de Psicología:

- La presencialidad y la virtualidad en el ejercicio clínico conllevan pautas de trabajo específicas y es imprescindible que las personas aplicantes se capaciten al respecto para que puedan responder de forma precisa a las variables. De la mano con una sociedad que cada vez más y con mayor frecuencia digitaliza sus recursos y servicios, resulta un hecho de valor, que la malla curricular de la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, incluya un acercamiento teórico-práctico a esta modalidad, de modo que el estudiantado pueda contar con un bagaje de recursos para saber cómo hacer clínica de forma remota, y de qué forma responder a las diferentes eventualidades. Además de este entrenamiento, es básico crear un compendio de herramientas tecnológicas, hablese de utilidades online, aplicaciones, plataformas, programas, entre otros, que faciliten una intervención terapéutica apropiada.
- El TFG articula una serie de procesos académicos desgastantes, que tienen impacto en la integralidad de las personas estudiantes. Parte imprescindible del proceso de enseñanza-aprendizaje, radica en el acompañamiento, que más allá de lo académico, se propone que se habilite un espacio de contención emocional, para abordar los sentires que, de este proceso académico, subyacen. En vista de que no todas las personas tienen la posibilidad de acudir a un profesional en salud mental, sería altamente valioso, que las personas docentes, quienes medien de cerca en estos procesos académicos, como el equipo asesor, por ejemplo, compongan un espacio en el que además de orientar a los y las sustentantes en su Trabajo Final de Graduación, también se puedan abordar temáticas de naturaleza emocional, consecuentes de la

puesta en acción, de este.

**Para estudiantes y profesionales en psicología que deseen darle continuidad al proyecto en ACOTEAMA:**

- Aunque una intervención psicológica virtual resulte ser un mecanismo inclusivo para aquellas personas o grupos a quienes se les dificulta asistir de manera presencial, también puede ser un mecanismo de exclusión, en cuanto a los requerimientos materiales, para hacer efectivo y de calidad, el proceso terapéutico. En este sentido, es clave delimitar con qué recursos deben de contar las personas antes de insertarse en un proceso, verificando si la familia cuenta con el dispositivo (os) electrónico (os) requerido (os), y una calidad del internet que permita la fluidez del proceso.
- Siguiendo la línea, es recomendable que los grupos puedan familiarizarse de antemano, con las herramientas tecnológicas que se van a utilizar durante el proceso, optimizando así el tiempo efectivo de las sesiones. Asimismo, se insta a las personas voluntarias, a hacer uso de la diversidad de plataformas digitales existentes, con el propósito de facilitar diferentes opciones y discriminar cuáles son más convenientes para cada familia.
- Como parte de la capacitación, también se recomienda reforzar temáticas en torno a la neurodiversidad, discapacidad, inclusión social, temas de derechos y todo lo concerniente al diagnóstico TEA, para poder generar estrategias afines y precisas, que permitan un abordaje focalizado en las necesidades de la familia.
- En cuanto al espacio de sesión, es necesario establecer un encuadre terapéutico en el que se aborden las pautas básicas de una intervención a distancia, considerando las



- variables contextuales del sitio desde donde se realice. El equipo terapéutico debe considerar las condiciones naturales del sitio desde donde la familia lleve a cabo la sesión, que suele ser el hogar, pues estas variables son parte del entorno. De esta manera, el equipo debe establecer pautas de intervención a distancia, como sugerencias importantes a tomar en consideración, más no como lineamientos estrictos que limiten el proceso. Algunas pautas importantes a sugerir durante las sesiones, son las siguientes: evitar al máximo la utilización de dispositivos electrónicos ajenos a la sesión, o estímulos distractores externos, organizar las tareas relacionadas con el cuidado de los niños, domésticas o laborales, de modo tal que no interfieran en el acompañamiento, siempre y cuando esto sea posible, y finalmente, mantener con rigor la puntualidad en las sesiones virtuales. En esta misma línea, es de gran valor que el equipo prevenga distintos escenarios, para saber cómo actuar apropiadamente.
- El establecimiento de encuadres terapéuticos constituyó una herramienta valiosa para la organización de la sesión. Así como la generación de devoluciones para rescatar elementos claves, logrando que las familias tuvieran una mejor comprensión de su proceso. Finalmente, el planteamiento de un esquema de trabajo (apertura, desarrollo y cierre), que contenía elementos específicos para cada fase, permitió una mejor organización del tiempo de sesión. No obstante, es necesario flexibilizar el esquema, puesto que en cada sesión pueden surgir emergentes.
  - Con respecto a una intervención breve, la aplicación de las herramientas adquiridas en sesiones es fundamental para conocer su viabilidad y efectividad. Por lo tanto, se debe enfatizar y rectificar de forma constante, el rol que tiene la familia sobre su propio proceso, reforzando la idea de que, es únicamente la familia quien puede movilizar sus

- recursos para encaminarse hacia la transformación. El equipo terapéutico orienta y genera recursos de utilidad de acuerdo con los tópicos establecidos, sin embargo, no se puede responsabilizar por la puesta en práctica de estos.
- En la línea de lo anterior, es necesario delimitar y clarificar los objetivos terapéuticos al máximo, pues así se establecen metas realistas, que aumentan la percepción de éxito de las personas consultantes, de acuerdo a indicadores de cambio. Se debe establecer una cantidad máxima y limitada de sesiones, en la fase II, donde se puede flexibilizar esta cantidad de sesiones que se dedique a cada objetivo terapéutico, tomando en cuenta la profundidad con la que la familia desee abordar ciertas temáticas.
  - Acerca de la relación terapéutica, cuando la intervención incluye un abordaje con niños, capturar la atención mediante una pantalla, es un tema complejo, por ello se recomienda tomar en cuenta previamente todas las posibles variables y adaptaciones necesarias para evitar que la comunicación se vea interrumpida.
  - En una intervención familiar, es de gran relevancia que cada miembro perciba que es totalmente bienvenido, y que su participación, forma parte importante del proceso. De esta manera, es importante cuidar la interacción que se establece con cada una de las partes involucradas, y que cada persona se sienta igual de recibida.
  - Para el equipo terapéutico, se recomienda que esta plataforma de trabajo se lleve a cabo por 2 personas, una terapeuta y una co-terapeuta, así como cuidar la cantidad de familias que el equipo puede atender de forma simultánea. Se sugiere no exceder un máximo de 3 familias de forma simultánea, a lo largo de las tres fases, pues esta cantidad se ajusta a una labor viable para ejecutar una atención de calidad, que lejos de saturar al equipo terapeuta-coterapeuta, permita un manejo seguro y adecuado del sistema familiar.

- Cuando se trabaja con varias personas, es fundamental que cada miembro perciba que ocupa un lugar importante en el desarrollo de la sesión. Naturalmente, hay diversos elementos que se deben tener al tanto, y es por esta razón, que se recomienda al equipo terapéutico, establecer y precisar sus roles, previo al acompañamiento, de forma que cada parte tenga claridad en su accionar. Por ejemplo, si la pareja terapéutica hace anotaciones durante la sesión, es importante que se produzca una adecuada organización, para saber quién anota, mientras la otra parte se dedica más a la escucha, de modo que las tareas no se ejecuten de forma simultánea, y cada miembro sienta que está siendo escuchado.
- Sobre la logística, se recomienda que los procesos de organización y coordinación de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico, no se deleguen a una sola persona en la familia. Para ello, se sugiere rotar a las personas encargadas para no recargar de funciones a una sola persona, o bien, crear un grupo de WhatsApp para que todas las partes estén al tanto.

**Para ACOTEAMA:**

- A partir de los resultados, encontramos que, facilitar redes de apoyo debe ser una tarea imprescindible dentro del acompañamiento, como dentro de la asociación. Por lo que se sugieren 2 estrategias de contingencia:
  - Para el equipo terapéutico que lleve a la práctica el acompañamiento, se sugiere que, en la tercera fase del acompañamiento, se profundice en esta temática, precisando aspectos como: cuáles son las redes de apoyo existentes, sus funciones, los requerimientos para ser parte, contacto, entre otros aspectos

importantes, para que las familias cuenten con basta información, sobre las diferentes redes existentes.

- Para la asociación, y de la mano con el punto anterior, se recomienda establecer un portafolio en el que se compilen las diferentes redes existentes y facilitar esta información de forma física, o bien, a través de grupos de WhatsApp. Además, considerar crear varios grupos en línea, que sean moderados por los profesionales de ACOTEAMA, donde haya un acceso abierto a familias interesadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C., American Psychiatric Publishing.
- Armstrong, T. (2012). Neurodiversidad. Ha llegado el momento de un nuevo concepto. *El poder de la neurodiversidad*, 15-36. Barcelona. España: Editorial Paidós.  
Recuperado de [https://books.google.co.cr/books?id=yMd0AgAAQBAJ&pg=PA9&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.cr/books?id=yMd0AgAAQBAJ&pg=PA9&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Asociación de Terapia Asistida con Mascotas (2018). Informe institucional de ACOTEAMA. San José, Costa Rica.
- Asociación de Terapia Asistida con Mascotas (Sin fecha). *Quienes somos* Recuperado de <https://www.acoteama.com/>
- Baña, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323 - 336.
- Baron-Cohen, S. (2017), Editorial Perspective: Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry. *J Child Psychol Psychiatr*, 58: 744-747. doi:10.1111/jcpp.12703
- Caballero, E., Guerrero, R, y Brenes, L. (2015). Terapia asistida con animales para mejorar la interacción social en niños con autismo. España: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/banco-de-cat-s/536-terapia-asistida-con-animales-para-mejorar-la-interaccion-social-en-ninos-con->

autismo.

Cabezas, H. (2001) Los padres del niño con autismo: una guía de intervención.

Actualidades Investigativas en Educación, vol.1 (2). Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44710202>

Cabra, C. (2012). Terapia Asistida con animales. Efectos positivos en la salud humana.

*Journal of Agriculture and Animal Sciences*, 1(2), 32-44.

Carmona, F. (03 de abril de 2017). CCSS se une a movimiento para hacer consciencia

sobre el autismo en Costa Rica. *La República*. Recuperado de

<https://www.larepublica.net/noticia/ccss-se-une-a-movimiento-para-hacer-conciencia-sobre-el-autismo-en-costa-rica>

Coello, R. (2011). El espectro autista. San José, Costa Rica. Editorial Universidad de

Costa Rica.

Del ser Martin, M. (2016). *Beneficios de la Terapia Asistida con Animales en el*

*Trastorno del Espectro Autista* (Tesis de grado). Universidad de Valladolid,

Valladolid, España. Recuperado de:

<http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/20575/1/TFG-G2056.pdf>

Fernández, K. (2016). *Calidad de vida y discapacidad: Diseño de una propuesta de*

*intervención integral dirigida al mejoramiento de la calidad de vida de los*

*usuarios del CAIPAD de Paraíso-Cartago* (Tesis de pregrado). Universidad de

Costa Rica, San José.

Fortea, M.S., Escandell, M.O., Castro, J.J., y Martos, J. (2015). Desarrollo temprano del

lenguaje en sujetos pequeños con trastorno del espectro autista mediante el uso de

sistemas alternativos. *Revista de Neurología*, 60, S31-S35.

- Freixa, M. (1993). Familia y Deficiencia mental. Realidad, necesidades y recursos de los hermanos. Salamanca: Amarú. Recuperado de [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2361/03.MFN\\_3de8.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2361/03.MFN_3de8.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Gutiérrez G, Granados, D y Piar, N. (2007). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 163-184. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1013>
- Mancebo, L. (2017). Viviendo con TEA: Desarrollo emocional e influencias en la dinámica familiar. (Trabajo de grado). Universidad de la República de Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Martínez, R. (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa, Boletín de Estudios e Investigación*, 9, 117-143.
- Martínez, A., Matilla, M., y Todó, M. (2010). *Terapia asistida con perros*. Cataluña, España: Fundación Canadá Internacional. Recuperado de: [https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/80131/terapia\\_asistida\\_con\\_perros.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/80131/terapia_asistida_con_perros.pdf)
- Martos, R., Ordóñez, D., De la Fuente, I., y García, M. (2015). Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos de Psicología*, 8(3), 1-10.
- Millá, M.G. y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48, S47-S52.
- Ministerio de Salud (2012). Política de Salud Mental (2012-2021). Costa

- Rica. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
- Minuchin, S. y Fishman, C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires. Paidós.
- Montaño, M., Froján, M., Ruiz, E., & Virués, F. (2011). El Proceso Terapéutico "Momento a Momento" desde una Perspectiva Analítico-Funcional. *Clínica y Salud*, 22(2)
- Recuperado en 09 de septiembre de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180621194002.pdf>
- Mulas, F.; Ros-Cervera, G.; Millá, M.; Etchepareborda, M.; Abad, L. y Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología*, 50 (3), 577-584.
- Oropesa, P., García I., Puente, V., Matute, Y. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *Medisan*, 13(6). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n6/san15609.pdf>
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Quito-Ecuador. Ediciones Abya-Yala, Universidad Politécnica Salesiana.
- Pozo, M., Sarriá, E. y Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastorno del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347.
- Ríos, J. (2014). *Manual de orientación y terapia familiar*. 3ª edición, Editorial: ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana). Madrid: España.
- Rivière, A. (1997). Definición, etiología, educación, familia papel psicopedagógico en el autismo. Curso de desarrollo normal y autismo. Santa Cruz de Tenerife.
- Recuperado de [http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-\\_Desarrollo\\_normal\\_y\\_Autismo.pdf](http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-_Desarrollo_normal_y_Autismo.pdf)



- Ruiz, M., Díaz, I. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée De Brouwer. España.
- Sánchez, A. (2017). La historia de un trastorno: Definición del Autismo. Trastorno del Espectro Autista, *Evaluación, diagnóstico e intervención educativa y familiar*. (pp. 17-32). Alcalá Grupo Editorial. Recuperado de <https://www.faeditorial.es/capitulos/trastorno-espectro-autista.pdf>
- Tamarit J. (2001) Propuestas para el fomento de la autodeterminación en personas con autismo y retraso mental. En Verdugo MA, Jordán de Urries B, eds. Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Salamanca: Amarú; 2001. p. 1-12.
- Tamarit, J. (2005). Autismo: modelos educativos para una vida de calidad. *Revista de Neurología*, 40. 181-186
- Verdugo, M. y Schalock, R. (2013). Discapacidad e inclusión (pp. 443-461). Salamanca: Amarú.
- Wing, L. (1998). El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia. Barcelona. España: Editorial Paidós.

## ANEXOS

### Anexo 1. Publicación para reclutamiento de segundo grupo de familias

# ¿Te gustaría que tu familia forme parte de un acompañamiento terapéutico?

PROYECTO: ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A FAMILIAS DE NIÑAS Y NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) DE LA ASOCIACIÓN COSTARRICENSE DE TERAPIA ASISTIDA CON MASCOTAS



**CUPOS LIMITADOS**

OBJETIVO: PROMOVER LA CALIDAD DE VIDA DEL SISTEMA FAMILIAR DE NIÑAS Y NIÑOS CON TEA EN ACOTEAMA, MEDIANTE UN ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO



## REQUISITOS

- Si en tu familia hay un niño o niña con diagnóstico TEA con edades entre los 4 - 12 años.
- Si tu familia tiene disponibilidad de tiempo al menos una vez por semana de L-V.
- Si cuentas con un dispositivo electrónico, como celular, tablet o computadora con acceso estable a internet.

¡Si respondiste sí a todo, tu familia es candidata para ser parte de nuestro proceso de acompañamiento terapéutico, de forma totalmente gratuita

## BENEFICIOS

- Flexibilidad de horarios.
- Proceso orientado por estudiantes con formación avanzada en Psicología y profesionales en Psicología.
- Impacto positivo en la calidad de vida familiar.

**SI TE INTERESA PARTICIPAR U OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO, CONTACTA A:**

 Maureen Leal al 6449 9522 o a Alejandra Montoya al 8950 3299

## Anexo 2. Fórmula General de Consentimiento Informado para las familias

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
PRÁCTICA DIRIGIDA**

---

**Fórmula de Consentimiento Informado  
Intervención en Terapia Familiar**

- A **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Esta intervención de terapia familiar corresponde al Proyecto Final de Graduación en la modalidad de Práctica Dirigida de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, llamada **ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO A FAMILIAS DE NIÑOS Y NIÑAS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DE LA ASOCIACIÓN COSTARRICENSE DE TERAPIA ASISTIDA CON MASCOTAS**, de las estudiantes: Maureen Leal Mora y Alejandra Montoya Castillo. Dicha práctica será supervisada por la MSc. Adriana Vindas, M. Ed. Alejandra Arguedas, Licda. Johanna Sibaja Molina y Licda. Yeimy Solís.

En esta práctica se realiza un trabajo clínico de intervención familiar, por medio de un acompañamiento psicoterapéutico que reformula la atención individual. En este nuevo espacio, se retoma, integra y se sitúa a la familia con un rol activo, para identificar, evaluar y trabajar con las dimensiones de calidad de vida afectadas dentro de cada sistema familiar.

El proceso se divide en tres etapas próximas a explicar y estará acompañado por Intervenciones Asistidas con mascotas en la segunda y tercera etapa. Siempre orientadas a un desarrollo integral de la calidad de vida de las personas participantes.

- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Si aceptan participar en este proceso, se realizará una intervención dividida en tres fases:

El acompañamiento terapéutico se realizará en dos modalidades. Una virtual y otra presencial, que se llevará a cabo en concordancia con la evolución de la emergencia nacional por COVID-19 y las disposiciones del Ministerio de Salud. Las sesiones bajo la modalidad virtual se ejecutarán por medio del programa Zoom, o en todo caso, otra plataforma de videollamadas. Para esto, las familias deben contar con un dispositivo electrónico (teléfono, tablet o computadora) e internet. Las sesiones presenciales por su parte se retomarán haciendo uso estricto de los protocolos sanitarios establecidos por ACOTEAMA.

En el caso de que la familia tenga acceso limitado a dispositivos tecnológicos o internet que le imposibilite llevar a cabo alguna de las sesiones por videollamada, las terapeutas buscarán estrategias para la adaptación de las sesiones clínicas, tal como

enviar material vía correo o WhatsApp y otorgar un máximo de tiempo para que la familia pueda recolectar la información pertinente.

La primera fase consta de seis sesiones y se realizará de forma virtual. En esta se trabaja con la familia y la persona usuaria, para identificar las dimensiones de calidad de vida más afectadas, que se abordarán en la siguiente etapa.

La segunda fase, compuesta de 7 sesiones, se efectuará en modalidad virtual o presencial, de acuerdo con lo indicado en el primer párrafo de este apartado. En esta etapa se integra al usuario (a), familia del usuario (a) y mascota, y se ejecuta el plan de intervención elaborado en la primera fase.

En la tercera etapa, y nuevamente sujeta a las disposiciones sanitarias, se realiza un taller de dos sesiones, en el que se propone un espacio que incentiva la socialización entre cada sistema familiar acompañado, mediante la construcción de espacios educativos, donde se integran y retroalimentan vivencias y experiencias adquiridas a lo largo del proceso.

El proceso será realizado por dos estudiantes (terapeuta-coterapeuta), considerando que es lo más apropiado en un trabajo familiar o grupal.

Desde una postura ética y responsable contamos con supervisiones constantes para el adecuado desarrollo de nuestro proyecto. Los resultados obtenidos serán difundidos para fines académicos, salvaguardando la información y la confidencialidad de las familias participantes.

- C. **EQUIPO DE TRABAJO:** En las sesiones virtuales y/o presenciales, estaremos presentes las dos facilitadoras a cargo del proceso de acompañamiento (terapeuta y coterapeuta), y la persona técnica encargada de velar por el bienestar del Perro de Terapia, en los casos donde se incluye el animal.
- D. **LUGAR:** La primera fase del proyecto se llevará a cabo de forma virtual. Si para la ejecución de las etapas posteriores, las disposiciones sanitarias lo permiten, retomaremos el formato presencial en las instalaciones de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas, ACOTEAMA, ubicada en Guadalupe, del Estadio Coyella Fonseca, 100 metros Oeste, casa esquinera, mano derecha, color blanco con naranja. En caso de que a alguna familia se le dificulte la asistencia a la asociación, y de acuerdo con la disponibilidad del grupo familiar, se programan intervenciones domiciliarias, que en efecto, no incorporarían a la mascota de la institución.
- E. **FRECUENCIA Y DURACIÓN:** Cada una de las sesiones oscila entre una hora y hora y media y se realizarán en su mayoría, semanalmente. Se acuerda con la familia agendar la asistencia a la institución, otro día de la semana.
- F. **BENEFICIOS:** Este proyecto brinda la oportunidad de que los miembros de la familia puedan expresar sentimientos, preocupaciones y temores. Paralelamente se brindará escucha, apoyo emocional o contención y psicoeducación. El objetivo es promover la calidad de vida familiar. Es totalmente gratuito.
- G. **RIESGOS:** No existe ningún tipo de riesgo para los/as participantes. Sin embargo, puede que los miembros de la familia en ocasiones se sientan un poco vulnerables, ya

que se hablará de temáticas que a veces son difíciles de tratar y pueden surgir sentimientos encontrados, ante lo cual se les respetará el derecho de hablar o no, en el momento que lo requieran.

En caso de acceder al formato presencial, en la segunda y tercera fase, se incorporaría al perro como parte del proceso terapéutico, lo cual podría suscitar alguna incomodidad a las personas presentes. Para evitarlo, se solicita informar al terapeuta, de alergias y otras situaciones que pueden provocar incomodidad.

H. **CONFIDENCIALIDAD:** Su participación en esta terapia es confidencial y se realizará retomando los principios éticos en el campo de la psicología y demarcados por la Universidad de Costa Rica.

Durante un proceso psicoterapéutico puede haber circunstancias en las que la ley requiere que se revele, sin su permiso, información registrada en la terapia, situaciones como:

- a) Amenaza física de agredirse a sí mismo o a otra persona.
- b) Si un tribunal lo ordena.
- c) Si hay sospechas de abuso sexual, físico o negligencia.

I. Su participación en este proceso terapéutico es voluntaria. Tienen el derecho de negarse a participar o a discontinuar la participación retirándose en cualquier momento, con lo cual no se afectará el acceso a los otros servicios brindados por ACOTEAMA.

J. Para cualquier consulta que se les presente pueden llamar a nuestros teléfonos: Maureen Leal Mora, 8760-3532 o Alejandra Montoya Castillo, 8950-3299.

K. Recibirán una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

L. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He/hemos sido informados que en dicha práctica realizada en ACOTEAMA, no se hacen valoraciones o peritajes, que los profesionales que realizan este tipo de trabajo deben estar titulados y que suelen ser las instituciones que los solicitan e indican evaluadores que consideran pertinentes.

He/hemos leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar en este proceso de acompañamiento terapéutico familiar.

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>NÚMERO DE CÉDULA</b>	<b>FIRMA</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

---

Nombre, cédula y firma de la estudiante que solicitan el consentimiento

Fecha

---

Nombre, cédula y firma de la estudiante que solicitan el consentimiento

Fecha

### **Anexo 3. Fórmula para participantes menores de edad**

#### **FORMULARIO PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD**

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

Hola, nosotras somos Maureen Leal Mora y Alejandra Montoya Castillo, estudiantes practicantes, y este proyecto corresponde a nuestro Trabajo Final de Graduación en la modalidad de Práctica Dirigida de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, llamado ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A LAS FAMILIAS DE LOS USUARIOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DE LA ASOCIACIÓN COSTARRICENSE DE TERAPIA ASISTIDA CON MASCOTAS.

Realizaremos una intervención familiar, por medio de un acompañamiento psicoterapéutico a vos y a tu familia. En este proceso, identificamos, evaluamos y trabajamos con las dimensiones de calidad de vida que vos y tu familia considere que necesiten trabajar.

Al reunirte con nosotras haríamos lo siguiente: te reunirás con nosotras, tu familia y la mascota de ACOTEAMA, de forma semanal, para ser parte de un acompañamiento terapéutico, en el que, en la primera fase de 6 sesiones, vamos a recopilar información sobre la dinámica familiar, queremos conocer tus rutinas familiares, cómo se relacionan entre los miembros, y especialmente, conocer qué situaciones requieren de nuestra ayuda profesional. Después de esta fase, tendremos una segunda de 7 sesiones en las que vamos a trabajar la información que identificamos anteriormente, incluyendo también a la mascota. Y finalmente, en la fase 3, nos vamos a reunir con todas las familias que participan en este acompañamiento, para compartir vivencias y experiencias.

En síntesis, ¿en qué consistiría tu participación en ese proceso de acompañamiento?

- Vamos a recibir sesiones semanales con toda tu familia, en las instalaciones de ACOTEAMA, por un lapso de tiempo de una hora y media. Estas intervenciones también se pueden realizar en tu casa, si vos y tu familia no pueden asistir más de un día a la asociación, y están de acuerdo.

- En las sesiones terapéuticas estaremos presentes nosotras dos, tu familia, la persona encargada de cuidar a la mascota y la mascota. Durante estas sesiones ocupamos tu ayuda y la de toda tu familia para poder realizar las actividades.

- Ocupamos también un compromiso fuera de las sesiones ya que vamos a mandar

algunas tareas que tienen que hacer todos en casa.

- Te informamos que vamos a velar por el bienestar tanto tuyo como el de tu familia durante todo el proceso de terapia.

Te garantizamos que toda la información que nos quieras compartir en el proceso, no la vamos a compartir de forma pública. Sin embargo, contamos con docentes que nos supervisan a nosotras, quienes son: MSc. Adriana Vindas, M. Ed. Alejandra Arguedas, Licda. Johanna Sibaja y Licda. Yeimy Solís, y solamente con ellas podremos compartir esa información, pero ellas a su vez, no pueden compartirla con nadie más.

Debes decir si estás de acuerdo en participar en este proyecto  
( ) Sí      ( ) No

Si aceptás participar, contestarás por tu propia voluntad las preguntas que te haga.

Si necesitás más información sobre este proyecto, podés obtenerla llamando a la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas al teléfono 2234 7127. También podés consultar sobre los Derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-2090, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Podés hacer consultas adicionales en la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica al teléfono 2511-4201, de lunes a viernes de 8 am a 5 pm.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del padre, madre y/o encargado legal	Cédula y firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre de la estudiante practicante	Cédula y firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre de la estudiante practicante	Cédula y firma	Fecha



#### **Anexo 4. Derechos de los pacientes**

1. Recibir un acompañamiento terapéutico, donde se trabajará con familias, usuarios y mascota, por parte de practicantes de la carrera de Psicología.
2. Recibir un trato ético por parte de las practicantes que le atienden.
3. La atención clínica psicológica constituye un modo de relación circunscrito a abordar aquellas situaciones o conductas con las que es preciso trabajar de acuerdo con las necesidades de la familia y/o el usuario. No debe confundirse con una relación de otro tipo (amorosa, familiar o amistosa).
4. Todo lo que se aborda en los procesos clínicos es manejado con confidencialidad.
5. Las practicantes obligatoriamente supervisan con el equipo asesor, donde se incluye la asesora técnica, Yeimy Solís Coto, psicóloga de ACOTEAMA.
6. Todo paciente podrá solicitar información si siente que carece de ella en aspectos administrativos o clínicos.
7. Todo paciente tiene derecho a expresar reclamos o molestias referidos al trato recibido por parte de las practicantes que desarrollan el proceso clínico.

## Anexo 5. Compromiso del Grupo Familiar

Nosotros, la familia \_\_\_\_\_

Solicitamos por este acto los servicios de atención clínica de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas, facilitados por las practicantes Maureen Leal Mora y Alejandra Montoya Castillo, estudiantes avanzadas de Psicología; para recibir atención como grupo familiar. Nuestro compromiso:

1. Conectarse y/o asistir a las sesiones que nos sean indicadas, quedando entendido de que la no asistencia o conexión a 2 sesiones (sin justificación válida), significa el cierre del proceso clínico y archivo del expediente, liberando a ACOTEAMA de toda responsabilidad.
2. Por el bienestar del/la usuaria menor de edad no suspender abruptamente la asistencia al proceso clínico.
3. Firmar la Declaración Jurada de Guarda Crianza por cada menor que esté asistiendo al proceso familiar.
4. Comunicar a ACOTEAMA o a las practicantes a cargo del proceso, en caso de no poder asistir a la sesión.
5. Ser puntual con las horas de las citas.
6. Registrar el nombre del grupo familiar cada vez que asistamos a la asociación.

YO	CÉDULA	OCUPACIÓN	FILIACIÓN EN ESTE GRUPO FAMILIAR	FIRMA

## Anexo 6. Información del o la consultante y su familia

1. Datos personales del o la menor de edad

- Nombre completo (dos nombres, dos apellidos) del o la menor de edad: \_\_\_\_\_
- Cédula de identidad: \_\_\_\_\_
- Nacionalidad: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Escolaridad: \_\_\_\_\_

2. Datos personales de los padres o tutores del o la menor de edad

Tutores o padres (indicar parentesco)		
Nombre completo (dos apellidos, dos nombres) de los padres o tutores del o la menor		
Cédula de identidad		
Nacionalidad		
Estado civil		
Edad		
Profesión u oficio/ocupación		
Lugar de trabajo		
Escolaridad		
Lugar de habitación, dirección lo más exacta posible (provincia, cantón, distrito, zona)		

3. ¿El o la menor ha recibido atención psicológica antes?

---

4. ¿Cuáles son los servicios que recibe el o la menor en ACOTEAMA?

---

5. ¿Qué esperan de este proceso clínico?

---

### Anexo 7. Información general del grupo familiar

Indicar parentesco con el usuario (a) del núcleo familiar				
Nombre completo (dos apellidos, dos nombres)				
Cédula de identidad				
Nacionalidad				
Estado civil				
Edad				
Profesión u oficio/ocupación				
Lugar de trabajo				
Escolaridad				
Lugar de habitación, dirección lo más exacta posible (provincia, cantón, distrito, zona)				

## **Anexo 8. Declaración Jurada de Guarda-Crianza**

### **DECLARACIÓN JURADA DE GUARDA-CRIANZA Y EDUCACIÓN**

(Se debe completar una boleta por cada menor de edad)

Yo \_\_\_\_\_(nombre completo)  
, \_\_\_\_\_(número de cédula), soy quien tiene la guarda/crianza y educación  
del o la menor \_\_\_\_\_(nombre completo), y  
por ello autorizo a la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas a que  
designa a las estudiantes: Maureen Leal Mora y Alejandra Montoya Castillo, estudiantes de  
Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, para la atención de este niño (a).

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados en este documento son ciertos:

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### Anexo 9. Boleta de control de citas

Número de sesión \_\_\_\_\_ (no lo anote si el o la paciente no se presenta a la sesión).

Hora de inicio de la sesión \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Terapeuta (s) que atiende (nombre y apellido):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Equipo supervisor (nombre y apellidos):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Familia (indique nombre y apellidos de cada una de las personas integrantes presentes en la sesión).

	Nombre y apellidos	Parentesco
1		
2		
3		

Temas abordados durante la sesión: Refierase de modo claro a los grandes temas abordados por/con el o los pacientes durante la sesión:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones: Indique si sucedió alguna cosa que no corresponde a la cotidianidad de la consulta. Indique si no se presenta el o los pacientes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de las estudiantes:

\_\_\_\_\_  
Maureen Leal Mora

\_\_\_\_\_  
Alejandra Montoya Castillo

## Anexo 10. Guía de conversatorio para adultos

### Desarrollo Personal:

- ¿Podrían mencionar algunas fortalezas y debilidades de los miembros de su familia?; ¿Consideran que sus familiares se focalizan más en las fortalezas o debilidades de cada miembro? Podría describirse a sí mismo de forma breve, ¿Qué cualidades le gustaría mejorar?
- ¿A usted qué le gusta hacer en su tiempo libre?; ¿Qué tipo de actividades le gustaría realizar?; ¿Qué le motiva día a día?
- En una escala del 1 al 10, ¿qué tan satisfecho se siente a nivel laboral? Explique. ¿Le gustaría realizar algún tipo de proyecto en un futuro cercano?

### Relaciones interpersonales:

- ¿Con quiénes interactúan en su cotidianidad (conocidos, vecinos, familiares, compañeros de trabajo) ?, ¿Cómo es la relación con esas personas?; ¿Estas personas le brindan escucha y apoyo?; ¿Comparten experiencias con otras familias? ¿Sale con amigos (as)? Cuando sale con estos (as) ¿se divierte?
- ¿Qué significa para ustedes una red de apoyo?, ¿A qué personas o grupos consideran como redes de apoyo?
- ¿Qué muestras de afecto les resultan agradables a sus familiares? ¿Considera que tiene apertura para dar y recibir muestras de afecto?
- ¿Su relación ha experimentado transformaciones?, ¿Cómo se sienten en su relación actual?
- ¿Realiza actividades de ocio?, ¿Las realiza con otras personas o usted solo (a)?

### Bienestar material

- ¿Cuentan en su hogar, con un presupuesto que les ayude a organizarse económicamente?; ¿En su hogar, la economía alcanza para suplir las necesidades básicas? ¿Existen otras necesidades, que, por un limitado presupuesto económico, no se puedan satisfacer?
- ¿Han tenido que recurrir a algún tipo de adaptación para facilitar actividades cotidianas de alguno de los miembros de su familia?
- ¿Su familia recibe apoyo económico o material por parte de instituciones o personas?

### Inclusión social:

- ¿Consideran que su comunidad es inclusiva o excluyente con sus familiares? En cualquiera de los casos, ¿cuáles serían sus principales formas de manifestación (de inclusión y/o de exclusión)?
- En cuanto a accesibilidad (apoyos, recursos, infraestructura), ¿cómo calificaría al sistema educativo y la comunidad en los que se desenvuelve su familia?

### Bienestar físico

- ¿Cómo calificaría el cuidado de la salud de los otros miembros de su familia? ¿Cómo calificaría el cuidado de su salud física en general?
- ¿Considera adecuados sus hábitos alimenticios y los de sus familiares (tiempos de alimentación)?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio? (Entiéndase como ejercicio, todo aquel esfuerzo físico al que se le dedica tiempo específico fuera de la rutina); ¿Con qué frecuencia

realiza ejercicio físico?

- ¿Considera que sus familiares tienen momentos de descanso? ¿Cree que lo necesitan? ¿Cuántas horas duerme?, ¿Cree que son suficientes?
- ¿Qué entiende por autocuidado? ¿Le gustaría poner en práctica estrategias de autocuidado? ¿Se siente en capacidad para sostener de forma prolongada estas estrategias?
- ¿Asisten a citas médicas con alguna frecuencia para monitorear el estado de su salud? ¿Padece usted de alguna enfermedad física o mental?; ¿Toman medicamentos en caso de ser recetados? ¿Cuentan sus familiares con seguro médico?

### **Derechos**

- ¿Conoce cuáles son sus derechos y los de sus familiares a nivel de salud, educación y comunitarios? ¿Dónde ha escuchado sobre estos o de qué forma se ha informado?
- En su hogar, sistema educativo, sistema de salud, comunidad, ¿Estos derechos son respetados?; ¿Ustedes han hecho valer estos derechos de alguna forma?

### **Autodeterminación:**

- ¿Cuáles son las principales metas y deseos a futuro de usted y sus familiares?
- En sesiones anteriores hemos explorado sus intereses personales, ¿Ha recibido apoyo a nivel familiar, para propiciar la consecución de dichos objetivos?
- Existen diferentes subsistemas dentro del complejo familiar, y a su vez, nosotros como individuos desarrollamos diferentes roles (madre/padre/ persona/ hijo, etc.), ¿Consideran que, a nivel familiar, se ha incentivado la autonomía de sus familiares?, ¿Podrían brindarme algunos ejemplos específicos?
- ¿Ha pensado en su proyecto de vida futuro y de qué forma le gustaría llevarlo a cabo?
- ¿Qué toma en cuenta para tomar decisiones y/o elecciones propias?
- ¿Considera que puede expresar su opinión libremente?, ¿Son estas tomadas en consideración por los otros miembros de su familia?

### **Bienestar emocional:**

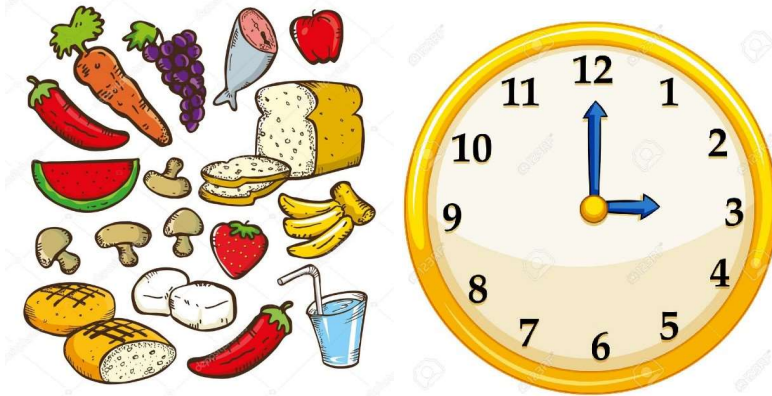
- ¿En la escala del 1 al 10, donde 1 es el puntaje mínimo de satisfacción y 10 el más alto, ¿Cuán satisfecho se siente con su estilo de vida?
- Si tuvieran que describir su estado emocional y el de sus familiares, ¿Cómo diría que se sienten usualmente?; ¿Consideran que entre ustedes comparten a menudo sus estados emocionales? ¿Les resulta fácil o difícil compartir cómo se sienten?  
En la escala del 1 al 10, donde 1 es el puntaje mínimo de satisfacción y 10 el más alto, ¿Cuán satisfecho se siente con su salud emocional?, ¿Qué cree usted que le daría mayor bienestar emocional?, ¿Encuentran apoyo emocional en sus familiares?
- ¿Cuáles son sus principales preocupaciones, miedos, inseguridades?; ¿Ha llegado a sentir un alto nivel de ansiedad y estrés?  
¿Ha llegado a sentirse deprimido (triste, solo, abatido, infeliz, culpable, irritable, falta de energía, sin apetito, inútil) ?, ¿Utiliza alguna estrategia para regular estas emociones?; ¿Qué le hace sentir seguridad o inseguridad en su diario vivir?
- ¿Qué estrategias utiliza usted y su familia para hacerle frente a los distintos retos que se le presentan en su cotidianidad?



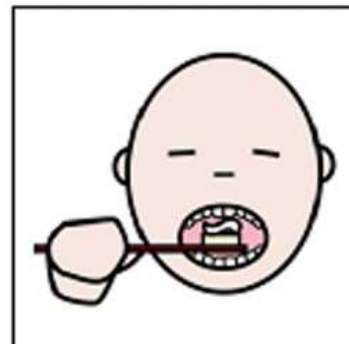
## Anexo 11. Guía de pictogramas

### Bienestar físico

1) ¿Qué comes usualmente?, ¿Cuántas veces al día comes?



2) ¿Cuántas veces te bañas al día?; ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?; ¿Cuándo te lavas las manos?



3) ¿Te gusta las actividades donde te mueves mucho o el ejercicio (nadar, correr, saltar, caminar, bailar) ?, ¿Haces mucho o poco estas actividades?



4) ¿A qué hora te despiertas?, ¿A qué hora te acuestas a dormir? (Aproximado de horas de descanso); ¿Cuántas veces al día duermes? Durante el día, ¿Te sientes cansado o con energía?



5) Cuando vas al doctor, ¿quién te acompaña?; ¿Padeces alguna enfermedad?; ¿Tomas algún medicamento?



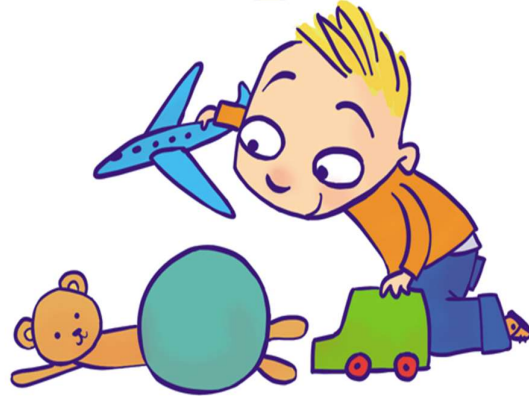
## Derechos

1) ¿Sabes que tienes derecho a...?

○ Ir a la escuela



○ Divertirte y jugar



○ Ser amado y que otros te traten bien



○ Ser escuchado



o Alimentarte de manera saludable



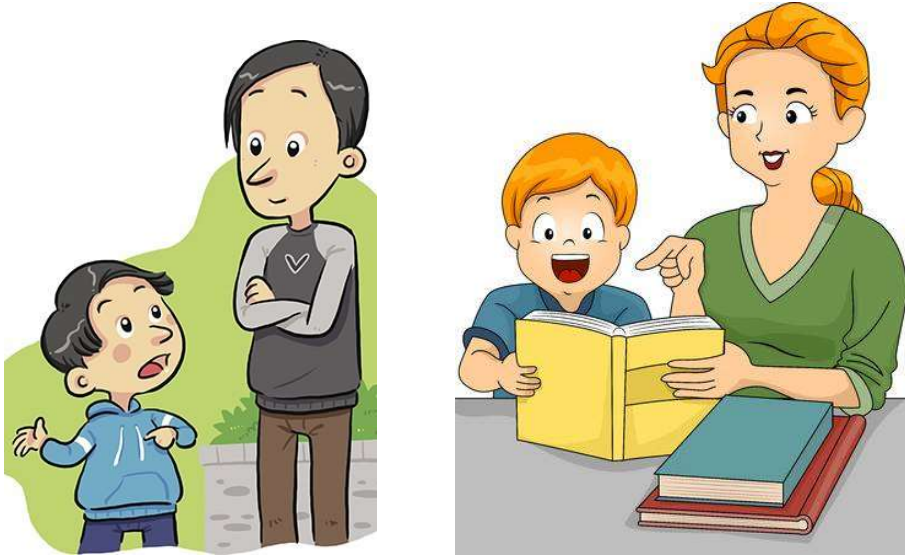
o Ser protegido por las otras personas adultas que te rodean



2) Cuando tienes un problema en la escuela ¿le cuentas a tu maestra/niña?, Cuando le cuentas algo a tus maestras, ¿ellas y ellos te ayudan?



3) Si no te gusta alguna actividad, ¿se lo dices a algún adulto?, Cuando tienes un problema, ¿le cuentas a mamá, papá o algún familiar?, Cuando le cuentas algo a tus papás, ¿ellos te ayudan?



### Bienestar emocional

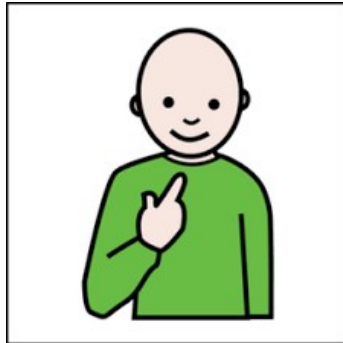
1) ¿Cómo te has sentido estos días (feliz, triste, enojado, preocupado, nervioso)?; ¿Últimamente te han pasado cosas que te hagan sentir bien? ¿Últimamente te han pasado cosas que te hagan sentir mal?



2) ¿Quiénes te tratan bien?; ¿Hay alguien que no te trate bien?



3) ¿Hay cosas que haces y que no te gusten tanto?





## Desarrollo Personal

1) ¿Qué cosas te gustan de tí?



2) ¿Qué cosas te gusta hacer?, ¿En qué juegos eres bueno(a)?, ¿Te gustaría hacer juegos o actividades nuevas?





### Relaciones Interpersonales

1) ¿Tienes amigos?, ¿Cómo se llaman?, ¿Qué les gusta jugar?, ¿Te sientes bien cuando estás con tus amigos?, ¿Te diviertes cuando estás con tus amigos?





2) ¿Te llevas bien o mal con tus compañeros de la escuela?



3) Si necesitas ayuda para hacer algo, ¿quiénes te ayudan?



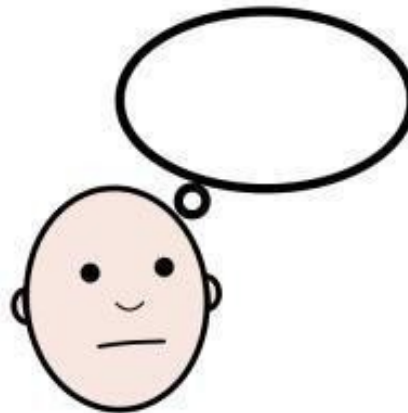
### Inclusión social

1) ¿Te gusta salir de tu casa? ¿A qué lugares te gusta ir? casas de familiares, el parque, lugares de compras, escuela, iglesia, etc. ¿Cómo te sientes cuando estás fuera de tu casa?



### Autodeterminación

1) ¿Qué te gustaría ser cuando seas grande?



2) ¿Cuáles de estas cosas haces solo?; ¿Quién te ayuda?, ¿Qué otras cosas haces tú sólo (a)

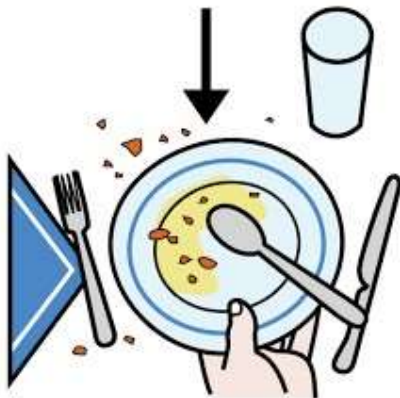
- o Cuando te vas a dormir ¿duermes solo o con otra persona?



- o Cuando comes ¿sabes usar la cuchara y el tenedor?, ¿alguien te a comer ayuda o nadie te ayuda? (lo haces solo)



- o Cuando terminas de comer, llevas los trastes que usaste como platos, vasos, tenedor y cuchara a la pila.



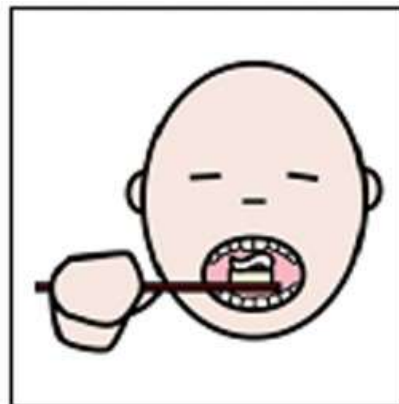
- o Después de dormir, al amanecer, ¿doblas y las cobijas o sábanas de tu cama, es decir, las acomodas?



- o Cuando te bañas, ¿alguien te ayuda o no necesitas ayuda?



- o Cuando te lavas los dientes, ¿alguien te ayuda o no necesitas ayuda?



- Cuando te lavas las manos, ¿alguien te ayuda o no necesitas ayuda?



- o Cuando te pones la ropa (camisa, pantalón, short, medias) que usarás ese día, ¿alguien te ayuda o no necesitas ayuda?



- o Cuando te cepillas o peinas el cabello, ¿alguien te ayuda o no necesitas ayuda?



- o Cuando te amarras los cordones de los zapatos, ¿alguien te ayuda o no necesitas ayuda?



- o Cuando ibas a la escuela, ¿organizabas y colocabas dentro de la mochila o bulto tu cuaderno y cartuchera?



- o Después de jugar con tus juguetes, ¿los vuelves a colocar donde estaban?



## Anexo 12. Plantilla para cuaderno de trabajo

<b>Fecha:</b>		
<b>Número de sesión:</b>	<b>Miembros participantes:</b>	
<b>Objetivo General</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Tarea Semanal</b>
<p>Construir herramientas a favor de la regulación emocional de los miembros de la familia, por medio de un abordaje psicoeducativo en los diferentes subsistemas que integran la dinámica familiar.</p>	<p>Habilitar un espacio de psicoeducación emocional.</p> <p>Incentivar estrategias de autocuidado en el subsistema parental.</p>	<p>Cuadro de estrategias de regulación emocional en los miembros de la familia.</p>
<p>Generar estrategias en el subsistema parental que fortalezcan un estilo de crianza saludable.</p>	<p>Revisar las prácticas disciplinarias y pautas de interacciones en el subsistema parental para construir estrategias que favorezcan la sana convivencia en la familia.</p>	<p>Observación conductual de los niños.</p>

## Anexo 13. Portafolio de técnicas e instrumentos

A continuación, se elabora un compendio de técnicas utilizadas a lo largo del abordaje terapéutico, con todas las familias acompañadas. Cada técnica describe su función y así como el procedimiento llevado a cabo de acuerdo con las características del sistema familiar, al que se aplica.

### Técnicas desde el modelo sistémico

**1. Preguntas circulares:** Cada miembro de la familia tiene la posibilidad de explicitar su percepción de los eventos, lo que habilita una percepción grupal. (Ortiz, 2008)

- *De hipótesis:* Permite a la familia generar nuevos insights, tomando como base una hipótesis, por ejemplo, si usted se dedica a cuidarse a sí misma, ¿siente que sus hijos (as) la criticarán por dedicarse más tiempo?
- *Normativa/Comparación:* Establece un marco de referencia más saludable y permite a los miembros sentirse menos atípicos, por ejemplo, ¿su familia discute más o menos que otras familias?

**2. El cuento sistémico:** Contiene algunas de las generalidades de un típico cuento, sin embargo, a diferencia de los cuentos tradicionales, este va de lo particular a lo universal. Se refiere a una familia particular, creado para esta familia, y no servirá para ninguna otra, pero utiliza elementos universales. Pone en escena las dinámicas relacionales del grupo y plantea indirectamente la cuestión del por qué. La persona terapeuta utiliza los hechos que la familia relata y el objetivo consiste en tambalear el esquema cognitivo de la familia (Ortiz, 2008). A continuación, se describen los cuentos utilizados

- *“Uga la tortuga”*

**Población:** Niños

**Objetivo:** Reforzar la importancia de la responsabilidad y participación activa de los niños en su proceso de autodeterminación.

**Recurso:** Se proyecta el vídeo mediante el siguiente link [//www.youtube.com/watch?v=0Y73OAGJUnw](http://www.youtube.com/watch?v=0Y73OAGJUnw)

**Preguntas generadoras:** ¿Quién era Uga? ¿Por qué Uga llevaba una vida triste y aburrida? ¿A quién conoció Uga? ¿Qué consejo le dio la hormiga a Uga? ¿Qué respondió Uga cuando la Hormiguita le dio ese consejo? ¿Qué es lo importante de trabajar? ¿Qué sintió Uga después de trabajar?

- *“El buzón misterioso para papá, mamá y el niño oso”* (Elaboración propia)

**Población:** Toda la familia.

**Objetivo:** Esta es una actividad lúdica, dinámica y participativa, para encaminar acciones en pro de trabajar, tanto la autonomía del infante, como la mejora de las interacciones entre los miembros. Permite observar la evolución de la dinámica de vinculación familiar, a lo largo del tiempo

**Recurso:**

*Érase una vez, una familia de tres osos, quienes en un buzón tendrían, papeles misteriosos. Al comenzar el día, papá y mamá jugarían con laberintos, rompecabezas, y otros juegos de mesa, que le mostrarían a (nombre del infante) cuál era su destreza.*

*El niño (a) observaría, quien mejor lo hacía, porque al final, un papel misterioso les daría.*

*¿Quién lo hizo mejor oso (nombre del infante) ?, ¿Será mamá?, ¿Será papá?*

**Instrucción:**

- La dinámica se construye para abordar un tema de vinculación entre cada una de las figuras de crianza y el infante. Específicamente, esta familia apela hacia la independencia del vínculo entre madre e hijo, y el fortalecimiento del vínculo con el padre.
- Se generan preguntas exploratorias. Por ejemplo: Mamá, ¿qué cosas se te ocurren que puedes implementar para fomentar la autonomía del niño (a), e independizar el vínculo? Papá, ¿qué cosas se te ocurre que puedes fomentar con el niño (a) para fortalecer el vínculo?.
- Se elabora un listado de acciones por cada padre.
- Papá y mamá deberán hacer un reto diferente y simple cada día (piedra, papel o tijera, rompecabezas, gato, etc), para determinar a quién le corresponderá realizar una actividad del listado de acciones. Antes de cada reto, el mini cuento será leído por los padres, para posteriormente competir. El niño (a) será el árbitro en cada reto, motivando a los participantes y nombrando a la persona ganadora. Al finalizar el reto, el niño deberá sacar un papelito del listado de acciones, entregándolo a la persona que ha perdido. Es importante que ninguno de los padres gane consecutivamente más de 3 veces, pues se perdería el sentido de la dinámica.

**3. Sintiéndonos**

**Objetivo:** Generar la posibilidad de reencuentro de la pareja a través de la comunicación no verbal, donde los sentidos (táctil y visual) tienen un papel central en la comunicación y expresión de las emociones.

**Instrucciones:**

- El contacto se realizará esencialmente por medio de las manos, no habrá contacto visual.
- Primero, uno de ellos pensará en una emoción e intentará transmitirla por medio de sus manos, a las de su pareja, tomándose el tiempo necesario para pensar de qué forma transmitir eso que siente, y también para que la otra persona pueda interpretar eso que se está canalizando.
- Quien la recibe, intentará identificar la emoción que le está transmitiendo su pareja. En caso de que se le dificulte interpretar la emoción, la otra persona puede hacer uso de gestos, incluso sonidos, pero no debe de hablar. Esta parte finaliza hasta que la otra persona logre adivinar la emoción que le intenta transmitir su pareja. La idea es intercalar el turno de cada uno, y que el ejercicio se repita al menos 2 veces por cada una.
- Al final, el ejercicio se puede repetir con otras emociones diferentes, pero con los ojos abiertos, para generar un conversatorio sobre la diferencia.

**4. Línea de tiempo y radares positivos (Elaboración propia)**

**Objetivo:** Esta actividad se utiliza para trabajar la transformación de los vínculos, específicamente en la pareja.



**Instrucción:** Se invita a repasar la relación de pareja a lo largo del tiempo, y traer a contexto aquellos aspectos referentes a la transformación, al cambio, que de alguna forma les han hecho aprender y crecer como pareja. En ocasiones la pareja se reconoce únicamente desde el presente, con la tendencia a obviar u olvidar el proceso que los llevó al presente.

**Preguntas generadoras:** ¿Cuándo conociste a (nombre de cada cónyuge) qué aspectos emocionales/físicos/personalidad te atrajeron?, En la actualidad, ¿qué aspectos emocionales/físicos/personalidad te gustan de (nombre de cada cónyuge)?, A lo largo de su vida como pareja, ¿ustedes podrían mencionar algunas circunstancias concretas que han representado un reto para ustedes y que han podido resolver?, ¿Estas situaciones los ha unido más como pareja?, ¿Qué características individuales y de pareja les ayudó a resolverlos?

## 5. Bote de deseos:

**Objetivo:** Esta actividad tiene la meta de fortalecer el vínculo conyugal.

**Instrucción:** Se propone a la pareja que cada uno prepare su bote de los deseos, con 10 deseos para que sean cumplidos por su pareja. Cada deseo debe ser escrito en un papel diferente. Los deseos deben ser concretos y simples. Van a establecer una meta de deseos por semana (no menos de 1, no más de 4).

- Cuando un miembro desee realizar un deseo a la otra persona, sacará del bote de su pareja un papel.
- Si cumple el deseo bota el papel y se escribe otro deseo.
- Si en ese momento no le apetece o no puede realizarlo, lo devuelve al bote y elige otro.
- Cada uno tiene que estar atento a que en su bote siempre haya 10 deseos.
- Los deseos se formulan en positivo, por ejemplo, en vez de decir: no gritar cuando estemos discutiendo, decir: cuidar el volumen de la voz cada vez que tengamos alguna discusión.

## 6. Espacios de pareja

**Objetivo:** Fortalecimiento de la relación de pareja.

**Instrucción:** En primera instancia, se le pide a la pareja que habilite un número viable de espacios semanales para que puedan tener este espacio de pareja. Es importante establecer tiempos.

Reglas para la ejecución:

- **Regla 1:** Escucha atenta, la meta es escuchar e intentar comprender lo que dice la otra persona. No se trata de escuchar únicamente para responder. A veces sólo queremos que nos escuchen.
- **Regla 2:** Validar las emociones, se trata de hacerle saber a la otra persona que lo que está diciendo es válido porque así lo siente, indiferentemente de si difiere o no.
- **Regla 3:** Hacer preguntas generadoras. Regularmente utilizamos preguntas como: ¿qué te pasa?, ¿te pasa algo?, que nos pueden limitar un poco la respuesta de la otra persona, a lo que podríamos plantear preguntas como: ¿cómo te sientes?, ¿te sientes cómodo (a) hablado al respecto?, ¿te gustaría hablar sobre eso, en este momento o prefieres en otro momento?; Cuéntame, cuando me dices eso, ¿cómo te hace sentir?
- **Regla 4:** Sincerarse, se trata de ser transparentes con lo que sentimos, incluso cuando no queremos conversar al respecto, podemos intentar probar con otras frases, como: “no me

siento bien”, “podríamos conversar en otro momento”, “sí me pasa algo, preferiría conversar en otro momento”, “no me siento tan bien”, “me siento mal”, “sé que algo no se siente bien pero no sé que es”

## 7. Radares positivos

**Objetivo:** Fortalecimiento de la relación de pareja.

**Instrucción:** Se le solicita a la pareja que dediquen esta semana a centrar la atención en los radares positivos: lo guapa o guapo que ves a tu pareja, algo bonito que ha dicho, un detalle que ha tenido, todo lo positivo que ustedes puedan captar, por más sutil que parezca, lo van a anotar en una lista. Los radares negativos también tiene su función, y es por eso que les vamos a permitir manifestarse siempre y cuando sea para rescatar “aspectos por mejorar”, es decir, existen situaciones que representan un reto/conflicto sin resolver, por lo que, más que visualizarlo como algo “negativo”, será desde esta perspectiva: una oportunidad para mejorar.

## 8. Expresión de la afectividad

**Objetivo:** Se trabaja la transformación de la afectividad en la pareja.

**Instrucción:** La pareja puede experimentar dificultades a la hora de dar y recibir muestras físicas y emocionales de afecto. Cada uno va a anotar en un papel las respuestas a las siguientes preguntas. Estas respuestas serán compartidas en su espacio de pareja.

- A. ¿Qué tipo de expresiones afectivas físicas y emocionales, me gusta recibir por parte de mi pareja?
- B. ¿Qué tipo de expresiones afectivas físicas y emocionales, me gustaría recibir por parte de mi pareja?
- C. ¿Qué tipo de expresiones afectivas físicas y emocionales, no me gusta recibir por parte de mi pareja, y de qué forma propongo que se transforman para ser bien recibidas por mi persona

## 9. Externalización del síntoma

**Objetivo:** La técnica se enmarca dentro de la terapia narrativa y su objetivo es separar la sintomatología de la persona. Se busca personalizar o cosificar el síntoma para que sea más fácil de comprender y así, facilitar las capacidades metacognitivas del consultante. Al síntoma se le da una voz con identidad. El objetivo es que el consultante reconozca la función del síntoma en sus vidas y construir recursos para moderar sus efectos y saber gestionarla mejor desde el primer día. Al activar los propios recursos, en la persona se activa y promueve la esperanza y la energía hacia el cambio. (Pubill, 2016)

**Instrucción:**

*Paso 1. Cosificación del síntoma.* Se pide a los participantes que con la plastilina u otro material que ha sido solicitado por las terapeutas con antelación traten de representar o elaborar una figura del síntoma/emoción. Además, se le indica que deben tener una caja para que coloquen el síntoma enfrente de la cámara y tenga mayor protagonismo.

*Paso 2. Entrevista del síntoma:* Se procede a realizar algunas preguntas a la figura elaborada por ellos.

- ¿Desde cuándo estás en la vida de...?
- ¿Qué te hizo pensar que te necesitaba en su vida? (Esta pregunta es básica para transformar el síntoma de enemigo en aliado.)
- ¿Qué hay actualmente en la vida de... que ayuda a que te quedes cómodamente instalada?

- ¿Cuál es la influencia que tienes en la vida (nombres de otros miembros de la familia)?
- ¿Qué hay actualmente en la vida de... que te permite seguir existiendo?
- ¿Qué tendría que ocurrir para que vieras que... ya no te necesita y, por tanto, desaparezcas de su vida?

## 10. Metáforas

**Objetivo:** Su objetivo consiste en la utilización de algún elemento que guarde relación con la temática que se aborda (Ortiz, 2008).

- *Metáfora de la Oruga:* Se utiliza como una metáfora para representar la transformación hacia la calidad de vida. Es importante explicar que, cualquier cambio por sí mismo implica un desequilibrio en nuestra estabilidad. Frecuentemente nos enfrentamos al cambio, sin embargo, no todos se perciben de la misma forma. Habrá algunos muy sutiles y otros que traen consigo grandes movimientos. Son movimientos necesarios para acceder a ese objetivo al que queremos llegar. Obtener calidad de vida requiere de un proceso de desestructuración, de un cambio de lo que ya existe, para alcanzar la meta, sin embargo, no siempre estamos dispuestos, a enfrentarnos a ese proceso. Se procede a la lectura de la siguiente metáfora para generar identificación con el personaje principal.

*En una enorme y verde pradera, vivía una oruga pequeña, debajo de una hoja. La pequeña oruga temía convertirse en mariposa, tenía mucho miedo de entrar en la oscuridad del capullo para transformarse. Todas y todos sus amigos orugas, ya se habían transformado en hermosas mariposas, y por eso, la pequeña oruga siempre pasaba muy triste, pues no tenía a nadie que le acompañara.*

*Pasaban los días, las semanas, y la pequeña se resistía. Un día, la oruga decidió salir de su escondite debajo de la hoja, para explorar zonas cercanas, de pronto, a lo lejos visualizo un grupo de hermosas y grandes mariposas, quienes se veían sonrientes y muy brillantes. La oruga tímida, se escondió tras unas flores para admirar a tan bonitas mariposas.*

*De pronto, una de las mariposas vio a la pequeña oruga escondida tras una flor. La pequeña oruga sorprendida, se asustó e intentó volver a su casa, pero las curiosas mariposas se acercaron a ver qué sucedía, y como eran grandes, hermosas y veloces, lograron alcanzar a la pequeña oruga.*

*¡No me hagan nada, por favor! -exclamó la oruga.*

*Las mariposas sorprendidas de su reacción se quedaron paralizadas, hasta que una de ellas, dijo: ¡Calma hermana oruga, nada te vamos a hacer!, ¿qué hacías allí tan sola?*

*Nada, solamente quería salir un rato de mi casa hoja, no tengo a nadie, y temo hacer mi capullo, temo la oscuridad que hay allí adentro, eso me hace sentir triste.*

*Si, hermana oruga, éramos pequeñas y frágiles cuando aún no éramos mariposas -dijo una de las mariposas.*

*¡Yo prefiero seguir siendo una oruga, me da miedo enfrentarme a la oscuridad de la transformación!*

*¿Acaso, oruga, no prefieres volar? -expresó una de las mariposas*

*Si, quiero volar tan alto como pueda*

*Bueno, esto solo lo lograras con alas que saldrán por tu transformación*

*Gracias por tus consejos, mariposa, no sabía lo alto que podría llegar.*

*Llegando el otoño, oruga se quedó dormida y despertó después de muchos días, al abrir sus ojos, vio un rayo de luz al amanecer y de pronto se sintió diferente, se veía diferente, unas largas alas salían de su cuerpo, una luz diferente alumbraba su vida y con ello su esperanza de volar cada día más alto.*

- **Metáfora del corazón:** La siguiente metáfora se utiliza en representación del autocuidado, especialmente cuando se es cuidador primario y se ha postergado el tema de la salud por solventar las necesidades de los otros miembros de la familia.

#### **Instrucción:**

##### **Paso 1.**

*Sabías que: "El corazón bombea sangre primero a sí mismo, antes de bombear sangre al resto del cuerpo"*

*La metáfora del corazón nos entrega una clara imagen del rol del autocuidado y su influencia en los demás. El corazón es un órgano de cuyo buen funcionamiento dependen todos los órganos del cuerpo (cerebro, pulmón, hígado, etc.) ninguno de ellos puede vivir sin la sangre que les entrega el corazón, y en verdad, ningún ser humano o animal puede vivir sin la acción continua del corazón.*

*Sin embargo, la primera tarea del corazón no es enviarle sangre al resto del cuerpo, primero necesita irrigarse de sangre a sí mismo. El irrigarse a sí mismo permite que la sangre pueda alcanzar el resto del organismo.*

*Sólo un corazón saludable, bien irrigado puede entregar sangre a las demás partes del cuerpo. Si el corazón no se preocupara de sí mismo, todos los demás órganos y la vida completa estarían en peligro. Del mismo modo, cuidarnos a nosotros mismos, ser gentiles, respetuosos, amables con quienes somos, es condición necesaria para entregar cuidado a los demás.*

*Al igual que en la metáfora del corazón, sin autocuidado, el cuidado hacia los demás tiene sus días contados, no es un cuidado sustentable.*

**Paso 2.** Explorar la concepción que tienen los (as) consultantes sobre autocuidado.

**Paso 3.** Enlistar tres estrategias de autocuidado y describir por cada una tanto obstáculos como facilitadores para ejecutar esta actividad.

**Paso 4.** Según lo que se discute en sesión, enlistar y ordenar las tres estrategias de autocuidado, de la más fácil a la más difícil.

**Paso 5.** Elegir la estrategia que considere podría tener mayores probabilidades de éxito. De acuerdo al tipo de tarea se propone una meta que considera cualquier tipo de unidad de medición (ocurrencia, frecuencia, duración).

**Paso 6.** Continuar monitoreando en las siguientes sesiones.

**11. Objetos metafóricos:** Son metáforas que se concretan en algo determinado, las posibilidades son innumerables y quedan a creatividad del consultante. El objeto es un medio al que se le atribuyen significados, es decir, se materializa la situación, permitiendo

externalizar la experiencia, acercarse o alejarse. Por ejemplo, se le puede pedir a un miembro que con un objeto determine cómo se ha sentido emocionalmente durante esta semana.

- *Metáfora de la Brújula:* Se le presenta a los padres el objeto de la brújula y se les pregunta: Papás, ¿para qué funciona una brújula? A partir de las anotaciones que hagan los padres, se genera un diálogo en relación con la meta de la disciplina y el establecimiento de límites en la crianza.

*Para orientarnos el Norte, es decir nuestra meta. A partir de lo analizado, ¿cuál sería la meta de disciplinar? La meta final sería orientar a nuestros hijos, podría ser el momento para visualizar la disciplina en términos menos punitivos y de autoridad y más de disciplina positiva con amor, ya que nuestros hijos (as) necesitan que le orientemos bajo ciertos márgenes, enseñando habilidades para la vida como las normas sociales y de convivencia social para una saludable interacción tanto en el núcleo familiar como en otros escenarios fuera de la casa.*

## **12. Tablero de relaciones** (Elaboración propia)

**Objetivo:** Se utiliza para abordar el tema de las relaciones familiares. Las formas de interacción familiar en ocasiones se configuran como relaciones fusionadas o de alianza, provocando que haya una obstaculización para estrechar vínculos con otros miembros de la familia o que se desdibujen otras figuras del sistema familiar. Con el fin de lograr una convivencia saludable y de relaciones más equilibradas, se propone una actividad que refleje de forma longitudinal, las interacciones.

**Instrucción:** Para ello, la familia deberá recrear una especie de tablero, que contará con fichas que representan a cada individuo. La posición de estas fichas va a representar la interacción de mamá, papá e hijo en un momento determinado, a través de fotografías. Este ejercicio se realiza 1 vez a la semana, para observar su propio proceso de cambio, y la concientización sobre el vínculo. Una vez a la semana deberán jugar al tablero de relaciones, donde van a posicionar su propia ficha según las siguientes preguntas:

- Fotografía 1: ¿Qué tan cercano se sintió papá de su hijo? (Percepción padre)
- Fotografía 2: ¿Qué tan cercano se sintió mamá del hijo? (Percepción madre)
- Fotografía 3: ¿Qué tan cercanos se sintieron papá y mamá? (Percepción de pareja)
- Fotografía 4: ¿Esta es mamá y este el hijo, ¿qué tan juntitos estuvieron esta semana? Este es papá y este el hijo ¿qué tan juntitos estuvieron esta semana? (Percepción del hijo)

## **13. Charadas**

**Objetivo:** Se utiliza con la finalidad de promover la importancia del trabajo en equipo en el subsistema fraternal.

**Instrucción:**

- Les indicamos a los niños que vamos a jugar a las charadas o adivinanzas, para ello vamos a dar 3 minutos para que ellos piensen en dos personajes (animales, superhéroes, películas) que nosotras vamos a intentar adivinar, y luego viceversa. Las terapeutas también actuarán personajes.
- Preguntas finales: ¿cómo se sintieron trabajando en equipo? ¿se sintieron apoyados? ¿fue

más sencillo hacerlo juntos?

### Técnicas desde el modelo cognitivo-conductual

#### **1. Psicoeducación emocional:**

- *El universo de las emociones.* El trabajo sobre las emociones fue transversal a los objetivos terapéuticos planteados para cada familia, por lo que se abren espacios educativos de exploración emocional, tanto para los niños como los adultos. En la plataforma de Genial.ly se construye un juego de preguntas que permite explorar el conocimiento de los adultos sobre la parte emocional, y así también un espacio de retroalimentación. Los tópicos por abordar fueron:
  - Definición de las emociones.
  - La diversidad de emociones.
  - Funciones de las emociones desde la perspectiva humanista-existencial y el enfoque cognitivo- conductual.
  - Discriminación emocional.
  - Regulación emocional.
  - Importancia de la psicoeducación emocional.
  
- *La comunicación asertiva.* Se aborda el concepto de la comunicación asertiva, así como su importancia en las relaciones interpersonales. Se exploran elementos básicos para ponerla en práctica: autodivulgación, comunicador efectivo, lenguaje del yo, documentar, opciones limitadas, escucha activa/parafraseo, validación, comunicación no verbal y la triada de la asertividad (ser honestos, directos y respetuosos). (Shibley y Delamater, 2003)
  
- *Valoración de sesgos cognitivos.* Se procede a explicar el concepto de sesgo cognitivo y se invita a la identificación constante de la tabla que contiene los tipos de sesgos cognitivos (Díaz, Ruíz y Villalobos, 2014) aquellos que con mayor frecuencia suelen presentarse (leer la mente, minimización, pensamiento dicotómico, personalización, entre otros). El ejercicio se trabaja tanto fuera como dentro de sesión.
  
- *Autorregulación parental en el modelamiento de los hijos (as).*  
**Objetivo:** Señalar la importancia del rol de la autorregulación parental en el modelamiento de los hijos. Para ello, la observación tiene un rol determinante en el proceso de modelamiento.  
**Instrucción:**  
**Paso 1: Ejercicio de sensibilización.**
  1. Vamos a tener 2 personajes en esta situación, una persona modelo y una observadora. Un miembro de la familia modela y el otro observa.
  2. La persona que modela, va a proceder a crear alguna figura (no demasiado compleja), utilizando la plastilina. Realizada la figura, esta se coloca en un lugar donde permanezca oculta.
  3. La persona observadora tendrá que ejecutar la misma figura, por lo que deberá prestar atención al proceso de modelado para poder ejecutarla de forma similar.
  4. La situación anterior, nos permite graficar de una forma simple, lo que sucede en el proceso de modelado. Ahora bien, ¿qué es el modelamiento? Es el proceso de aprendizaje observacional, donde la conducta de un individuo -el modelo- actúa como estímulo para los pensamientos, actitudes o conductas de otro individuo, que observa la ejecución del modelo.
  5. Para entender cómo sucede, vamos a explorar los procesos básicos implicados en el modelado, a través de la actividad recientemente ejecutada.

## **Paso 2: Psicoeducación.**

Se genera un espacio de diálogo con preguntas e información que brindan las terapeutas:

1. ¿Cuál fue el primer paso que utilizó la persona observadora para imitar lo que hacía el modelador? ¿Qué fue lo primero que hizo para recolectar esa información? Observar y por tanto, poner atención. **La Atención:** La actividad del observador consiste en concentrarse en lo que se modela
2. Una vez que la figura se oculta, ¿qué proceso cognitivo utilizamos para reproducir algo, sin tenerlo de forma presencial? **La Retención (memoria):** Para poder imitar una conducta es necesario que seamos capaces de representarla en nuestra mente, sin que el modelo esté presente
3. Una vez representada de forma mental esa figura, se procede a... **La Reproducción:** La capacidad del observador para reproducir, ensayar o practicar la conducta cuyo modelo se ha observado. La reproducción es el proceso por el cual el aprendizaje se transforma en conducta
4. ¿Qué factores pueden facilitar la imitación de una conducta? **La Motivación:** Debe existir una probabilidad de obtener incentivos por la conducta.
5. ¿Cuál es la relación de la autorregulación parental en el modelado de la autorregulación de los niños?, es decir, ¿cómo impacta la autorregulación de ustedes como padres en la enseñanza de conductas de sus hijos, por ejemplo, aprender a regularse emocionalmente? Todas las conductas son aprendidas. Los niños aprenden a autorregularse de acuerdo a los recursos que tengan a su disposición, por medio de sus diferentes canales perceptivos, como la escucha, y la observación. Y de la misma forma, todo lo que se aprende, se puede desaprender.
6. Los niños aprenden en muy buena parte de sus figuras de crianza, cómo autorregularse, imitando conductas de sus cuidadores. Es importante reconocer cómo las figuras de crianza se autorregulan, para entender de qué forma, están siendo modelados los niños.
7. Preguntas de concientización:
  - ¿Qué conductas identifican, que los niños hayan aprendido por observación?
  - La forma en la que ustedes reaccionan ante sus diferentes estados emocionales, ¿ha tenido impacto en la forma en la que los niños reaccionan a sus estados emocionales?
  - ¿Cuáles son esos estados emocionales ante los que los niños reaccionan de forma menos asertiva?, ¿De qué forma reaccionan ustedes ante esos mismos estados emocionales? ¿Hay alguna similitud entre la forma en la que los niños y ustedes reaccionan a esos mismos estados emocionales?
  - ¿Cómo normalmente intervienen ustedes como padres ante los estados emocionales de los niños, como el enojo, el miedo, el dolor?
  - ¿Cuáles son las frases que usan normalmente cuando se enfrentan a estos escenarios?
  - ¿Tienden a etiquetar o decir explícitamente a los niños sobre la emoción que están sintiendo?

- *Pautas para el entrenamiento parental en el modelamiento.*

**Objetivo:** Para facilitar a los padres el proceso psicoeducativo se hace una recopilación de pautas según los escenarios que exponen las familias.

**Instrucción:** Se expone y facilita a los padres el siguiente material.

**Punto 1. Todas las conductas son aprendidas.** Los niños aprenden de acuerdo a los recursos que tengan a su alcance, por medio de sus diferentes canales perceptivos, como la escucha, y la observación. Es a partir de esta información que ellos reciben de su contexto, que van a reproducir sus conductas, lo que llamamos modelamiento. La información proviene de cualquier contexto como la familia, el centro educativo, grupos sociales, la interacción con sus pares, etc. Para entender cómo es que se producen estas conductas, la observación es determinante, pues permite detectar todas aquellas figuras o factores que funcionan como modeladores. La familia posee gran influencia en este proceso de modelamiento, por lo que es determinante en primera instancia, revisar qué es aquello que como padres están modelando a los niños de forma explícita e implícita.

**Punto 2. Utilización de diferentes canales de comunicación.** La utilización de diferentes canales de comunicación puede potenciar un mayor nivel de entendimiento por parte de los niños. Así que se debe considerar tanto la comunicación verbal como no verbal (pictogramas) para potenciar la comunicación.

**Punto 3. Interpretación de los estados emocionales por parte de los niños (as).** Los niños perciben con facilidad los estados emocionales de otras personas, a partir de lo que pueden

escuchar y observar, hacen una lectura global de la conducta, incluyendo la escucha y la observación, es decir, lo que pueden oír y ver.

Sucede con regularidad, que la externalización de nuestros estados emocionales, principalmente cuando somos adultos, a veces no es homogénea, resultando en una manifestación diferente del estado emocional que se está produciendo. Por ejemplo, sentir temor y manifestar ira. Lo que podría desencadenar confusión en los niños (as).

Es esencial que los padres cuenten con recursos emocionales que les permita procesar y trabajar con las emociones de una forma sana y homogénea. La psicoeducación es un proceso de aprendizaje continuo, y cada día hay nuevos retos emocionales por lo que se debe identificar cuál ese estado emocional, reconociendo cuál es, o son sus antecedentes, y conocer de antemano qué estrategias de regulación emocional, puede utilizar para hacerse cargo de eso que está sintiendo. Este bagaje de recursos emocionales en los padres, van a tener influencia en los propios recursos emocionales de los niños, pues aprenden de estos por medio del modelamiento. A continuación, algunos ejemplos,

*Manifestación heterogénea de la comunicación analógica (no verbal) y digital (verbal):* El niño se divierte jugando con sus nuevos patines, la madre por su parte se siente asustada de que el pequeño pueda resbalar, o tropezar y golpearse. La madre al sentirse asustada se muestra nerviosa e intranquila, se nota que tiene temor y el niño lee el lenguaje corporal de su madre. Pasados un par de minutos, la madre reacciona de forma disruptiva, y con tono de enojo, le indica al niño que se detenga y guarde los patines. El niño no comprende porque la madre le habló enojada.

*Intención detrás de las instrucciones:* También sucede con frecuencia, que las indicaciones que se le da al infante, están cargadas de diferentes intenciones que pueden mediar la interacción con los pequeños. Por ejemplo: la hora de despertar a los niños.

La madre se dirige a la habitación de los niños para despertarlos, pues deben alistarse para ir a la escuela. Mientras se dirige a la habitación, tiene pensamientos como: “¡ya voy tarde para el trabajo!”, “¡tengo muchísimas cosas que hacer!” La madre entra repentinamente a la habitación, enciende la luz, abre las cortinas y utiliza un fuerte tono de voz para despertarlos. Los niños se levantan y observan el ajeteo de la madre, lo intranquila que está, el tono de voz que utiliza, etc. Los niños, sin entender lo que sucede, se comienzan a sentir intranquilos.

**Punto 4. Enseñar estrategias de regulación emocional.** Es determinante no asumir que los niños saben cómo actuar o reaccionar ante los diferentes escenarios o emociones, por lo que describir y explicar todo a los niños, es de gran relevancia, pues es a partir de esa información, que los niños van configurando sus conocimientos. En ese sentido, no podemos dar por sentado que los niños saben cómo autorregularse, y aquí el modelamiento, cobra un papel importantísimo, pues son ustedes, las figuras de crianza, quienes van a enseñar de forma explícita e implícita como se actúa y reacciona antes los diferentes estados emocionales, desde lo aparentemente básico. Entonces, no podemos suponer que los niños tienen conocimiento sobre cómo actuar, hasta que se les ofrece esa información. Y de la misma forma, no podemos suponer que los niños saben lo que estamos pensando o sintiendo, si no lo expresamos de forma explícita. Esta capacidad de asignar estados mentales a otras personas, se llama Teoría de la mente, y en niños con TEA, esta es un área que se ve comprometida, por lo que debemos ser precavidos y no asumir que el niño sabe, recordando que su comprensión está sujeta a la literalidad de las instrucciones.

**Punto 5. Claridad en las instrucciones.** A propósito del área comprometida de la Teoría de la Mente, en ocasiones se puede asumir que hay claridad en las normas o solicitudes que se les hace a los niños. Parte del entrenamiento diario tiene relación con la observación de conductas (sin



etiquetarlas como buenas o malas), con el fin de comprender cuáles son aquellos factores externos o internos que interfieren en que el mensaje no se comprenda, por ejemplo, tomar en cuenta si existen reforzadores en el ambiente.

Por otro lado, es importante que el aprendizaje toma tiempo, así no se podría esperar que una instrucción se aprenda inmediatamente, sino que se modela, es progresivo; por lo tanto, se debe ser coherente y perseverante, por ejemplo, si la hora límite para ver caricaturas son las 9 a.m. y un día uno de los padres, quiebra esta norma, es posible que el niño siga solicitando tiempo de ver caricaturas después de la hora acordada. Así se comprende que puede desembocar en una rabieta, ya que el niño se encontrara confuso sobre las razones por las que en ocasiones se le permite una cosa, pero en otras ocasiones no. Otro ejemplo relacionado a la coherencia es cuando decimos al niño baje la voz y damos la instrucción con tonos de voz pausados y con calma.

Los padres pueden estar revisando cuáles son las expectativas (escenarios ideales) cuando se da una instrucción, de forma que este ejercicio de reflexión funciona como un medidor de qué tan real está siendo la expectativa, si concuerda con las capacidades o condiciones que tiene el niño en ese momento, con el desarrollo cognitivo y emocional según su edad, etc.

Un aspecto importante es reforzar las conductas del niño que resultan esperadas por parte de los padres, es decir, si sólo se focalizan en conductas negativas, esto repercute en el autoconcepto del niño, ya que se visualizará como un niño que solo se le reconoce sus desaciertos. Por ello, una poderosa herramienta son los reforzadores sociales (elogios), a lo que el niño hace bien, por ejemplo, “hoy te has portado excelente. Te felicito”, “Has sido muy valiente, me siento orgullosa de ti”, “Me encanta como recoges tus juguetes, estás creciendo y siendo un niño cada día más responsable, llegarás lejos”.

Otro aspecto es revisar cómo se hacen las solicitudes, así resulta más fructífero sustituir el “NO” (condiciona la respuesta al niño y una resistencia a seguir la instrucción), por una instrucción hacia el sentido positivo.

No grites	Bajemos la voz
No corras	Vamos a ir caminando.
No toques nada	Vamos a mirar, evitemos tocar.
No rompas el juguete	Si cuidas tus juguetes, podrás jugar más con ellos.
No mientas	Hablemos con la verdad
No tengo tiempo	Dame unos minutos para terminar y jugamos.
No pegues a los demás	A los demás se les trata con respeto y cariño.

**Punto 6. Rutinas en la cotidianidad.** Los padres reconocen la importancia de que sus hijos mantengan una rutina, por lo que los tiempos de descanso, de comida y hasta el uso de dispositivos electrónicos, no son la excepción; ya que permite al niño predecir el día a día y marcar límites/normas en la casa, lo que permite extrapolarlo a la clase. Algunos elementos importantes de retomar son los momentos u horas específicas en que se ejecuta cada actividad, con quien realizará esta actividad o bajo qué pautas parentales se ejercerá esta actividad, por ejemplo, los niños usan el celular por cierta cantidad de horas al día, en lapsos de tiempo, a sí mismo los padres toman en cuenta la funcionalidad.

## 2. Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales:

- *Espacios de convivencia familiar*

**Objetivo:** Crear espacios de convivencia familiar, tanto para el subsistema conyugal, como para el parental es un reto importante. Con esta actividad se pretende crear una base sólida que donde se habiliten tiempos de interacción con calidad. Hay que tomar en cuenta que cada uno como individuo, ejerce una tarea de vital importancia en cuanto a responsabilidades y quehaceres relacionados con la crianza del niño (a).

**Instrucción:**

**Paso 1.** Cada figura de crianza enlista aquellas actividades que realiza con y para el niño (a). Teniendo esta información se procede en la generación de estrategias que permitan mejorar estas formas de interacción.

**Paso 2.** En sesión se hablará sobre las responsabilidades que asume cada padre, específicamente sobre la carga parental y posibilidad de redistribuir tareas. Para hacer esta negociación se ha entrenado a las figuras de crianza en comunicación asertiva y técnicas de solución de problemas mediante *role-playing*.

**Paso 3.** Fuera de sesión, cada figura de crianza debe elaborar de forma individual la propuesta, cada uno se la presentará a la otra persona responsable del niño (a), de forma que lleguen a un consenso o acuerdo mutuo sobre las demandas que cada uno deberá atender.

**Paso 4.** Se presentará el plan en conjunto dentro de la sesión para que las terapeutas monitoreen retrocesos, avances u oriente el plan hacia un mayor equilibrio de rol parental.

## 3. Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas

**Objetivo:** Resolución de conflictos (Durán et al., 2004)

**Instrucción:**

**Paso 1. Definir el problema:** Antes de buscar una solución debe saber cuál es el problema. Resuma los problemas en una o dos frases.

**Paso 2. Torrente de ideas:** Intente concebir tantas ideas para resolver el problema como le sea posible y anótelas. No se preocupe si las ideas aparentan ser muy disparatadas, simplemente, busque muchas. Una idea puede conducir a la siguiente. Una mala idea puede llevar a una buena.

**Paso 3. Evaluar las ideas:** Con cuidado, repase cada idea que se le ha ocurrido en el paso 2. Tenga en cuenta las personas relacionadas y la situación. ¿Cree que puede funcionar? En caso afirmativo, ¿por qué? Si cree que no, ¿por qué? ¿Es aceptable para todas las personas relacionadas (en este caso con padres e hijos)? Algunas ideas pueden ser aceptables para algunas personas y no para otras.

**Paso 4. Seleccionar una idea:** La clave está en encontrar una idea aceptable para todas las partes implicadas y que usted crea que puede funcionar mejor para resolver el problema definido en el paso 1. (Se proporcionará más información sobre este paso cuando nos ocupemos de los ejemplos específicos.)

**Paso 5. Probar la idea:** Lleve a cabo la solución que ha elegido en el paso anterior.

**Paso 6. Evaluar su efectividad:** Compruebe si la solución que ha elegido funciona. ¿Le ha resuelto el problema que ha definido en el paso 1?

**Paso 7. Decidir:** Si su respuesta al paso 6 es sí y la solución le resuelve el problema, ha terminado. Trabajo realizado. Si, por el contrario, su respuesta es negativa, no se desanime. También puede:

- a) vuelva al paso 4 y elige otra solución,
- b) vuelva al paso 2 para idear más soluciones o
- c) vuelva al paso 1 para asegurarse de que ha definido el verdadero problema.

**4. Técnicas para la reestructuración cognitiva:** El terapeuta formula al cliente preguntas abiertas destinadas a animarle a detectar y comprobar sus creencias irracionales y racionales, y las razones de por qué lo son en cada caso, este debate de creencias lo genera mediante un

diálogo socrático (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2014).

- *Línea de tiempo del subsistema parental.*

**Objetivo:** Para fortalecer un estilo de crianza saludable, se debe considerar sentimientos o emociones que generan inseguridad en el ejercicio parental. Una vez identificadas las situaciones desencadenantes, se procede a identificar la contraparte, los reforzadores sobre su estilo parental, que queda solapado por lo anterior. La idea central es desestabilizar la percepción de inseguridad. Posicionar en la balanza lo bien que lo han hecho hasta ahora, en contraste con aquellos pensamientos que mitifican lo anterior (Elaboración propia).

**Instrucción:**

**Paso 1.** Colocar en notas aquellos eventos, situaciones o momentos donde hayan sentido vulnerado su rol parental, situaciones donde se han sentido inseguros como padres. Aquí se introduce el contenido de las variables asociadas a la inseguridad (nacimiento, lactancia, salud del bebé, etc). Algunas preguntas son: ¿Qué situaciones le han llevado a sentirse vulnerable como padre/madre?, ¿Qué piensan que han hecho mal y cómo han llegado a la conclusión de que está mal?, ¿Ha llegado a sentirse avergonzado en su rol como padre/madre? ¿Qué es ser un buen padre o una buena madre?

**Paso 2.** Colocar en notas aquellos eventos, situaciones o momentos donde reconozcan una buena actuación en su rol parental, situaciones donde se han sentido seguros de lo que hacen como padres, eventos positivos, de crecimiento personal para sí y para sus hijos. Algunas preguntas son: ¿Qué aspectos rescatarían en el desarrollo académico y emocional de sus hijos? ¿Han existido situaciones donde otras personas le señalan características positivas de sus hijos? Describa situaciones en las que se sintió orgulloso de su rol como madre/padre.

- *Pirámide de jerarquización de prioridades.*

**Objetivo:** Las prioridades marcan el norte, hacia donde hay que dirigirse y en ocasiones se no se es tan consciente del desequilibrio en las diferentes dimensiones de calidad de vida, por ejemplo, tener una alimentación desbalanceada.

**Instrucción:** El ejercicio consiste en que los padres anoten en una pirámide todas aquellas necesidades o aspectos de su vida, de acuerdo a su nivel de prioridad, siendo la base de la pirámide, donde se encuentran los aspectos más importantes. Posteriormente se genera una comparación con la *Pirámide de Maslow* y se explica su teoría sobre la necesidad de suplir necesidades básicas para desarrollar aquellas necesidades que se encuentren en los niveles superiores. Hacer este ejercicio permite concientizar qué elementos son prioritarios en nuestras vidas. Al poder visualizarlos de una forma más gráfica, permite re-pensarlos y reflexionar: ¿me siento bien con esta jerarquía?, ¿hay aspectos a los que le debería dar más o menos importancia? Teniendo este panorama, se puede actuar en consecuencia. ¿En qué lugar están mis necesidades básicas? ¿En qué lugar está mi autocuidado? ¿En qué lugar está mi relación de pareja? ¿Qué lugar ocupa mi rol parental?



- *Relación entre la alimentación y la afectividad.*

**Objetivo:** La relación que han construido algunas familias con la alimentación se ha visto influenciada de forma negativa por factores como: rutinas sobrecargadas y el trastorno sensorial asociado a la condición TEA. Dicha actividad pretende dar apertura a hablar sobre un tema que ha afectado la calidad de vida familiar, generar herramientas, ideas y propuestas para dar consecución a ese conocimiento ya poseen las familias.

**Instrucción:**

**Paso 1.** La primera parte de las actividades consiste en establecer una meta, vamos a llamar o nombrar a esa meta *hábitos saludables*, los padres deben escuchar atentamente las siguientes afirmaciones para dar un paso o mantenerse en la misma posición.

Las terapeutas marcan con una “X”, cuando algún miembro da un paso hacia adelante en la afirmación correspondiente. Se le pide con antelación a los padres que se vendan los ojos, para que no se puedan observar entre ellos si dan un paso o no, evitar sesgos.

Afirmaciones	Papá	Mamá
De un paso si tiene tiempos/horarios establecidos de comida en la rutina diaria.		
De un paso si siente que tiene buenos hábitos alimenticios.		
De un paso si le gustaría mejorar sus hábitos alimenticios.		
De un paso si, cuando se sienta a comer en la mesa, disfruta lo que consume.		
De un paso si no utilizan elementos distractores al comer, como teléfonos, tablets o cualquier otro dispositivo.		
De un paso si cuando termina de comer no siente la sensación de “explotar”, “llenura extrema”.		
De un paso si, se siente satisfecho después de comer.		
De un paso si, gusta comer acompañado.		

**Paso 2. Se genera un espacio de reflexión sobre la actividad:**

- ¿En qué posición quedaron con respecto a la meta?, ¿Cómo les hace sentir estar en esa posición?
- Esta primera parte, permite graficar u observar qué tan cercanos se encuentran como subsistema parental, de la meta de hábitos alimenticios. La meta es que los padres se reconozcan como sujetos con hábitos que tienen impacto o influencia en los propios hábitos de su hijo (a), por ejemplo, el establecimiento de tiempo de alimentación, los niveles de satisfacción/disfrute al momento de consumir alimentos, la presencia de dispositivos distractores.
- ¿Cómo consideran que han influenciado los hábitos alimenticios a nivel familiar?

**5. Autorregistros:** Se utilizan de forma continuada como procedimiento para detectar entre sesiones las relaciones entre los ABC, y para el auto-debate y la refutación de creencias. Existen diferentes autorregistros y se pueden diseñar tantos como se consideren necesarios, según la fase de la terapia en la que se esté y el tipo de debate que se quiera establecer. (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2014)

- *Registro para el entrenamiento parental en la autorregulación emocional.* Se invita a la observación y autorregistro de estados emocionales que generen mayor malestar y que sean difíciles de controlar, especialmente las suscitadas a partir del rol como padres (miedo, enojo, inseguridad, vulnerabilidad, entre otras). El cuadro incluye los siguientes elementos: acontecimiento/activador, creencias irracionales, reacciones fisiológicas, consecuencia emocional/conductual, técnicas de afrontamiento. También se invita a que se observen e identifiquen las estrategias de regulación emocional que usan tanto los adultos como los niños (as). (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2014)

**6. Técnicas para la evaluación y modificación conductual.**

- *Análisis Funcional de la Conducta. Aplicación para casos TEA.*

**Objetivo:** Se define como un conjunto de métodos que organizan la información recogida en hipótesis sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, considerando también otras variables que pueden afectar a este esquema básico, con el objetivo de determinar la razón (función) de la conducta. El AFC señala cuáles son los elementos concretos que debemos modular, eliminar o implantar para conseguir las metas de la intervención. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

**Instrucción:**

**Paso 1. Definición y delimitación del problema objeto de intervención.** Se debe definir de forma clara y precisa la conducta objeto de análisis (conducta problema), es decir, dar una definición en términos específicos y bien definidos, con ejemplos concretos de la conducta, de tal forma que la interpretación subjetiva sea mínima.

**Paso 2. Formulación funcional del caso.** Un modelo explicativo debe dar cuenta de cómo ocurre la conducta problema, y de cómo operan las diversas variables para perpetuar el problema. Se trata de organizar la información recogida en términos funcionales, tratando de identificar las relaciones causales relevantes que deben cambiarse.

Para dar pie a este paso se procede a rellenar el cuadro ABC ubicado en el cuaderno de trabajo. Tomando en cuenta la identificación de variables orgánicas o moduladoras: ¿Qué características o estados presenta el individuo que pueden afectar al problema? (e.g. consumo de drogas, enfermedades, problemas psicológicos, etc.). En el TEA existen dos condiciones particulares a tomar en cuenta: 1) La dificultad para la expresión y comunicación verbal y 2) Patrones repetitivos o estereotipados. A lo anterior se agrega la dificultad para atribuir pensamientos e intenciones a otras personas (Teoría de la Mente).

A	B	C	Relación de contingencia	Función de la conducta
¿Qué pasa antes? ¿Cómo fue el tono de voz con el que se da la instrucción? (pausas, volumen) ¿Cuál era la posición corporal que usaste? ¿Qué palabras se usaron? ¿Qué pensamientos surgen cuando da la instrucción?	¿Qué pasa? ¿Cuáles son los estados conductuales/emocionales que percibes en el niño?	¿Qué pasa después?, ¿Qué se obtiene?		

**Paso 3. Selección de conductas clave y variables relevantes y establecimiento de metas terapéuticas.** La comprobación de las hipótesis planteadas determina los objetivos de intervención, las cuales se fundamentan sobre qué es lo que está manteniendo la conducta.

**Paso 4. Establecimiento de objetivos terapéuticos.** Se recomienda comenzar por algún problema que permita obtener resultados suficientemente gratificantes como para motivar al paciente a abordar otros problemas. Las terapeutas deberán asesorar y guiar en la propuesta de metas realistas y alcanzables.

- *Observación parental.*

**Objetivo:** Se invita a madres y padres a que tengan una observación activa en el proceso, ya que esto permite comprender y modificar las conductas de los niños, tanto la regulación emocional como en el manejo de instrucciones.

**Instrucción:**

**Paso 1. Regulación emocional en niños.** Se invita a los adultos a que puedan observar escenarios de regulación emocional que incluya los antecedentes, las estrategias usadas por el niño (a) y las consecuencias, con el fin de crear una línea base.

**Paso 2. Regulación emocional en adultos.** En sesión se invita a hacer una primera revisión de escenarios donde se dan instrucciones a los niños mediante la técnica del análisis funcional de la conducta. Se debaten algunas preguntas que pretenden encontrar variables contextuales modificables, explorar las creencias y expectativas de los adultos para progresivamente generar una modificación conductual en los niños, cuyos parámetros son indicadores de cambio que se establecen en sesión con los adultos. Algunas preguntas guías son: ¿Qué es lo que se espera que haga el niño (a) a partir de esta instrucción?, ¿Cuál es la meta de la solicitud?, ¿Considera que el niño está comprendiendo la meta de esta solicitud?, ¿Habría otra forma de plantear esta solicitud?, ¿qué le cambiarían?, Cuando brindan esta instrucción, ¿cuál sería el escenario ideal?, ¿Cuáles serían otras alternativas o modificaciones que se pueden hacer tanto en el ambiente como en cada padre para lograr una variación en el escenario? Se les pregunta a los padres según lo abordado en sesión, al aplicar estas variaciones, ¿cuáles son los indicadores de que existe un cambio en la conducta del niño?

**Paso 3. Monitorear.** En sesiones posteriores se discuten estrategias que puedan funcionar a los niños (as) y el rol de los adultos en ofrecer y modelar estas alternativas de regulación emocional a los niños (as). Se monitorean los resultados con preguntas como: ¿Qué pasó antes de acudir a esas estrategias de regulación?, ¿Cómo se estaba sintiendo el niño antes de hacer uso de estos recursos?, ¿Cómo se sintió una vez que estaba utilizando esa herramienta?, ¿Hubo alguna diferencia antes de su utilización y después?

## **7. Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012):**

- *Programas de reforzamiento.* En algunas situaciones será necesario reforzar siempre o intermitentemente las conductas de los miembros de la familia para alcanzar una meta en común. El propósito final es adquirir, mantener o aumentar la conducta.
- *Reforzamiento positivo.* Se busca que la conducta se mantenga o aumente, dentro y fuera del consultorio, por ejemplo, se hace uso de premios para reforzar conductas. Se aplican también reforzadores sociales de parte de la pareja terapéutica hacia la familia, así como entre los mismos miembros, por ejemplo, “¡Eres genial!, ¡Buen trabajo! O bien, de contacto físico (abrazos, palmada en la espalda, gestos, sonrisas). En la medida en que el grupo familiar observe avances, existen mayores posibilidades de que se comprometan e involucren con el proceso.
- *Reforzamiento negativo:* Se busca aumentar la conducta al retirar un estímulo aversivo, por ejemplo, el niño que tiene rabieta cada vez que su madre se separa de él, en consecuencia, la madre se abstiene de salir para que su hijo no llore más. Repercutiendo así en el desarrollo personal y autonomía de la madre y el hijo. En dichos casos, el rol de las psicólogas es generar mediante el diálogo socrático, ensayo y modificación de variables ambientales que impactan las dinámicas familiares.

## **8. Técnicas operantes para la reducción o eliminación de las conductas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012):**

- *Castigo.* Al buscar disminuir la conducta inadecuada (e.g., agresividad), es preciso que si el perro está siendo partícipe de una actividad en sesión, sea inmediatamente retirado por el técnico encargado, en el momento en que alguno de los participantes ponga en riesgo la integridad física de la mascota, por ejemplo, si es una actividad que requiere contacto directo con el animal, y este comienza a ser transgredido.
- *Extinción.* En el momento de establecer metas, se identifican y controlan reforzadores de conductas no deseadas, cuya meta es que dejen de tener consecuencias y se extingan, por ejemplo, las conductas de niños y adolescentes son reforzadas por los mismos padres, educadores u otras figuras significativas.
- *Sobrecorrección.* Se penaliza la conducta inadecuada, su función es educativa, se podrían llevar a cabo fuera de sesión, por ejemplo, si un miembro de la familia actuó de forma inapropiada (mofarse, mal gesto, palabras soeces) contra otro miembro de la familia, el perro o la pareja terapéutica deberá proponer una conducta alternativa, la cual podría incluso postularse como una tarea.

## **9. Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas:**

- *Modelamiento y encadenamiento.*
  - Promoción de la autodeterminación y autosuficiencia del niño en actividades cotidianas (Elaboración propia).

**Objetivo:** Dicha técnica permite el aprendizaje de nuevos hábitos en los miembros de la familia, sea al conectar distintos eslabones de conductas simples o actividades complejas para llegar a una conducta final (encadenamiento) o bien para llegar a una conducta meta que requiere de aproximaciones sucesivas.

**Instrucción:**

**Paso 1. Ordenar:** Se enlistan acciones (conductas), desde la más simple de ejecutar, hasta las más complejas (es decir, que requieren mayores recursos cognitivos, emocionales y/o conductuales para poder ejecutarlas)

**Paso 2. Planear y ejecutar:** Una vez ordenadas, se completa el siguiente cuadro, tomando en cuenta las siguientes instrucciones:

<b>Conductas</b> (se describe la conducta que se quiere instaurar)	<b>Frecuencia meta</b> (cantidad de conductas propuestas)	<b>Frecuencia efectiva</b> (cantidad de conductas realizadas durante la semana)	<b>Promoción de conductas</b> (incentivar y motivar la realización de la conducta)	<b>Identificar y reforzar</b> (identificar cada que el niño genere una aproximación y ayudar a establecer y consolidar la conducta por medio de reforzadores sociales)
Se coloca la lista en orden de complejidad establecida <b>Ejemplo:</b> <b>Cepillado de dientes sin que papá y mamá le digan al niño que debe hacerlo.</b>	Se delimita el número de veces que consideran óptimo que el niño (a) realice esta conducta a la semana, tomando en cuenta los siguientes detalles: 1. Propongan una frecuencia realizable, y de acuerdo a la realidad del niño, para que este pueda ejecutarla fácilmente, sin que signifique un cambio demasiado abrupto. 2. La cantidad de veces a la semana puede variar, lo ideal es que vaya en aumento. Por	Se refiere a la cantidad de veces que el infante ejecuta estas acciones independientemente de cuántas se propusieron. Es decir, si se establecieron 10, y el niño ejecutó 4, 4 es el número que se escribe acá. <b>Ejemplo: Del total de 7 veces propuestas para la primera semana, el niño realizó 4.</b>	La adherencia a estas conductas es un proceso, y para que lleguen a instaurarse, los padres tienen un rol determinante. Para promocionar estas acciones deben considerar lo siguiente: 1. Operacionalizar: Con frecuencia se asume que los niños saben de antemano lo que deben realizar, por lo que se debe describir con detalle al infante, eso que se desea comience a ejecutar por sí mismo (a). 2. Modelar: Se debe acompañar a este proceso al niño (a).	Generalmente, todos nos motivamos cuando nos dicen que lo que estamos haciendo está muy bien, y justamente eso debemos hacer con los niños. Cada vez que realicen la acción de un modo adecuado o por cuenta propia, se debe reforzar la conducta del niño (a). <b>Ejemplo: ¡Lo hiciste muy bien!, ¡Estamos muy orgullosos!</b>



	<p>ejemplo, si la conducta es: lavarse los dientes sin recibir una orden, se puede iniciar con una vez al día, es decir, 7 veces por semana, y conforme consolide/aprenda la conducta se aumenta a 2 veces al día, pasando a 14 veces por semana.</p> <p><b>Ejemplo:</b> Se establecen un total de 7 veces por semana, una frecuencia realizable u óptima para iniciar. Posteriormente podremos aumentar a 14.</p>		<p>También esperar que las conductas al principio, no se realicen como se espera, la ejecución según las expectativas del adulto, viene con el tiempo. Es determinante que los niños entiendan la función de ejecutar dichas conductas para que sea más motivación intrínseca, es decir, evitar que el infante comprenda que se haga algo, solo porque sí. Se les puede invitar a que puedan percibir a través de su cuerpo o los padres puedan demostrar con su propio cuerpo los beneficios de adquirir hábitos saludables, por ejemplo, ¿vistes que fresca se siente tu boca cuando lavas los dientes?; cuando por fin terminas la tarea, ¿cómo te sientes?; cuando comes algo saludable, ¿cómo se siente tu estómago?</p> <p>3. Una vez que el niño sabe con precisión qué debe comenzar a hacer, es muy importante que las primeras veces se le incentive o motive a realizar estas acciones. Al principio el niño lo puede olvidar, o puede no estar tan interesado en hacerlo, de modo que recordarle con prudencia y motivar con frecuencia es una buena estrategia.</p> <p><b>Ejemplo: Cepillado de dientes sin que papá y mamá le digan al niño que debe hacerlo. La primera acción será explicar al niño cuándo lavarse los dientes y de qué forma hacerlo.</b></p>	
--	--	--	--	--

			<p>Conforme comience a hacerlo solo, se le acompaña y se le indica cómo hacerlo mejor, siempre validando lo bien que lo ha hecho. Finalmente, promocionar la conducta, “¿Hijo, ya terminaste de comer?, ¿Qué harás después de cenar?, ¿Qué harás antes de acostarte?”.</p>	
--	--	--	--	--

- Rincón de la calma para la regulación emocional de los niños.

**Objetivo:** El uso del rincón de la calma, espacio físico construido y establecido en la casa tiene el objetivo de que los niños cuenten con un bagaje de recursos cognitivos y materiales para afrontar los estados emocionales que generen malestar (por ejemplo: enojo, tristeza, intranquilidad, molestia, etc). Se puede hacer uso de distintos materiales como:

Cuento del Monstruo de Colores: Esta es una historia divertida que enseña a los infantes la existencia de emociones básicas: alegría, tristeza, rabia o enfado y calma. Cada una de estas emociones tiene un color, por esto el monstruo tiene diferentes colores. A través del cuento se espera que los niños(as) tomen conciencia, verbalicen e identifiquen las emociones, incluso a través del cuerpo. (Llenas, 2012)

Uso del semáforo para la regulación emocional en niños. El semáforo de las emociones es un recurso que los niños pueden tener a disposición en el “rincón de la calma” para repasar los pasos de regulación emocional. Se explica al niño (a) los siguientes elementos: rojo “detenerse”, amarillo “pensar” y verde “actuar”.

*Rojo: “detente”. Cuando comenzamos a sentir emociones muy fuertes, que son difíciles de controlar como la ira, el enojo, la tristeza, etc., pensamos en el primer color del semáforo, el rojo, que significa que apenas sentimos esa emoción, nos vamos a detener por unos segundos.*

*Amarillo: “piensa”. Después de detenernos, vamos a pensar en el segundo color del semáforo, el amarillo, que nos indica que debemos tener precaución y pensar en qué podemos hacer para sentirnos mejor.*

*Verde: “actúa”. Una vez que pensé que voy a hacer, vamos a irnos al tercer color del semáforo, el verde, que significa actuar, entonces voy a utilizar las herramientas que tengo para sentirme mejor, más tranquilo (puedo utilizar las estrategias de regulación emocional).*

#### 10. Técnicas de relajación:

- *Ejercicios de respiración diafragmática.*

**Objetivo:** La meta es que los niños aprendan la respiración para cuando se están regulando emocionalmente.

**Instrucción:** Se le pide a los niños que visualicen como la terapeuta inhala y exhala. Las terapeutas le mostrarán el ejercicio y harán un par de respiraciones profundas para finalizar la sesión. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

*Vamos a imaginar una bomba, ¿has visto cómo se infla cuando le ponemos aire y han visto cómo se desinfla cuando sale el aire? Vamos a hacer esto mismo con nuestra pancita.*

### Anexo 14. Instrumento de evaluación a Psicólogas

Pregunta	Sí	No	Descripción de la respuesta
1. ¿Fueron consecuentes los objetivos terapéuticos construidos en conjunto durante la primera fase, con las necesidades del grupo familiar?			
2. ¿Fue satisfactorio el trato brindado por parte de las psicólogas?			
3. En todo momento, ¿se les explicó la finalidad de las actividades, técnicas, metas?			
4. ¿Se les aclaran y satisfacen dudas de forma correcta y amena?			
5. ¿La dinámica de trabajo (tareas, metas, actividades) fueron afines con las particularidades de la familia?			
6. ¿Sienten que pudieron expresarse de forma abierta con las psicólogas?			
7. A lo largo del proceso terapéutico, ¿se sintieron incluidos todos (as) los miembros de la familia?			
8. ¿Se sintieron respetados (as) en todo momento?			
9. ¿Se sintieron cómodos y a gusto con las dinámicas o actividades dirigidas por las psicólogas?			

10. ¿Considera que se debería de modificar alguna actividad?			
11. ¿Los materiales elaborados por las psicólogas en las plataformas virtuales, fueron los ideales para ejecutar actividades y tareas?			
12. ¿Se sintieron obligados a realizar alguna actividad?			
13. ¿En algún momento se incumplió lo expuesto en algunos de los consentimientos?			
14. ¿Las psicólogas respetaron los horarios y días acordados en principio?			
15. ¿Las psicólogas fueron puntuales y comprometidas con el proceso?			
16. ¿Las psicólogas mantuvieron una comunicación rápida y accesible para atender demandas de la familia sobre el proceso?			
17. ¿Fue esta modalidad virtual adecuada para el desarrollo de un proceso terapéutico?			
18. ¿Llegaron a sentirse incómodos en algún momento con esta modalidad virtual?			
19. ¿Considera que el proceso terapéutico generó un impacto en la calidad de vida de su familia?			

### Preguntas para niños

Pregunta	Respuesta
1. ¿Cómo se sintieron en este espacio?	
2. ¿Sintieron que pudieron participar y que nosotras los escuchamos?	
3. ¿Qué nos recomendarían a la hora de hacer actividades con otros niños de sus edades?	

## **Anexo 15. Consulta General sobre Servicios a Familias de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascota**

**PARA USO EXCLUSIVO DE ENTREVISTADORAS**

Número de Cuestionario: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Aplicadora: \_\_\_\_\_

### **Servicios a Familias de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas (ACOTEAMA)**

El presente instrumento tiene como objetivo principal, obtener información sobre las necesidades y/o preferencias acerca de los posibles servicios que se podrían llevar a cabo con las familias de los usuarios asistentes en ACOTEAMA. Más específicamente, se pretende identificar y profundizar en demandas explicitadas por la población meta, es decir, las familias.

La información recabada en esta consulta es confidencial y su identidad no se verá comprometida de forma alguna. Los instrumentos solo serán manejados por el equipo evaluador, quienes somos las únicas que tendremos acceso a su recolección, revisión y almacenaje. El equipo evaluador consiste en estudiantes avanzadas de la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, miembros externos y aprobados por ACOTEAMA. Los resultados se reflejarán en los servicios familiares. Los resultados serán de gran ayuda para la toma de decisiones y/o acciones en beneficio de los usuarios (as), sus familias y la misma institución. Se le solicita el nombre del o la usuaria para efectos de control de demanda satisfecha, ya que se necesita indagar sobre cuáles son las familias que estarían interesadas en recibir los potenciales futuros servicios. Los posibles servicios que se brindarán no tienen ningún costo económico extra.

A continuación, encontrará una serie de preguntas, las cuales agradecemos responda la totalidad, con la mayor sinceridad y honestidad posible, marcando y argumentado lo que mejor describa su sentir y pensar. No existen respuestas correctas o incorrectas. Proceda a realizar este cuestionario de forma individual.

### **Consulta General sobre Servicios a Familias de la Asociación Costarricense de Terapia Asistida con Mascotas (ACOTEAMA)**

**Parte I.** *Seleccione con una equis (X), las opciones presentadas, de acuerdo con sus preferencias.*

**A. Considerando su situación actual, ¿Según sus preferencias, con qué modalidad de servicio se sentiría más cómodo?**

**1. Talleres psicoeducativos:** Consiste en dinámicas grupales que incluyen a otras familias

de los usuarios (as) de ACOTEAMA. En los talleres grupales, se abordaría contenido teórico-práctico, la ejecución de dinámicas, la puesta en común de vivencias, experiencias, afectividades, etc.

**2. Proceso clínico:** Consiste en el acompañamiento individual o familiar donde se establecen objetivos terapéuticos frente a una demanda terapéutica, es decir, se orienta hacia la contención y resolución de necesidades emocionales. Para ello, el profesional en Psicología hace uso de herramientas psicoeducativas o terapéuticas que ayuden a alcanzar dichos objetivos.

**A.1.** ¿Le gustaría ser partícipe de los talleres psicoeducativos? (Seleccione solo una opción).

- Si
- No
- No sabe

**Justifique la respuesta anterior.**

---

---

---

**A.2.** ¿Le gustaría ser partícipe de un proceso clínico? (Seleccione solo una opción).

- Si
- No
- No sabe

**Justifique la respuesta anterior.**

---

---

---

\*\* Si su respuesta es NO a ninguna de las opciones anteriores, dirijase a la II Parte, pregunta D \*\*

**A.3. Cualquiera que sea la modalidad que haya elegido, ¿estaría dispuesto (a) a asistir semanalmente, sea en el horario de la persona usuaria o en otro diferente? Justifique su respuesta.**

---

---

---

---



**Adicionalmente, indique cuáles miembros de la familia del usuario cree que estarían dispuestos (as) a asistir (madre, padre, abuela (o), hermana (o), tía (o), entre otros).**

**A.4. ¿Cuáles son los horarios en que posee mayor disponibilidad? (Puede seleccionar varias opciones).**

Mañana     Tarde     Noche

**Parte II.** *En el siguiente espacio escriba toda aquella información que usted considere pertinente. Asimismo, puede desarrollar/ampliar cualquier aspecto(s) de importancia, presente(s) en la primera parte de esta encuesta.*

**A. Cualquiera que sea la opción que haya elegido anteriormente ¿Qué temas le gustaría que se abordaran?**

---

---

---

**B. Además de los servicios que ya ofrece ACOTEAMA, ¿Qué opción u opciones de servicio familiar le gustaría recibir por parte de la asociación?**

---

---

---

**Datos Generales.**

Nombre del usuario (a) que recibe el servicio de atención en ACOTEAMA:

---

Servicio(s) que el usuario recibe en ACOTEAMA: \_\_\_\_\_

Parentesco de la persona consultada: \_\_\_\_\_