

POSTÍTULO PSICOTERAPIA SISTÉMICA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

**PRESENTACION DE CASOS CLINICOS DESDE
EL ENFOQUE DE PSICOTERAPIA BREVE
CENTRADA EN LAS SOLUCIONES**

Alumno: Christopher Mejias Paredes.
Docente Guía: M^a Amelia Barrera M.
Docente Patrocinante: Ma Amelia Barrera M.

Resumen - Abstract	Pág.	3
Introducción		4
Marco Teórico		5
1. Algo de Historia		5
1.1.Supuestos TBCS		6
1.2.Proceso Terapéutico		11
1.2.1. La posición del Terapeuta		12
1.2.2. Fases del primer encuentro y sesiones posteriores		12
1.3.Estrategias y Técnicas TBCS		15
1.4.Técnicas de entrevista interventiva: las preguntas centradas en la soluciones		18
Presentación de Casos Clínicos		21
2. Primer caso		21
2.1.Presentación del caso		21
2.2.Antecedentes personales		21
2.3.Historia de consulta		21
2.4.Co-construcción del motivo de consulta		23
2.5.Genograma		23
2.6.Hipótesis de trabajo		24
2.7.Foco de intervención		28
2.8.Lineamientos de trabajo y metodología		28
2.9.Resumen del proceso de intervención: desde el modelo de psicoterapia breve centrado en las soluciones.		29
3. Segundo caso		37
3.1.Presentación del caso		37
3.2.Antecedentes personales		37
3.3.Historia de consulta		38
3.4.Co-construcción del motivo de consulta		38
3.5.Genograma		38
3.6.Hipótesis de trabajo		39
3.7.Foco de intervención		40
3.8.Resumen del proceso de intervención: desde el modelo de psicoterapia breve centrado en las soluciones.		40
4. Vinculo Terapéutico Terapeuta Consultante		45
5. Análisis y conclusiones		46
6. Referencias bibliográficas		47

Indice.

Resumen.

El objetivo de la presente monografía es hacer mención del uso del modelo centrado en las soluciones, en un contexto de rehabilitación, donde los consultantes son pertenecientes al Centro de Rehabilitación Club de Leones Cruz del Sur, Punta Arenas. Se procederá a entregar los pilares teóricos fundamentales de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones y sus técnicas. Por consiguiente se presentaran dos casos, donde se visualizara la fundamentación teórica y práctica del modelo TBCS.

Abstract.

The objective of this monograph is to mention the use of the solution-centric model, in a rehabilitation context, where the consultants belong to the Cruz del Sur Lions Club Rehabilitation Center, Punta Arenas. The basic theoretical pillars of the Brief Therapy Centered on the Solutions and their techniques will be delivered. Therefore two cases will be presented, where the theoretical and practical basis of the TBCS model will be visualized.

Introducción.

El presente escrito presenta dos casos clínicos, a través del modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones, desarrollado por Steve de Shazer (1992,1997) que nace en la búsqueda de las cuestiones que funcionaban en el Brief Family Therapy Center (Centro de Terapia Familiar Breve) de Milwaukee, buscando además el entendimiento del cambio en el proceso terapéutico. Una de las raíces de este modelo es proveniente del modelo de terapia breve del MRI de Palo Alto, en donde se trabajaba sobre el circuito mantenedor del problema. No obstante los fundadores de la TBCS quisieron ir mas alla de la problemática o queja inicial, motivo por el cual se genero una nueva forma de trabajo, que principalmente consistía en lo que si funciona, elicitandolo, marcándolo, ampliándolo y atribuyendo control de los circuitos virtuosos, con el fin de mejorar la calidad de vida del consultante.

El primer caso presentado transcurre durante un periodo de tres meses, llegando al alta terapéutica, con una frecuencia inter-sesión de 15 dias. La intervención se procedio en el Centro de Rehabilitacion Club de Leones Cruz del Sur, siendo el sistema consultante un matrimonio, donde expresan que su principal objetivo tiene relación a ser “buenos esposos y buenos padres”, lo cual se traduce en lograr a retomar actividades familiares e individuales.

El segundo caso presentado se desarrolla durante un periodo de tres meses, llegando a alta terapéutica, con una frecuencia inter-sesion de 15 dias. La intervención se desarrollo en el Centro de Rehabilitacion Club de Leones Cruz del Sur. La consultante señala que su principal objetivo es volver a “sentirse viva”, situacion que para ella se traduce, en activar su independencia, su red social y familiar.

Marco Teorico.

1. Algo de hitoria.

La terapia breve centrada en las soluciones (TBCS), se originó en los años 70 en la ciudad norteamericana de Milwaukee, a través de un grupo de trabajadores sociales que empezó a observar a través de un espejo unidireccional y empezaron a experimentar con las ideas del M.R.I de Palo Alto. En este equipo se encontraban figuras como Insoo Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt y Eve Lipchik. Steve de Shazer se unió durante un tiempo que había formado parte del equipo del MRI y volvió a Milwaukee para casarse con Inso Kim. En 1978, este equipo crea el Brief Family Therapy Center, un centro clínico en donde los terapeutas pasaban cientos de horas observando sesiones de terapia, tratando de identificar lo que mejor funcionaba y sometiendo a prueba los nuevos descubrimientos. Es debido a este punto, que es posible señalar que desde sus inicios la TBCS surgió como una práctica clínica basada en la evidencia (Beyebash, 2013). Posteriormente se fueron integrando a este esfuerzo por encontrar las cosas que funcionaban en terapia breve, figuras como Scott Miller, Wally Gingerich, Gale Miller, Michele Weiner-Davis. Con el desarrollo del método terapéutico, el equipo cada vez se iba alejando del foco sobre los problemas y centrándose sobre las soluciones (Beyebach, 2013).

El enfoque centrado en la soluciones, se sustenta desde el constructivismo y el construccionismo social. En relación a la primera línea de pensamiento, esta se concibe como *“el resultado de un observador al operar sobre sus observaciones. Este observador es una parte del sistema capaz de observarse a sí mismo y autoorganizar su observación de forma consistente con su estructura y medio en que se encuentra”* (Jubes, 2013). En cuanto a los planteamientos de Maturana y Varela (1984) la percepción de la realidad tiene un *punto ciego*, señalando que nuestra experiencia visual es de un espacio continuo y, más no percibimos que de hecho que hay una discontinuidad, teniendo como conclusión que en realidad *no vemos que no vemos*. Por ejemplo lo esencial para comprensión de la percepción de un color es que debemos dejar de pensar en que el color de los objetos que vemos está determinado por las características de luz que nos llegue de ellos, y debemos, en cambio, concentrarnos en comprender como la

experiencia de un color corresponde a una configuración específica de estados de actividad en el sistema nervioso que su estructura determina. Por otra parte señalan, el fenómeno del conocer no se lo puede tomar como si hubiera “hechos” u objetos allá fuera, que uno capta. La experiencia de cualquier evento es validada de una manera particular. Esta circularidad entre acción y experiencia, entre ser de una manera particular y como el mundo nos aparece, lo que se reflejan a través de “*Todo hacer es conocer y todo conocer es hacer*”. Es por este motivo que (De Shazer citado en Beyebach, 1999) señala que no es útil “leer entre líneas” para descubrir lo que las cosas “*realmente son*” *En cuanto al construccionismo social. En este sentido, refiere “en terapia la realidad no se descubre, sino que se crea a partir de nuestros presupuestos teóricos y en interacción con las aportaciones de nuestros clientes”*. Por otro lado, el construccionismo social refiere que “*la realidad surge a través de procesos lingüísticos consensuados*” (Jubes, 2013). Desde este punto de vista siguiendo a Wittgenstein, las construcciones pueden entenderse como “juegos de lenguajes”, de modo que la terapia se consideraría como un proceso lingüístico en el cual se fomenta un lenguaje centrado en las soluciones que sustituya el lenguaje centrado en los problemas (De Shazer citado en Beyebach, 1999).

1.1. *Supuestos en TBCS*

- *Cada cliente es único*: cuando los terapeutas que trabajan bajo el enfoque centrados en la soluciones, tienen en cuenta esto a la hora de intervenir en sus respectivos casos, resisten de mejor manera la tentación natural de creerse conocedores de verdades absolutas. Motivo por el cual cada cliente es único, como también lo es cada relación. Así por ejemplo una persona que este diagnosticada con depresión, pueda encontrar las soluciones a ese malestar, relacionándose más con su círculo social, mientras que otra posible solución pudiese ser percibida por el cliente como establecer una comunicación constante su madre (Lipchik, 2004).

La TBCS es un modelo constructivista. En consecuencia el uso de la misma intervención constituye un modo de pensamiento lineal que implica causalidad y se centra en el contenido más que en los procesos. La probabilidad de hallar una solución más rápida y más apropiada para los clientes será mayor si el terapeuta los trata como seres únicos y no pierde la “curiosidad” (Ceccin citado en Lipchik, 2004). Se entiende que la realidad social está configurada desde los condicionantes biológicos, históricos y culturales de los individuos. Desde punto de vista, la posición que adquiere un terapeuta es la de no-normativa, en que la

acepta que hay diversas formas, de ser, de interactuar como pareja y de organizarse como sistema familiar. Motivo por el cual, no existe una preconcepción normativa, en el sentido de cómo deben o debiesen funcionar las personas, sino más bien una postura de respeto hacia la diversidad de formas en las que la interacción humana pueda manifestarse. Es por esto, que en TBCS no existe interés por crear tipologías de familias o parejas y existe una renuncia a cualquier tipo de diagnóstico tradicional. (Beyebach, 1999).

- *Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos:* este supuesto es primordial en el núcleo de pensamiento de la TBCS. Como profesionales, consideramos por lo general, que es nuestra responsabilidad aliviar el sufrimiento de las personas que consultan en nuestro box tan rápido como sea posible. Terminamos por asemejarnos a padres sobre-protectores que no permitirían que sus hijos exploren o bien conozcan sus propias fortalezas y debilidades. Desde esta formulación, nos permitimos como terapeutas visualizar de manera más clara los recursos de las personas para poder ayudarlos a superar las situaciones que los aquejan utilizando sus propias herramientas (Lipchik, 2004).

- *Nada es totalmente negativo.* Por lo general nuestros clientes perciben su situación como totalmente negativa y no tienen conciencia de las excepciones ni de sus propios recursos. Dicen cosas como “quiero dejar de estar tan ansioso”, sin darse cuenta de que sentir un poco de ansiedad es ventajoso en muchas situaciones. Como profesionales, también tendemos a pensar las cosas en términos excluyentes entre sí. Motivo por el cual cuando los clientes nos planteas circunstancias que implican al mismo tiempo pérdidas personales, mala salud, problemas legales o dificultades económicas, este supuesto nos permite pensar de la siguiente manera: “Si, pero ¿Qué les ha permitido seguir adelante y cómo podemos conservarlo?”. Este pensamiento nos orienta hacia las intervenciones teniendo en cuenta la capacidad de los clientes para sobrellevar este tipo de situaciones (Lipchik, 2004).

- *La resistencia no existe.* “Resistentes” es el término con que los terapeutas designan a los clientes que no aceptan su punto de vista sobre la manera de cambiar. La mera idea de que los terapeutas apliquen etiquetas a la conducta de los clientes no es compatible con la TBCS. Un cliente no puede ser resistente; esa calificación significa simplemente que el terapeuta no

comprende cómo debe proceder para provocar un cambio (perturbar) de modo tal que permita al cliente reaccionar de una manera adaptativa. Por lo tanto, el terapeuta debe seguir observándolo para entender mejor qué puede funcionar en su caso. Para De Shazer da simplemente por sentado que una particular respuesta cooperativa del cliente requiere un particular tipo de respuesta cooperativa del terapeuta, o en lugar de ver la cooperación como iniciada y definida por las respuestas del cliente, los terapeutas de su centro postulaban ahora que iniciar y motivar la conducta de respuesta es una tarea que les compete. Motivo por el cual, en la primera sesión se pone énfasis en establecer una buena relación y desarrollar o promover la cooperación (De Shazer, 1986).

Unido a lo anterior también es necesario destacar que el Centro de Terapia Breve del MRI como para los teóricos de la TBCS, “un problema es un problema” y no el síntoma de una disfunción o de un conflicto familiar más profundos. De hecho, Steve de Shazer sigue a Wittgenstein cuando rechaza hacer interpretaciones esencialistas y aboga por renunciar a “leer entre líneas”, para limitarse a “leer las líneas”, es decir, describir las interacciones humanas en vez de pretender interpretarlas (Beyebach, 2013). La consecuencia más importante de esta posición es que se resta importancia el concepto sistémico de “**función del síntoma**”, lo que marca una verdadera frontera conceptual entre los enfoques sistémicos clásicos y la terapia sistémica breve tanto del MRI como de la TBCS. Para De Shazer La relación entre el concepto de resistencia y el concepto de cooperación puede verse como sigue: “*si un terapeuta opta por ver la conducta de su cliente como resistencia, no podrá ver los intentos de cooperar, puesto que ambas perspectivas se excluyen recíprocamente*”; es decir, si nosotros como terapeutas buscamos una conducta cooperativa, o bien comprendemos la forma de relacionarse de la persona que estamos atendiendo, no podremos percibir la resistencia. Motivo por el cual, ambos conceptos o niveles de descripción pueden consignar diferentes aspectos de la misma conducta (De Shazer, 1989).

- *Usted no puede cambiar a los clientes; sólo ellos pueden cambiarse a sí mismos.* Esta concepción nace desde las ideas de Maturana y Varela (citados en Lipchick, 2004) donde mencionan que los sistemas vivientes están “cerrados a la información”, motivo por el cual es imposible determinar una respuesta en nuestros clientes, sino más bien se puede perturbar un

sistema, pero en última instancia dicho sistema optara por tomar ese camino o no, respalda el presente supuesto. (Eve Lipchik, 2004).

- *La TCS avanza a paso lento.* Este supuesto tiene la intención de señalar que el uso apresurado de las técnicas de TBCS, con el fin de que el tratamiento sea “breve”, en términos de tiempo, pudiese dificultar el proceso terapéutico. Lo que significaría un mal entendimiento del concepto, ya que este se refiere, principalmente al resultado de haber realizado las intervenciones más apropiadas a cada cliente en particular (Lipchik, 2004).

- *No hay causa y efecto.* Este supuesto nos llama a pensar desde un paradigma constructivista, ya que desde esta mirada no existe la causa y efecto, ya que esto nos daría una verdad objetiva de la realidad. Y tal como señala Eve Lipchik, tanto los problemas como las soluciones son vistos, como acontecimientos impredecibles de la vida (Lipchik, 2004).

- *Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema.* Este supuesto nació en el Brief Family Therapy Center en 1982, al modificar el foco desde el problema a la solución. En dicha época se comprobó que la pregunta “¿Qué no quiere cambiar en la situación que lo trajo aquí?”, generaba diferencias positivas al margen de la descripción del problema. En efecto, parecía provocar acciones creativas en clientes que eran incapaces de cambiar cuando pensaban en lo que querían modificar (Lipchik, 2004). En este sentido, todas las distinciones que hace el terapeuta centrado en las soluciones se enfocan en las cosas que funcionan tanto en el presente y las cosas que pudiesen funcionar en el futuro, en base a los recursos de los consultantes.

Uno de los aspectos más radicales en el pensamiento de cambio terapéutico de Steve De Shazer tiene relación a la concepción de que los problemas y las soluciones no están necesariamente conectados, sino que son independientes. Así por ejemplo dos personas que estén pasando por problemas similares, es posible que encuentren soluciones completamente distintas. Este curso también puede ser visto a la inversa, es decir, dos personas que estén pasando por problemas muy distintos entre sí, pudiesen llegar a soluciones similares. Motivo por el cual, a través de este pensamiento la intervención psicológica ya no se entiende como un proceso de

“resoluciones de problemas”, sino más bien, un ejercicio de “construcción de soluciones”, ante lo cual no es necesario incluso tener información acerca del problema (De Shazer, 1989).

- *Las emociones son parte de todo problema y de toda solución.* Eve Lipchik (2004) menciona que “*el lenguaje se concibe como una acción inseparable de la emoción, las emociones de los clientes conciernen entonces a la terapia no menos que sus pensamientos y conductas*”. Es por esto, es que es sumamente importante como terapeutas conectarnos a nivel emocional con nuestros, clientes, es decir, posicionarnos desde su vivenciar emocional, con el de tener una comprensión más amplia de ellos y así aumentar las posibilidades de encontrar soluciones.

- *No podemos cambiar el pasado, de modo que debemos concentrarnos en el futuro.* Este supuesto nos invita a pensar que las cosas que pueden funcionar en nuestros clientes son los aspectos del presente para la construcción de su futuro deseado. Sin embargo es sumamente importante estar atentos a la situación emocional o bien a las demandas que nos soliciten el sistema consultante, ya que si estos se esmeran en mantener una conversación con respecto a las situaciones problemáticas pasadas, o bien intentar buscar las causas de sus malestares emocionales en su infancia, no se les debe presionar con concentrarse en los aspectos positivos del presente, ya que no estaríamos aproximándonos a la manera de ver la realidad de dicha persona (Lipchik, 2004).

El conocimiento con respecto a estos supuestos, ayudaran a formar nuestra actitud frente a los clientes y, por lo tanto, a nuestra relación terapéutica. Nos orientan que debemos hacer, en términos de técnicas específicas, como también en la manera en que nos presentamos hacia los clientes, desde una filosofía o paradigma establecido (constructivismo-sistémico).

1.2. Proceso Terapéutico.

Uno de los primeros pasos dentro de esta terapia es visualizar que tipo de consultante es el que está solicitando atención y principalmente hace referencia a la manera en la cual se establece la relación cliente-terapeuta (De Shazer citado en Beyebach, 2006). Es por este motivo el terapeuta deberá tener en cuenta que no todas las personas que consultan se dirigen frente a la problemática de la misma manera (Beyebach, 2006). En este sentido, se pueden establecer tres modelos de relación paciente-terapeuta (De Shazer, 1989). Una de ellas es la relación terapeuta-cliente, de visitante, la cual está caracterizada debido a que no existe una percepción de un problema por parte del cliente, ya que este fue debido a la solicitud de un “otro”, por ejemplo derivaciones provenientes de un juez o de un profesor. Otra relación que se puede establecer es de terapeuta-cliente, es la de demandante. Este tipo de relación se origina cuando un consultante visualiza que hay un problema, pero lo perciben como propio, y en consecuencia no se posicionan dentro de la construcción de la solución. Y por último, se establece la relación de comprador, donde la persona que inicia un proceso terapéutico se percibe como parte del problema y por ende quieren la necesidad de solucionarlo, motivo por el cual se sienten parte de la solución. En este sentido el terapeuta deberá ajustarse al tipo de relación que el consultante le propone, evitando “ir por delante” del consultante, mientras que paralelo a esto promueve que la relación se vuelva de tipo comprador (Beyebach, 2006).

El proceso terapéutico en TBCS tiene como característica “empezar por el final”: El terapeuta comienza la primera entrevista negociando con la familia de qué manera sabrán que los problemas que los trajeron a sesión se encontrarían resueltos. Con frecuencia, se sirve para ello de la “Pregunta Milagro” o de otras técnicas de proyección al futuro que ayuden a la familia a describir su futuro preferido. Una vez que lo han descrito será más fácil identificar las mejorías. En otras palabras, el criterio de avance no significa que se esté alejando del problema, sino más bien ir acercándose a los objetivos. En este proceso, la terapeuta va elogiando los avances de la familia y a menudo proponiendo tareas para que ayuden a llevar a cabo y/o a consolidar estos avances. La terapia termina cuando la familia considera que ya ha alcanzado sus metas (Beyebach,2013).

1.2.1. *La posición del terapeuta.*

Debido a que la terapia se entiende como un proceso de co-construcción de soluciones, de detección de excepciones y negociación de objetivos, el terapeuta no tiene la necesidad de ejercer ninguna fuerza sobre la familia, sino que tratará simplemente de acompañarla en sus procesos con el fin de facilitar la toma de decisiones. En este sentido, en TBCS se renuncia a la posición del experto tradicional, y se apuesta por una visión más modesta: el profesional como facilitador, como un acompañante que “guía desde atrás”. Esta posición requiere que esté dispuesto a adaptarse a cada familia y a cada persona en particular, que sea capaz de averiguar qué es lo que desean en el proceso de intervención a través de objetivos concretos, mostrando una gran sensibilidad al feedback de los interlocutores (Mark, 2013). Tal cual Eve Lipchik (2004) “*se trata de una postura de humildad, respecto de lo que uno sabe, en efecto, cuando un terapeuta está más interesado en enterarse de lo que un cliente tiene para decir que en reafirmar, expresar, convalidar o promover sus conocimientos o preocupaciones*”. Esta posición se enmarca desde los planteamientos constructivistas y no-normativos, sin embargo aunque el terapeuta renuncie a la posición de experto en la vida de sus respectivos consultantes, si debe ser un experto en la conducción de la terapia y en la manera de gestionar las conversaciones con la familia, de modo tal que sean fructíferas y permitan acercarse en la dirección deseada (Beyebach, 1999).

1.2.2. *Fases del primer encuentro y sesiones posteriores.*

De Jong y Berg (2013), proponen una serie de fases que caracterizar el primer encuentro con el consultante, las cuales se denominan a) Fase social, b) problema talk, c) desarrollar metas bien formadas, d) explorando excepciones, e) retroalimentación de final de sesión, f) evaluación del progreso del cliente.

a) La Fase social:

Esta fase tiene relación a la interacción que se produce desde que el terapeuta recibe al sistema consultante y les orienta sobre el trabajo a realizar hasta que se inicia la conversación con el motivo de consulta. Principalmente el discurso se destaca en temáticas que tienen relación a conocer los datos personales del sistema consultante, sus gustos, hobbies, aficiones, etc. Lo

fundamental es mostrar interés por lo que nos cuentan, rescatando posibles recursos relacionales y red social, con el fin de iniciar la construcción de la relación terapéutica como también generar emociones positivas que faciliten la conversación posterior y pensamiento creativo de los consultantes (Beyebach, 1999).

b) Fase describiendo el problema o problem talk:

Esta fase transcurre después de la fase social, la cual se inicia con la pregunta ¿en que los puedo ayudar?, donde por lo general el sistema consultante hacen la descripción de su problema. En este sentido, se explora la descripción del problema en términos generales, sin enfatizar en las causas de este, sino más bien la intención de parte del terapeuta guarda relación a demostrar empatía con el malestar que pudiesen estar sintiendo los consultantes, como también buscar co-construir la relación terapéutica, al igual que en la primera fase. Paralelo a esto el terapeuta buscara las formas de mover la conversación hacia el siguiente paso, la conversación acerca de las soluciones (solution talk). No obstante, es relevante que dar el siguiente paso dependerá exclusivamente si los consultantes aceptan dicha invitación, ya que, si estos persisten en el desarrollo del problema talk, el terapeuta deberá acompañarlos en dicho discursos, rescatando recursos y fortalezas, con el fin de proteger el vínculo terapéutico (Eve Lipchik, 2004).

c) Desarrollando metas bien formadas.

Las características de las metas bien formadas tienen relación a la co-costrucción de los objetivos que se trabajaran desde este enfoque, entre sus características se encuentra:

- Ser relevantes para los clientes.
- Pequeños y alcanzables.
- Concretos y conductuales.
- Específicos.
- Descritos en términos positivos, es decir, en la presencia de algo en vez de su ausencia, por ejemplo. “me gustaría volver a salir a bailar con mi pareja”, al contrario de “quiero dejar de sentirme sola en la relación en la cual estoy”
- Descritos dentro de un contexto interaccional.

Para esto se utilizan las técnicas de proyección a futuro, las cuales serán mencionadas en el apartado “Estrategias y Técnicas de la TBCS”.

d) Fase explorando excepciones:

En esta etapa de la intervención el terapeuta preguntara por los momentos en la vida del cliente, específicamente cuando sus problemas no ocurren o bien se manifiestan en menor intensidad, como también se explora sobre quien hizo que para hacer que la excepción ocurra. Para esto se recurre a técnicas como el elicitador, marcar, ampliar, atribuir control y comenzar nuevamente. (Beyebach, 1999). Estas técnicas serán explicadas en el apartado “Estrategias y Técnicas en la TBCS”.

e) Retroalimentación final de la sesión:

- Fase pausa: Tiene por objetivo solicitar al sistema consultante retirarse del box de atención con el fin de evaluar lo discutido durante la sesión, buscando principalmente los recursos de los clientes como también la elaboración del puente y tarea los cuales tienen que guardar estrecha relación con las fortalezas de los consultantes (Beyebach, 1999).
- Fase Feedback de final de sesión: Esta se manifiesta posterior a la pausa, y se basa principalmente en la información que el cliente nos ha revelado en las conversaciones sobre las metas bien formadas y las excepciones. Se focaliza en lo que el cliente, en base a su marco de referencia, necesita hacer más o hacer diferente.

f) Evaluación del proceso del cliente: En el primer encuentro, se procede a gestionar la pregunta escala, luego del desarrollo de las técnicas de proyección a futuro, es decir, cuando ya se encuentran establecidos objetivos bien formados. Sin embargo, en las posteriores sesiones esto tiende a administrarse en los periodos finales de las sesiones, antes de la retroalimentación final (Beyebach, 2006).

g) Sesiones posteriores: Los objetivos de las sesiones posteriores se relacionan a) abrir y mantener diálogos sobre lo que los consultantes han experimentado como mejoras y b) mantener al cliente en la búsqueda de excepciones que se hayan manifestado desde la última sesión, ya que estas son los pilares fundamentales por los cuales se construye la solución (De Jon y Berg, 2013). Por lo general la sesión se inicia con la pregunta “que ha ido mejor” buscando modos de aumentar y consolidar las mejoras (Beyebach, 2013), utilizando para esto, las preguntas escalas (progreso y confianza), como también las técnicas comunicacionales de marcar, amplificar, reforzar y empezar nuevamente. Berg sugiere no preguntar por la tareas o sugerencia que se procedió a establecer durante la sesión previa, ya que esta no es la responsable para el cambio, esto también implicaría que la relación que se establece desde este enfoque permanecería intacta, es decir, el cliente como experto de su vida.

1.3. Estrategias y técnicas TBCS

- Estrategias comunicacionales en la entrevista interventiva.

Tal como señala Beyebach (2013) las técnicas centradas en soluciones son posiblemente lo más popular de este enfoque terapéutico. Sin embargo, esto no tiene que malinterpretarse con la aplicación automática de dichas técnicas. El comenzar un proceso desde este enfoque no solo requiere a administración de estas técnicas, sino también proceder hacerlas desde una posición terapéutica específica, y sobre todo, utilizando cuidadosamente el lenguaje. Motivo por el cual, plantear a una familia la pregunta Milagro no es suficiente por si sola o descontextualizada; hace falta, además co-construir las respuestas que manifiesten el sistema consultante a través de las preguntas para lograr que estas respuestas resulten útiles. Tampoco basta aplicar la pregunta escala y limitarse a anotar la cifra que nos señalen; además será necesario gestionar sus respuestas para generar nueva información sobre los avances ya producidos, las expectativas de futuro y los pasos siguientes a dar. Denominamos a estos procesos terapéuticos “estrategias”, a sabiendas de que no estamos utilizando el término en el sentido que le dan por ejemplo la terapia familiar estructural, sino para referirnos a patrones transversales de comunicación terapéutica, formas de gestionar la información en el transcurso de la entrevista

que se aplican a todas las técnicas de entrevista interventiva que describiremos más abajo. A continuación se procederán a señalar las estrategias principales:

- a) Marcar" la excepción: principalmente da cuenta de no pasar por alto una excepción al problema planteado, que cobre importancia a los ojos de los clientes y que suponga una "diferencia que marque una diferencia". La forma de "marcar" una excepción depende mucho del estilo de cada terapeuta, de la postura de los clientes, y de la relación terapéutica que se haya establecido. Trabajando con niños el terapeuta puede manifestar una sorpresa infinita ante un pequeño avance, o caerse literalmente de la silla si la ocasión es digna de semejante alarde. A veces, en cambio, lo indicado es lo contrario: "no creerse" la excepción, como forma de provocar al chico o a la chica para que dé más detalles. Con adultos preferimos un estilo más neutro, en el que tendemos a mostrar nuestra curiosidad e interés por la excepción que nos comentan (Beyebach, 2013).

- b) Elicitar: la descripción de soluciones, bien iniciando la conversación sobre ellas mediante alguna de las preguntas centradas en soluciones, bien centrándose en alguna información o dato que los consultantes aporten espontáneamente en el transcurso de la conversación. Esto último exige una escucha muy atenta y focalizada sobre los recursos, que permita detectar soluciones incluso en las descripciones de las queja (Beyebach, 2013).

- c) Ampliar, es decir, pedir detalles y ayudar a los consultantes a que generen descripciones en términos de conductas interactivas, pequeñas, concretas y en positivo de la excepción. Así, no es un buen objetivo "no pelear todo el día" (en negativo, ausencia de algo), pero tampoco "llevarnos mejor" (en positivo, presencia de algo, pero no concreto); sí sería un buen objetivo "volver a tomar once todos los días". No sería una descripción útil de mejoras "Ya no desconfiamos tanto el uno del otro" (en negativo) ni tampoco "ahora hay más confianza en la pareja"; sí sería una buena descripción de mejoras que los consultantes nos digan " en la actualidad me animo a salir mas con él" o por ejemplo "me está contando más cosas de lo que hace fuera" (Beyebach, 2013).

- d) Atribuir control: las soluciones o atribuir control, es decir, ayudar mediante nuestras intervenciones a que los consultantes identifiquen de qué manera han conseguido producir las mejorías o de qué forma pueden llegar a alcanzar sus objetivos. En TBCS no es suficiente con que la situación en la familia mejore; hace falta que además los miembros de la familia sepan de qué forma han conseguido generar esos cambios; de esta manera podrán hacer más lo que funciona y estarán preparados para enfrentar posibles recaídas (Beyebach, 2013).

- e) Ir despacio, en la TBCS se traduce en ajustarse al ritmo de cambio de los clientes, en transmitir el mensaje de avanzar paso a paso, en dar tiempo a los clientes para que piensen y elaboren sus respuestas a las preguntas del terapeuta (lo que incluye saber mantener el silencio) y también en la recomendación de que los terapeutas haga una pausa hacia el final de la entrevista (Beyebach, 2013).

- f) Promover activamente la cooperación con la familia. No se trata de conseguir “que la familia coopere con la terapeuta”, sino de plantearnos como terapeutas qué podemos hacer para cooperar nosotros con nuestros consultantes. En la TBCS, la posición de cooperación activa se consigue, en primer lugar, identificando qué quieren conseguir los consultantes y adoptando sus objetivos. En segundo lugar, la terapeuta centrada en soluciones valida la posición de sus interlocutores, es decir, acepta su forma de ver el problema y las posibles soluciones, y en vez de confrontar o tratar de cambiarla la utiliza a favor del cambio. Finalmente, en el nivel de la comunicación terapéutica, la terapeuta se esfuerza por utilizar el lenguaje de los clientes en vez de imponer su propia jerga profesional. Otra forma de describir este proceso dialógico es como una combinación de las intervenciones que abren posibilidades con las que validan la posición de los clientes (Beyebach, 2013).

1.4. Técnicas de entrevista interventiva: las preguntas centradas en soluciones

Las técnicas de la TBCS se emplean en función de cada entrevista y de cada caso. Aunque algunas de ellas (como la pregunta por los cambios pre-tratamiento o la proyección al futuro mediante pregunta milagro) son típicas de la primera sesión, por lo general se combinan según

las circunstancias, siempre con la idea de conseguir descripciones de los avances ya producidos por un lado, y por otro de los siguientes pasos a dar. Las técnicas típicas de la TBCS son:

- a) **Proyección al futuro:** Tiene como objetivo posicionar al sistema consultante a imaginarse un futuro sin la problemática planteada por ellos. La versión se relata de la siguiente forma (“imagínense que esta noche, después de ir a dormir, sucede un milagro y los problemas que les traen aquí se resuelven. Como están dormidos no se dan cuenta de que sucede este milagro. Mañana por la mañana ¿en qué notarán que este milagro se ha producido?”). No obstante esta pregunta se puede adaptar haciendo referencia a la magia, a una máquina del tiempo o simplemente a un marco temporal futuro como por ejemplo Imagínense que la terapia va muy bien, que resuelven los problemas que les traen aquí, y que yo les hago un seguimiento dentro de un año ¿qué les gustaría contarme?”. En cualquier caso, lo importante es el trabajo posterior que el terapeuta hace con las respuestas de los consultantes, ampliándolas hasta conseguir objetivos pequeños, alcanzables, concretos, conductuales e interaccionales (Beyebach, 2013).
- b) **Cambios pre-tratamiento:** Estos tienen relación a las mejorías que se producen antes de la primera entrevista. Según lo que indican las investigaciones los cambios pretatamientos son frecuentes en consultas ambulatorias, quizás porque el hecho de pedir ayuda a un terapeuta podría generar cierta esperanza e implica pasar a la acción en la resolución del problema. O bien, el efecto terapéutico de la llamada puede tener que ver con el hecho de hacer público un problema que permanecía oculto. En cualquier caso, los cambios pretratamiento son relevantes, ya que nos permiten partir de avances que ya se han producido, como también tienen más probabilidades de ser percibidos como algo que está bajo el control del sistema consultante ya que, se ha producido sin la intervención del profesional. A consecuencia de esta utilidad, es necesario preguntar por ellos presuponiendo que se han producido como por ejemplo “Hemos observado con cierta frecuencia que, entre el momento de la llamada para concertar la cita y la primera entrevista, suelen producirse ya algunas pequeñas mejorías. ¿Qué mejorías han notado Uds.?” (Beyebach, 2013).
- c) **Excepciones:** hacen referencia a las situaciones en las que se espera, pero no se da el problema, como también aquellas en las que el problema se da con menor intensidad, duración o

frecuencia. El punto clave es no solo detectar posibles diferencias, sino seguir conversando sobre ellas hasta lograr que el sistema consultante las concrete y asuma cierto grado de control sobre ellas. Es este aspecto, es relevante iniciar ampliando hasta lograr una adecuada descripción de la excepción, en términos conductuales y concretos, para después empezar a atribuir control. En consecuencia, conseguiremos co-construir “excepciones deliberadas”, es decir, no solo situaciones en las que el problema no se da, sino situaciones en las que los consultantes son capaces de identificar que movilizaron de determinada manera, repetible y replicable, de modo que podrán hacerlo en el futuro. (Beyebach, 2013).

- d) Preguntas de escala: tiene por objetivo invitar al sistema consultante a dimensionar algo entre 0 y 10 (o entre 1 y 10). La escala más utilizada es la Escala de Progreso, la cual se puede aplicar de la siguiente forma: “Si 10 son todos los aspectos que hemos hablado hace un momento, las cosas que para uds significaría que ya están del todo bien, y 1 cuando peor estaban, ¿dónde dirían que están ahora las cosas?”. Otras variaciones son la Escala de Confianza la cual puede ser administrada de la siguiente manera (“De 1 a 10, donde 10 es que tienes toda la confianza del mundo en que vas a ser capaz de mantener estos cambios positivos y 1 lo contrario, ¿dónde te situarías?”). El gran beneficio de la utilización de las escala, reside en que permiten descomponer situaciones y crear un amplio rango de matices entre dos posiciones extremas. En cualquier caso, lo importante es trabajar con las respuestas que los consultantes nos den, primero ampliando el punto en el que se sitúan (“Así que dirían que ahora tienen una comunicación de 8. ¿Qué entra en ese 8, qué ha mejorado respecto de cuando estaban en el 1?” “¿Y qué más?”. Posteriormente atribuir control (“¿Cómo pudieron conseguir subir de 1 a 8?” “¿Qué dirías que ha puesto tu marido de su parte?”). Finalmente se negocia el paso siguiente (“¿Cuál sería la primera señal de que su comunicación está ya en un 9?” “¿Qué podrías hacer para que fuera un poco más sencillo subir hasta ese 9?”). (Beyebach, 2013).

La última fase de las sesiones de este modelo, tienen relación a tres cualidades que guardan relación a elogiar, puente y tarea, las cuales se explicaran a continuación.

- e) Elogios: Principalmente consiste en señalar aquellos aspectos que el sistema consultante está haciendo bien, que les ayuda o de las que pueden estar orgullosos. En este sentido se pueden

elogiar cualidades, valores y relaciones, teniendo en cuenta que tales elogios incluyan a todos los miembros de la familia. Habitualmente los elogios se reservan para el mensaje final, sin embargo estos también pueden ser manifestados durante el proceso de desarrollo de las sesiones. Es importante destacar que los elogios deben ser genuinos (Beyebach, 2013).

- f) Puente: el puente es la verbalización que cumple el rol de unir los elogios con la tarea planteada por el terapeuta, es decir, es una conexión coherente entre los recursos del sistema consultante y la actividad solicitada por el terapeuta (Beyebach, 2013).

- g) Tarea: se sugiere al sistema familiar algo para pensar o hacer en el espacio entre sesiones. Las tareas nacen de lo co-construido en sesión y tiene la intención que sean lo mas simples que resulte posible. Para asegurarse de que los clientes lleven a cabo las propuestas, el terapeuta desde este enfoque solo propone tareas a aquellos consultantes que se muestren dispuestos a hacerlas; a aquellos que se manifiestan desde una posición de “visitantes”, es decir, que no consideran que haya un problema, simplemente se les elogia (De Shazer, 1989). Las tareas típicas en TBCS son por ejemplo sugerir a los miembros de la familia que días por semana simulen, en secreto, que ha ocurrido el “milagro”; estar atentos a todos aquellos momentos en los que sientan que están un punto mas arriba en la escala de avance; o bien solicitarles que se fijen en que hacen diferentes en las ocasiones en que se produce una excepción. Por otra parte, hay un gran número de tareas procedentes de otros enfoques pero fácilmente integrables en un planteamiento centrado en soluciones (Beyebach, 2013).

Presentacion de Casos Clinicos

Primer caso.

2. *Presentación del caso.*

El sistema consultante el cual está conformado por la madre y el padre, los cuales serán denominados a través de las iniciales SP en el caso de la madre y GP en el caso del padre. Son derivados de manera interna, es decir, un profesional kinesiólogo perteneciente a la institución del Centro de Rehabilitación Club de Leones Cruz del Sur, que interviene a través de

estimulación motora en CP (hija) de 12 años, habría visualizado en la madre de esta un desborde emocional, el cual es caracterizado a través de una expresión de angustia como “llorar y un estado de ánimo decaído”, el cual se habría manifestado durante el desarrollo de una sesión terapéutica con su hija. En este sentido, el profesional tratante de la niña se acerca a la adulta preguntándole cual era el motivo de su reacción emocional, teniendo como respuesta que se debía al fallecimiento de su hijo MP de 3 meses. Motivo por el cual son enviados a la unidad de psicología en el mes de Noviembre del año 2015.

2.1. Antecedentes Personales.

El sistema consultante es oriundo de la ciudad de Punta Arenas y este se conforma por un padre, GP de 34 años cuya ocupación laboral es ser funcionario del ejército, una madre, SP de 33 años, la cual también pertenece a la institución antes mencionada, una hija CP de 12 años siendo estudiante de sexto básico de la escuela Portugal, un hijo Matías de 3 meses el cual fallece por prematuridad extrema y abuela materna Rosa de 53 años viuda.

2.2. Historia de la consulta.

El sistema consultante asiste al Centro de Rehabilitación Club de Leones Cruz del Sur desde el año 2013, debido a un retraso en el desarrollo psicomotor en CP. Por otro lado, su hermano MP ingresa al programa de neonatología en el mes de Agosto del año 2015 debido a prematuridad extrema.

Con respecto al diagnóstico de CP es posible señalar que un retraso del desarrollo psicomotor, significa que los hitos o logros del desarrollo que los niños debiesen adquirir dentro de una determinada edad, no se manifestaron o bien lo están expresando de manera incorrecta (Narbona, 2008). En este contexto los padres se enfrentaron a dicha situación a través de una reorganización de sus actividades, es decir, lograron coordinarse en términos cotidianos y laborales de tal manera que asistieron a cada una de sus respectivas sesiones, como también demuestran constante aprendizaje acerca de esta temática en base a estudios personales con el fin de obtener mayor conocimiento sobre esta temática. Principalmente el tratamiento kinésico

consiste en efectuar programas de desarrollo psicomotor (ejercicios) dos veces por semana en el Centro de Rehabilitación, como también estimulación a través de ejercicios en el hogar, actividad que los padres procedieron a ejercer de manera correcta según señala la profesional tratante.

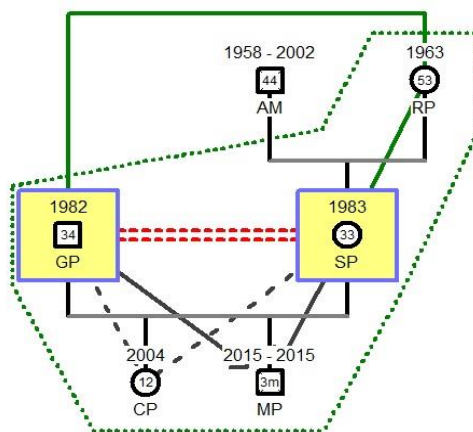
En cuanto al tratamiento que tuvo MP, el cual ingresa al programa de neonatología del Centro de Rehabilitación, debido a prematuridad extrema, es posible mencionar que dicho programa tiene por objetivo estimular al lactante en términos sensoriales y respiratorios. Para esto un equipo de trabajo compuesto por psicólogos, terapeutas ocupacionales y kinesiólogos, asisten una vez a la semana al hospital clínico de Punta Arenas para efectuar distintas actividades en la unidad de neonatología de dicha institución, en conjunto con los padres. En este periodo, los padres refieren que iniciaron sus problemas con respecto a las coordinaciones que tenían que efectuar con el fin de cubrir las necesidades de sus hijos, ya sean en el contexto salud como también actividades escolares. Posteriormente, en el mes de Noviembre MP fallece debido a un paro respiratorio a consecuencia de su prematuridad (31 semanas de gestación), motivo por el cual, los padres señalan que sus dificultades se manifestaban con mayor frecuencia, es decir, faltaban de manera intermitente a las sesiones kinésicas de CP, como también dejaron de estimularla en base sus respectivos ejercicios en el hogar, disminuyeron sus actividades recreativas familiares, situación que también se expresaba en la asistencia a las actividades escolares de su hija. En cuanto a la interacción entre los padres está según relatan se caracterizaban por constantes conflictos, los cuales se traducían en conversaciones donde “se alzaba la voz” principalmente.

2.3.Co-construcción del motivo de consulta.

Las principales quejas que el sistema consultante relata en el primer encuentro, tienen relación a los constantes conflictos que experimentan a la hora de coordinarse para cumplir con la asistencia a las terapias kinésicas de su hija (CP), como también verbalizan que ya no se perciben como pareja a consecuencia de la falta de actividades en conjunto como también a nivel familiar. Lo que señalan que esto produciría que el malestar emocional que vivencias a causa de la muerte de su hijo (MP) se “*fortalecería*” mas.

En la primera sesión se acuerda en conjunto con el sistema consultante los objetivos a alcanzar en la presente intervención, que para los padres significarían “*ser mejores padres y ser mejores esposos*”. En cuanto a la definición de “*ser mejores padres*” existen diversas dinámicas relacionales que se enfocan en compartir en familia, lo que se traduciría en ir al campo de picnic, juntarse con sus amigos a ver los partidos de Chile, salir en conjunto a comprar la mercadería del mes, asistir en conjunto a las actividades escolares de CP, coordinarse para cubrir las necesidades de terapia kinésica de la niña, estimular a su hija en cuanto a sus ejercicios en el hogar y desayunar todos juntos. Por otra parte (SP y GP) señalan dentro de su definición de ser “*mejores esposos*” se encontrarían aspectos relacionados a volver a salir en pareja, es decir, ir al cine, salir a bailar, comprar ropa en conjunto, hablar más de temas cotidianos de manera tranquila, es decir lograr tener una conversación que tenga la cualidad de respeto de turnos a la hora de expresar un mensaje llegando a acuerdos y reír más.

2.4. Genograma.



2.5. Hipótesis de

trabajo.

En base a lo expuesto se puede señalar que existe una gran preocupación por parte de los padres, en lo que refiere a lograr el bienestar tanto como relación matrimonial como también en sus respectivos roles como padres, siendo estos denominadores comunes en la descripción de su futuro preferido.

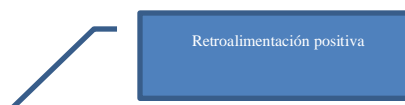
El enfoque de psicoterapia breve centrada en las soluciones, considera importante conocer el funcionamiento del problema, con el fin, de establecer una relación terapéutica con el sistema

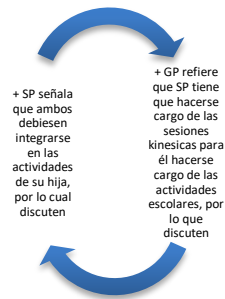
consultante, es decir, aproximarse en la manera en que este visualiza la realidad de la problemática. No obstante, el terapeuta posee un mapa interno, con el cual intervendrá, en base a la epistemología en el cual se sustenta el modelo, como también en sus respectivos supuestos teóricos. Motivo por el cual, si bien en una primera instancia se explora la problemática que los clientes plantean, constantemente se exploró los recursos del sistema consultante en términos de circuitos interaccionales donde exista la excepción a la problemática planteada, ya que se considera, que en tales interconexiones relacionales existen las bases para co-construir la solución.

- Circuitos de interacción relacionados con el problema.

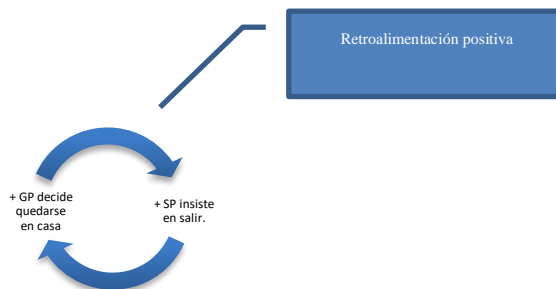
Analizando los patrones de interacción de los problemas que señalan los consultantes haremos referencia a distintos tipos de dimensiones en el ámbito familiar, principalmente destacándose aquellas relacionadas a actividades de su hija a nivel escolar y salud, como también actividades familiares y de relación de pareja.

Con respecto a la dinámica que se establece en las temáticas ya mencionadas, en relación a CP. Estas se generan en momentos donde los padres tiene que coordinarse para que asista a sus respectivas sesiones kinésicas y actividades escolares, donde principalmente se discute en quien debería realizar dichas actividades a través de una “escalada relacional”. Así por ejemplo cada vez que inician una conversación en la cual GP señala que la madre debiese ir a las sesiones kinésica para que él se haga cargo de asistir a las actividades escolares, SP señala que ambos debiesen participar en las actividades de su hija y no por separado, ya que percibe que ambos deben estar “*integrados*” en todos los ámbitos significativos de CP. Ante esta respuesta GP insiste en señalar que es necesario cubrir cada ámbito por separado con el fin de ser “*eficiente*” en cada aspecto, es decir, cubrir actividades escolares una semana e ir a las sesiones kinésicas la semana sub-siguiente “*perdería el hilo de las intervenciones o de las actividades*”. Ya que se tendería a “confundir”, prefiriendo ser “*un especialista*” en solo un aspecto.





Otros de los circuitos problemas que los padres señalan, guarda relación a la definición que cada uno tiene con respecto a lo que significa estar en pareja, ya que por una parte SP refiere “no me siento pareja de GP, ya no salimos como antes... ya no hacemos nada, le digo y le digo que hagamos cosas y no me pesca”. En lo que respecta a GP, éste señala “como que se me quitaron las ganas, de hacer cosas con SP, insiste tanto que me aburre como que quiero quedarme más en casa”



- Circuitos relacionales virtuosos.

En cuanto a los circuitos relaciones virtuosos (excepciones) es posible mencionar que el sistema consultante ha manifestado que en ciertas ocasiones logran estar de acuerdo, ya que ambos señalan que si bien en la actualidad consideran que las necesidades de su hija debiesen ser cubiertas de manera diferente, ambos aceptan que están preocupados de que CP tenga un desarrollo adecuado (estar de acuerdo). Uno de los posibles circuitos virtuosos que han relatado en sesión, tiene relación a las conversaciones que han tenido con respecto a la coordinación para llevar a su hija a las intervenciones en el Centro de Rehabilitación, que si bien estas se desarrollan a través de discusiones, estas son descritas con una menor intensidad, es decir, el sistema consultante refiere que si bien discuten, llegan a tener un acuerdo de manera más rápida.

Al explorar a que se debía esta percepción de estar de acuerdo en un menor tiempo, los padres señalan que posiblemente se encontrarían en un mejor “*estado de ánimo*” o bien “*nos levantamos con el pie derecho*”. Ante estas situaciones se intenta conocer en detalle el significado de tales estados de ánimo según el sistema consultante. Por consiguiente SP y GP señalan que ese día pudieron tomar desayuno planificando las compras del mes sin ningún problema, como también experimentaron expresiones de alegría (risas) durante ese momento. Para SP tal dinámica significo lo siguiente “*me sentí escuchada*” en cuanto a GP este relata “*no me sentí presionado, como que en esa mañana la conversación fue natural*”.

Conversación extraída de la fase Problem Talk de la primera sesión.

T: ¿cómo es que lograron eso en esa mañana?

SP: no lo sé, solo paso.

GP: mmm, no sé por lo menos yo vi a SP más tranquila hablando.

T: más tranquila

GP: si, más tranquila como que hablaba más lento no sé.

T: cómo es eso de más lento?

GP: si así como que no tan apurada, más relajada.

T: SP ud. Noto algo distinto en esa mañana?

SP: no se..... Bueno creo que GP me tomaba más atención.

T: más atención?

SP: si no me interrumpía y me miraba cuando le hablaba.

T: ¿cómo es que esta mañana les fue de utilidad para que llegaran a un acuerdo más rápido con respecto a quien llevaría a CP a sus sesiones acá en el Centro?

(Silencio 10 segundos aproximadamente)

GP: bueno, discutimos igual, pero claro fue en menor tiempo para decidir quién traería a CP, y creo que por mi parte escuche más a SP.

T: la escucho más?

GP: si eso la escuche más.

T: y cómo es eso, como se da cuenta que la escucho más?

GP:... me doy cuenta porque como me hablaba y la escuchaba.

T: ahhh, le hablaba y ud la escuchaba.

T: para ud de qué manera fue útil esa mañana para llegar a tener un acuerdo más rápido.

SP: bueno, creo que lo mismo que sentí en la mañana creo que me escucho por eso creo que llegamos a un acuerdo más rápido.

T: y ud. Al sentirse escuchada vio algo distinto en ud?

SP: bueno, yo creo que estaba más calmada.

T: ahh estaba más calmada entonces.

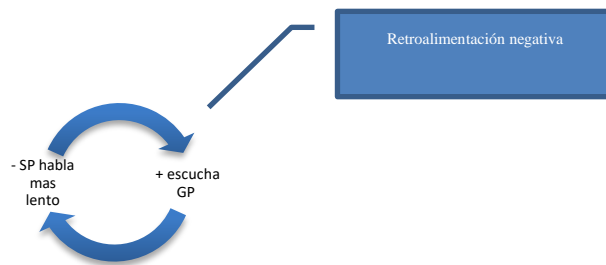
SP: si

T: ok, entiendo mmm como es que piensa que estaba mas calmada.

SP: Ósea no lo sé..... Porque hablaba mejor yo creo, podía hablar mas lento.

T: ahhhh podía hablar más lento.

SP: si, es que como pasamos discutiendo, a veces incluso me enredo en lo que dijo y alzo la voz.



La intervención desde el enfoque sistémico de la psicoterapia breve centrada en las soluciones guarda relación a elicitar, marcar, amplificar y atribuir control de las excepciones de los problemas planteados por parte del sistema consultante. En este sentido desde esta metodología de trabajo se rescatan los circuitos virtuosos omitiendo los circuitos problemas, con el fin de que la pauta relacional virtuosa prevalezca sobre la pauta relacional problemática.

2.6.Foco de intervención.

El foco de intervención está relacionado a visualizar los circuitos relacionales virtuosos para el sistema consultante que guardan relación a la problemática planteada por los mismos, es decir, elicitar, marcar, amplificar, atribuir control a las excepciones. Específicamente, el objetivo del proceso psicológico es “guiar desde atrás” a los consultantes para co-construir con ellos circuitos donde prevalezca la percepción de acuerdo con respecto a las maneras de cubrir las necesidades de desarrollo de CP, como también destacar los circuitos donde

visualicen que se “encuentran en una relación matrimonial”. Es decir, explorar las pautas relacionales donde el sistema consultante se perciba como “buenos padres” y “buenos esposos”.

2.7. Lineamientos de trabajo y metodología.

Los lineamientos del trabajo expuesto, tienen relación a la estructura que conversacional que establece el modelo (Fase social, problem talk, exploración de excepciones, pausa y elogios y tarea), sin embargo esta estructura, no es impuesta por parte del terapeuta, sino que tiende a ser flexible en su desarrollo, ya que es de suma importancia cuidar el clima emocional que se establece en sesión. Tal como señala Eve Lipchik, *“la relación terapeuta-cliente deberá generar un clima emocional en el que la terapia pudiera desenvolverse con la mayor fluidez posible”*.

Otro de los puntos a tener en cuenta en la manera en la cual se llevó a cabo la presente intervención da cuenta a los protocolos de atención que se establecen en la institución en la cual se produjo (Centro de Rehabilitación), la cual refiere que cada sesión psicológica tiene un tiempo límite de 30 minutos, motivo por el cual la estructura de la primera sesión, fue adaptado a este contexto.

2.8. Resumen del proceso de intervención: desde el modelo de psicoterapia breve centrado en las soluciones.

En este apartado se señalaran las temáticas principales que se procedieron a establecer en cada una de las sesiones con el sistema consultante como también los respectivos elogios y tareas que se les señalo. Tanto las fases como las técnicas que se expondrán guardan estrecha relación con los planteamientos de (Beyebach, 2013) como también a los señalamientos de De Jon y Berg (2013)

El inicio de la intervención, se explica y contextualiza el proceso en el cual el sistema consultante se encontrara, el cual fue expuesto de la siguiente manera:

- Sesión 1: (duración 30 min).

T: buenas tardes, mi nombre es Chrithopher Mejias, y soy psicólogo de esta institución, entiendo que fueron derivados por la kinesióloga X, debido a cierto tipo de problemas. Sin embargo antes de comenzar me gustaría explicarles un poco mi manera de trabajar. Las sesiones tienen una duración de 30 min, es necesario que sean puntuales, ya que por protocolo solo podemos esperar 10 minutos de retraso, posterior a ese tiempo lamentablemente quedaran como inasistentes. Si ven que no pueden asistir a una sesión, basta con que llamen a coordinación de usuario para avisar que no podrán asistir, para poder justificarlos a tiempo, esto lo tendrán que hacer con 24 horas de anticipación. Eso es en temas administrativos. Lo otro importante es que 5 min antes que termine la sesión les pediré que salgan del box para que yo pueda ver las cosas que hablaremos acá y pueda darle una devolución de información y una tarea. Está bien?

Luego de este señalamiento, se procedió a efectuar las etapas que propone este enfoque, iniciando con la Fase Social, ante lo cual se preguntó: (T) *ok, antes de comenzar me gustaría conocerlos un poco.* En este contexto, el sistema consultante refiere acerca de sus datos personales en términos de edad, ámbito laboral, actividades preferidas las cuales tienen cualidades de manifestaciones relacionales en conjunto como familia e individuales, así por ejemplo (GP) señala *“me gusta jugar a la pelota, pero eso ya no lo hago y también los sábados iba a ver a mi hermano, pero tampoco lo hago”* o bien *“antes nos juntábamos con amigos a ver los partidos de Chile”*. En cuanto a lo relatado por SP, esta refiere *“salir en familia, al campo, hacer picnic, ir al cine y jugar con mi hija”*. En esta fase, se intenta buscar recursos en el sistema consultante, como también iniciar la construcción del vínculo terapéutico. Por otro lado a través del lenguaje, se pretende posicionar al sistema consultante en vivencias que para ellos son positivas situación que por lo general al inicio de las intervenciones no se toman en cuenta por parte de los consultantes (Mark, 24 ideas). En cuanto a los posibles recursos que se pudo visualizar, existe la planificación de actividades en conjunto y contacto con social con amistades, y el esfuerzo por posicionarse en situaciones satisfactorias. Al finalizar esta fase se les señala lo siguiente (T): *Perfecto, bueno gracias por tener la confianza de contarme las cosas que les gusta hacer tanto de manera individual como también juntos.* Con el fin de

fortalecer el vínculo terapéutico y crear un clima emocional dentro de la relación terapéutica tal como señala (Lipchick, 2004).

Posteriormente, se le pregunta a (GP y SP): (T) ¿en que los puedo ayudar?, ante esto (GP), relata *“bueno, me gustaría estar mejor con respecto a la muerte de mi hijo MP... paso llorando, todo el día me peleo con SP, la paso mal siempre no se me gustaría que pase rápido todo”*. Frente a esta solicitud, la posición terapéutica que se procedió a manifestar, se relaciona con el respeto y la empatía a la dificultad emocional que experimenta el padre, debido al fallecimiento de su hijo. Esta aceptación es inherente al modelo centrado las soluciones, la cual se exterioriza por medio de una actitud comprensiva, acrítica y no antagonista (Lipchick, 2004). Motivo por el cual, se explora la sensación de malestar obteniendo el significado de la misma para el padre, situación que la traduciría en una serie de problemáticas a nivel familiar e individual. *“encuentro que es normal que este triste, pero igual me gustaría que mejoraran las cosas con mi hija y con mi esposa, siento que me he asilado de ellas, no quiero estar así, pero me pesa mucho esto”*. Frente a esta situación, se empatiza tal verbalización, como también se intentan buscar situaciones que le hayan sido de utilidad para sentirse un poco mejor, buscando también las características específicas de tal estado de bienestar. (T): *“me imagino que estar en una situación así debe pesar mucho, y también me sorprende en la manera en la cual ud, señala que existen ciertas cosas que le gustaría cambiar, como por ejemplo que le gustaría que mejoraran las cosas con su hija y con su esposa.... Como le gustaría que fueran las cosas con ellas”*. Frente a esto (GP) relata que considera necesario *“volver a compartir como familia y como pareja”*. En estos términos (SP), hace referencia a las mismas temáticas, ya que comparten que su malestar emocional ha traído distintos tipos de problemas a nivel familiar como también a nivel de pareja, entre los cuales ambos destacan que el proceso de esta intervención debiese ayudarlos a volver a retomar prácticas familiares y de esposos. Con respecto a la exploración de los intentos de solución para lograr obtener tales prácticas (SP), refiere que *“no sé si hemos hecho algo para solucionar esto”* por otro lado (GP) menciona *“creo que no hemos hecho nada aun”*. Esta situación me llevo a seguir explorando acerca de las temáticas que considerarían como avances dentro del proceso terapéutico, hasta encontrar situaciones de excepción al problema, como lo fue la verbalización que (GP) señalo *“bueno una vez, no me sentí presionado, como que en esa mañana la conversación fue más natural”*. Evento

que para (SP) significo lo siguiente *“esa mañana pudimos conversar más tranquilamente”* Motivo por el cual se explora esa excepción, con el fin de vislumbrar las pautas relacionales inherentes a ella, situación que se produjo, debido a que ambos señalan *“despertaron con el pie derecho”*. Este tipo de señalamiento nos dice que el posible origen la manifestación de la excepción fue debido a una situación fortuita, por lo que se procede a “atribuir control” de tal evento co-construyendo lo siguiente: (GP) *“creo que me sentí más calmado, no se esa mañana me tome una pausa antes de hacer mis cosas... Como que me lave los dientes más tranquilo, me duche con más calma con más tiempo”*, por otro lado (SP) refiere *“ese día había hablado con mi mama, acerca de las cosas de MP y me sentí más tranquila, porque se que MP está con nosotros”*. En cuanto a la interacción menciona (GP) *“escuche más a SP de las cosas que me decía, la miraba a los ojos”* y en tanto (SP) señala *“al estar más tranquila le hablaba de mejor manera a GP... más lento”*. En este punto los consultantes vivencian la sensación de control de sus estados anímicos y relacionales. Motivo por el cual se amplía esta situación hacia otras situaciones de su vida cotidiana con el fin se visualizar en que otros momentos el sistema consultante manifiestan los recursos acá expuestos.

Debido a la co-construcción que se expuso a través del discurso en la fase de Problem Talk, visualice que no era necesario administrar la pregunta del milagro, ya que, los consultantes desarrollaron los objetivos que deseaban lograr durante este periodo, los cuales hacen referencia a ser *“mejores padres y mejores esposos”*, significados que fueron explicados en la co-construcción del motivo de consulta del presente caso. Motivo por el cual se administra la pregunta escala, la cual se implementó de la siguiente manera. (T) *luego de saber las cosas que quieren de este proceso, corrijanme si me equivoco, las cuales principalmente tienen relación a la manera en la cual uds quieren sentirse mejores esposos y mejores padres, lo cual significaría, volver a salir juntos al cine, salir de picnic con su hija, ir a las actividades de su hija tanto en el colegio como también acá en el centro, volver a hacer los ejercicios de su hija en casa, tener conversaciones más tranquilas donde puedan expresar lo que quieren decir de manera tranquila, más calmado (dirigiéndome a GP) y sentirse escuchada (dirigiéndome a SP) manteniendo un lenguaje más “lento” donde lleguen acuerdos, salir en conjunto a visitar a sus amigos... bueno me gustaría hacerles una pregunta. Supongamos que en una escala de 1 al 10, 1 sería la posición donde se sintieran más mal con respecto a estas cosas y 10 donde logren*

cumplir con cada una de ellas, donde se ubicarían. Frente a esto GP relata que se encontraría en un 5, principalmente señalando que “tenemos discusiones, pero con lo que hablamos creo que podemos encontrar las soluciones, yo puedo hacer cosas quizás más calmado y como ud lo dijo creo que tomar más atención a mi mujer pueda ser mejor... el paso siguiente yo creo que sería hablar con más frecuencia con mi mujer y más calmado”. En cuanto a (SP)”creo que yo estoy en un 4... porque creo que ahora que lo pienso no estamos tan mal, obvio que estamos tristes, yo creo que es normal, pero creo que estamos bien ahora que lo pienso... creo que estoy en un 4 ahora que lo veo claro discutimos, pero hay veces que hablamos bien entonces creo que por eso... creo que avanzaría igual que GP hablaríamos más así de bien más frecuentemente”. Una vez obtenido estos señalamientos se les señala hasta donde les gustaría llegar en la intervención, ante lo cual los padres acuerdan que hasta un 8, posición que está caracterizado en la co-construcción del motivo de consulta.

Posteriormente, se les solicita retirarse del box con el fin de poder evaluar las situaciones discutidas en sesión para proceder hacer el elogio, puente y tarea.

T Elogio: bueno primero me gustaría decirles que considero que son unos padres que tienen muchas fortalezas, principalmente por asistir a esta sesión para intentar solucionar los difíciles problemas por los cuales están viviendo, por lo mismo agradezco la confianza que han depositado en mí al hablar de sus cosas. Considero que ambos son personas que se preocupan de buena manera con respecto a su hija y lo que pudiese estar viviendo ella en esta situación, son personas empáticas, es decir, se colocan en la posición de otro en este caso CP con el fin de que ella proceda a pasar esta situación de la mejor forma posible. Por otro lado también se preocupan de uds y tienen claro las cosas que necesitan para sentirse mejor, ya sea como padres como también como pareja.

T (Puente): es por esto que me gustaría proponerles la siguiente tarea.

T (Tarea): me gustaría que anotaran las cosas que consideran cada uno debiese mantener tanto como pareja como padres, es decir, que cualidades de cada uno de uds le gustaría conservar.

Es importante señalar que el tipo de relación que se co-construye hace referente al tipo comprador, ya que el sistema consultante se visualiza como parte de la solución a sus respectivas problemáticas, y debido a estas características se planteó la tarea de fórmula de primera sesión la cual es descrita por (De Shazer, 1989).

- Segunda sesión (30 min):

La segunda sesión inicio a través de la pregunta “*que ha ido mejor durante este tiempo*”, ante esto (GP) señala “*creo que hemos hablado más*”, (SP) “*si hemos hablado más*”. Frente a este punto se enfatiza la manera en la cual “*han hablado más*” buscando las características de tales interacciones. Por otro lado, mencionan de un evento ocurrido el fin de semana, donde fueron a visitar a la pareja de amigos que habían señalado la sesión anterior. Motivo por el cual se explora dicha situación, donde (GP) y (SP) mencionan que luego de la primera sesión observaron ciertas cosas señalando lo siguiente (GP) “*después de venir acá, nos dimos cuenta de muchas cosas, por lo menos yo, de cosas que pensaba que hacia SP solo para presionarme sin darme cuenta de que necesitaba mi atención*” Por otro lado SP menciona “*si después de la sesión que tuvimos empezamos hablar de las cosas que dijimos y nos dimos cuenta de hartas cosas*”. Durante toda la sesión se converso acerca de este evento y lo que significaba para los consultantes, el “darse cuenta” de situaciones que no habían percatado, de modo tal que si visualizaron un conjunto de recursos que los clientes desarrollaron en el periodo de entre la primera sesión y el segundo encuentro. Los cuales se relacionaban, por una parte (GP) menciona que ha estado tomando mayores “pausas” durante el día con el fin de posicionarse ante SP de una manera más tranquila con la intención consiente de escucharla, por otra parte (SP) ha hablado con otras personas acerca de MP, como por ejemplo sus amigos, descubriendo que este tipo de conversaciones le provoca tranquilidad. Es importante señalar que las discusiones por las cuales el sistema consultante menciona en la primera sesión aún persisten, sin embargo perciben que han disminuido en frecuencia, desarrollando una mayor ocurrencia de las interacciones que caracterizaron dicha mañana en la cual su conversación fue (GP) “más natural” y (SP) “me sentí escuchada”. Posteriormente, se procede administrar la pregunta escala de avance, donde (GP) se posiciono en un 6, principalmente a que las interacciones virtuosas

ocurrieron en mayor frecuencia, y (SP) se posiciono en un 6, ya que los avances que se vivenciaron inter sesión significo para ella lo siguiente “*creo que me di cuenta que hay cosas que puedo hacer para sentirme mejor*”.

En cuanto a la tarea que se implementó en esta sesión, tuvo relación al pensamiento de Steve De Shazer (1989)“*si está roto no lo arregle*”. Motivo por el cual se les planteo hacer más de lo mismo, es decir, seguir relacionándose tal como lo hicieron durante este periodo entre-sesiones.

- Tercera Sesión (duración 30 minutos).

En esta sesión, se partió de la misma manera que la anterior, preguntando “que ha ido mejor”. Frente a esto (GP) responde “*bueno creo que no hemos mejorado mucho*” y (SP) refiere “*si bueno creo que nos hemos estancado*”. Estas verbalizaciones desde el enfoque centrado en las soluciones, no se visualizan como un “bloqueo” de los avances de tratamiento, sino más bien como plantea (Lipchick, 2004) en uno de sus supuestos el proceso psicoterapéutico desde este enfoque “*avanza a paso lento*”. Motivo por el cual, al enfrentarse a la percepción de “*estancamiento*” que menciona SP, o bien a la sensación por parte de GP de no haber mejorado mucho. Se les pregunta “cómo es que han logrado mantenerse en la posición en la cual están”, con el fin de explorar recursos y habilidades que se hayan expresado inter-sesión. Desde este momento se visualiza el gran esfuerzo que realiza tanto GP y SP para responder dicha pregunta, mencionado (GP) “*bueno creo que yo he seguido haciendo mis pausas para hablar de mejor forma con SP*” y SP refiere, “*yo me he mantenido conversando con las demás personas acerca de MP*”. Motivo por el cual me dirijo a ellos devolviendo recursos en este contexto (T) “*guau! me parece increíble la gran perseverancia que tienen uds para seguir haciendo las cosas que para uds les funciona*” volviendo a explorar a través de la pregunta escala que es lo que para ellos significaría seguir avanzando. En este sentido señalo (T) “*la última vez que hablamos de esa pregunta donde uds se posicionaron en un 6, que sería diferente al dar un paso más en dicha escala*”. (GP) “*yo creo que estamos hablando mejor ósea aun discutimos pero estamos hablando mejor mmm quizás no se salir más con nuestra hija pudiese ser mejor*”, (SP) refiere “*yo creo lo mismo que (GP)... que salir con nuestra hija más*”. Durante el resto de esta sesión

se exploró esta situación, que para los clientes significaría un avance dentro del proceso, teniendo como resultado los siguientes señalamientos (GP) *“antes podíamos hacer estas cosas como salir con nuestra hija sin ningún problema... creo que nos planificamos con tiempo”* y (SP) *“antes hablábamos de estas cosas más seguido, creo que eso hacíamos, las cosas de CP la hemos dejado de lado un poco”*. Dentro de este aspecto se exploró que era diferente en esa excepción, donde lograban hacer estas planificaciones con anticipación, señalando (GP) *“antes simplemente hablábamos del tema, solo ocurría... puede ser que tengamos que hablarlo simplemente”* (SP) menciona *“si ocurría, así solamente, pero pienso que también era porque teníamos ganas de salir también con CP”*. Ante lo cual pregunto (T) *“supongamos que tienen esas ganas de volver a salir que sería diferente”*. En este momento ambos refieren que existiría un *“ambiente más amoroso”*, al profundizar este significado, los cliente refiere que la interacción se produciría con más *“molestarse”* expresión que señalan como (GP) *“antes pasábamos molestándonos pero en buena si”* ante lo cual se marca, se amplía, y se atribuye control.

Finalmente, se procede hacer la devolución de los recursos que se pudieron observar en esta sesión, mencionando principalmente la gran fortaleza y perseverancia de los consultantes para encontrar las claves sus soluciones. Luego se propone la tarea la cual tiene relación a las mismas pistas que significarían un avance para SP y GP, *“Moléstense”*. Tal como señala Beyebach (2006), uno de los principios más importantes para trabajar en la psicoterapia es confiar en los recursos de nuestros consultantes, creer en sus capacidades y en sus posibilidades incluso en las situaciones más desesperadas.

- Cuarta sesión: (duración 30 min).

Se inicia preguntando *“que ha ido mejor”*. Ante lo cual el sistema consultante refiere cambios significativos en relación a la escala de avances antes planteada, señalando lo siguiente (GP) *“nos molestamos más”* (ríe) mirando a (SP) *“si nos molestamos más”* (ríe) (ambos están tomados de la mano). Ante lo cual pregunto *“como es que lograron eso”* (atribuir control), (GP) *“menciona que simplemente yo empecé el miércoles pasado... yo a ella la molesto diciéndole que se parece a la Frozen”* (SP) *“si así me molesta él”*. Ante esto exploro de qué manera esto

fue de utilidad para seguir con los avances dentro de terapia. Motivo por el cual ambos refieren que se sintieron mejor y que salieron al campo con su hija “*día de picnic*”, se marcó y atribuyo control frente a esto. Por otro lado también, se amplió en el sentido de visualizar en que otros momentos han logrado a desarrollar cambios simplemente haciendo. Como respuesta a esto (SP) menciona “*una vez habíamos tenido problemas económicos y estábamos muy muy angustiados por eso, no hallábamos formas de salir de eso, entonces me acuerdo que hablamos cierto (se dirige a GP) si hablamos y entonces decidimos hacer un bingo y pedimos ayuda al colegio de CP, entonces bueno no solucionamos todo nuestro problema pero eso nos ayudó*”. Durante el resto de la sesión se exploró temáticas relacionadas a esta dinámica que manifiestan los consultantes cuando se visualizan con problemas y la manera activa de encontrar soluciones. Es importante señalar que en la presente sesión los padres se posicionaron en un 7 dentro de la escala de avance. Finalmente se procede a elogiar recalando que son una pareja de que constantemente se movilizan por encontrar soluciones, incluso solicitando ayuda a los demás, es decir, utilizan todos sus recursos con el fin de sentirse mejor tanto como padres como pareja, por consiguiente se les señala hacer más de lo mismo (De Shazer, 1989).

- Quinta sesión: (duración: 30 min) cierre terapéutico.

Esta sesión inicia con la pregunta “que ha ido mejor”. Ante los cual ambos señalan que han mejorado de manera significativa tanto como padres y como pareja. Desde la pregunta escala los clientes refieren que están en un 8, ya que volvieron a salir como antes, ya sea de manera individual como familiar, logrando coordinarse interacción que está caracterizada bajo las cualidades de tranquilidad y escucha. Ambos hacen referencia a que han descubierto cosas que aparentemente había permanecido “*ocultas*”, situación que se respalda en un señalamiento propuesto por Beyebach, 1999, el cual refiere que los recursos de los clientes, que han estado ocultos van apareciendo en el proceso terapéutico. Motivo por el cual, se procede a finalizar el tratamiento.

3. Segundo Caso:

3.1. Presentación del caso.

La cliente será denominada con las iniciales PP, la cual consulta de manera espontánea en la unidad de psicología del Centro de Rehabilitación Club Leones Cruz del Sur, en el mes de Julio del presente año, debido a que se siente “decaída” y “desmotivada”, situación que genera a nivel familiar constantes problemas con su madre.

3.2. Antecedentes personales.

El sistema consultante corresponde a la cliente PP de 38 años, oriunda de la ciudad de Punta Arenas. Vive junto a su hijo BM de 15 años y su madre LP de 65 años, ingresa al Centro de Rehabilitación Club de Leones Cruz del Sur en noviembre del año 2014, manteniendo terapias de Kinesioterapia, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, controles de Fisiatría y Enfermería. El motivo de su ingreso tiene relación a un accidente cerebro vascular que tuvo su desarrollo durante un campamento de boy scout en el cual desempeñaba el papel de guía, en septiembre del año 2013 y se encontró hospitalizada hasta el 7 de noviembre del año 2014.

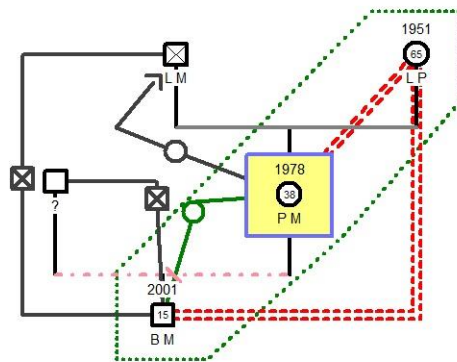
3.3. Historia de la consulta.

La cliente cuenta con un diagnóstico de secuela de enfermedad cerebrovascular, lo que se traduce en una hemiparesia izquierda. La cual está definida como una parálisis en el cuerpo al lado contralateral de la lesión o accidente cerebrovascular en el caso de la consultante significaría que el lado izquierdo de su hemicuerpo superior no se encontraría con una función motora activa, ya que la lesión se produjo en el lóbulo temporal derecho. Luego de estar un año hospitalizada, PP menciona que asiste de manera constante a cada una de sus intervenciones en el Centro de Rehabilitación, señalando que tiene la esperanza de poder volver a ser independiente, ya que en la actualidad, depende para su movilización de su madre, la cual la acompaña a todas sus terapias como también a sus respectivas actividades en la iglesia en la cual participa hace 5 años.

3.4. Co-construcción del motivo de consulta.

Las principales quejas que PP señala tienen relación al “decaimiento”, “desmotivación” y conflictos al interior de su hogar los cuales se manifiestan en la interacción con su madre, motivo por el cual decide iniciar un proceso de intervención en la unidad de psicología. Se acuerda junto a PP en el primer encuentro los objetivos alcanzar en la presente intervención, lo que significaría para PP “*sentirse viva*”. En esta definición se encuentran una serie de aspectos tales como: salir a caminar con su madre, asistir con mejor ánimo a sus terapias, volver a relacionarse con su círculo de amistades, participar de manera activa en las actividades de su congregación, volver a trabajar, salir con su hijo acampar o bien a caminar.

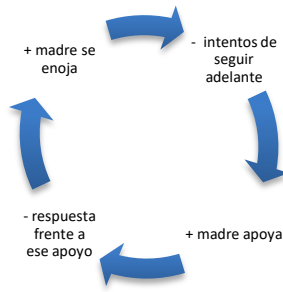
3.5.Genograma.



En base a los señalamientos de PP, esta refiere que antes de su ACV (accidente cerebrovascular) siempre fue la que “*llevaba la casa*”, lo que en su definición tiene relación a ser la proveedora del hogar, como también la organizadora de todas las actividades familiares. Esta situación cambio de manera abrupta luego de su ACV, ya que debido a las secuelas motoras que padece es dependiente de su madre, esto provocaría su decaimiento y desmotivación. Frente a este tipo de sensaciones, la madre intenta apoyarla a través de verbalizaciones como “*vamos tu puedes*” según relata PP, no obstante la consultante refiere que no responde frente a tales señalamientos, y la madre se “enoja” y ocurren los conflictos.

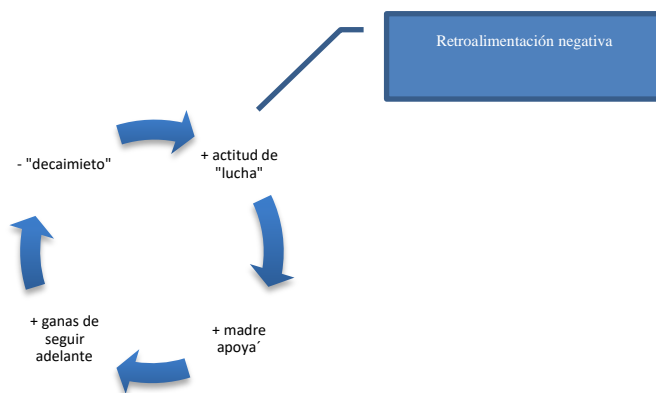
- Circuitos relacionados con el problema:





- Circuitos relacionales virtuosos.

En cuanto a los circuitos relacionales virtuosos (excepciones), es posible mencionar que al inicio de su tratamiento PP relata que establecía una relación “buena” con su madre, principalmente, debido a que ella se define como una “luchadora”, principalmente debido a las circunstancias de vida por las cuales ha transcurrido, por una parte refiere que “*me tuve que hacer cargo sola de mi hijo*” o bien en cuanto a la relación con su padre “*mi padre era alcohólico y golpeaba a mi madre y yo la protegía*”. Motivo por el cual la actitud de PP lo visualizaba como “*un desafío más que superar*”



3.7.Foco de intervención.

Al igual que en el primer caso y como lo dictamina el enfoque centrado en las soluciones el foco de intervención está dirigido a visualizar las pautas relacionales que son excepciones a las pautas relacionales problemáticas. De esta forma, en el presente caso las conversaciones en cada una de las sesiones que se establecieron con PP estuvieron centradas en sus recursos que le fueron de utilidad para la solución de las problemáticas planeadas. Con el objetivo final de conseguir en conjunto con PP el “*sentirse viva*”.

3.8. Resumen del proceso de intervención: desde el modelo de psicoterapia breve centrado en las soluciones

- Sesión 1: (duración: 30 min).

La primera intervención dentro de terapia fue realizar contención emocional, debido a que PP demostraba constantes desbordes emocionales y agitación motora, motivo por el cual se procedió acompañarla en este proceso con el fin de que pudiera expresar con toda libertad sus ideas y emociones, manteniendo una actitud empática y comprensiva. Con el objetivo de velar por el clima emocional de la relación terapéutica (Eve Lipchick, 2004).

- Sesión 2: (duración: 30).

En esta sesión se puede observar que PP se ve más calmada, motivo por el cual se le señala la metodología de trabajo desde el enfoque de psicoterapia breve centrado en las soluciones. Iniciando con la fase social, donde se logra visualizar una persona que impresiona por la gran variedad de aficiones, donde se destacan, participar en el equipo de ayuda social de su iglesia, hacer tracking, amplio vinculo social, viajar, participar de las actividades escolares de su hijo, ayuda comunitaria en el hogar de cristo, tejer, tocar guitarra y tocar piano. Luego de la descripción detallada que manifiesta PP de sus actividades preferidas, se inicia la segunda fase de la intervención, el Problem Talk, donde se destaca las problemáticas que visualiza en relación con su madre, principalmente los conflictos que se generan cuando esta figura la intenta apoyar, con el fin de que mantenga una constante asistencia a sus sesiones dentro del Centro de Rehabilitación, la cual falta de manera intermitente debido a la sensación de “*decaimiento*” y “*desmotivación*”. Tales sensaciones significarían para PP señalamientos como el “*no me siento*

con vida”. Esto también ha provocado que haya dejado de ver a sus amigos, no participe en las actividades de su congregación religiosa, como también de las actividades escolares de su hijo y recreacionales propias. Al momento de preguntarle *“en que la puedo ayudar”*. PP refiere que *“necesita saber cómo lo hacía antes, quiero me diga cómo puedo ser la de antes”*. Debido a que es necesario para el enfoque de psicoterapia breve centrada en las soluciones que el consultante se visualice como elemento primordial de la construcción de las soluciones (Beyebach, 2006), es decir se establezca una relación de tipo comprador, se procede a plantear la siguiente pregunta luego de la petición que nos señala PP. (T) *“suponga que yo le diga la manera en la cual ud puede volver hacer la de antes... suponga que ya es así... que sería diferente”*. Desde este punto, se exploró las situaciones relacionales que significarían para PP el sentirse *“viva”*, lo que significaría una serie de aspectos relacionales planteados en el apartado de co-construcción del motivo de consulta. Posteriormente en esta sesión se administra la pregunta del milagro (De jon y Berg, 2013), con el fin de visualizar de mejor manera los objetivos de la intervención, motivo por el cual se señaló lo siguiente: *“ahora me gustaría hacer una pregunta que es un poco extraña.... Imagínese que durante esta noche, mientras ud. este durmiendo, ocurre un milagro y este milagro solucionara todo sus problemas que tiene ahora, ud. no se pudo dar cuenta en ese momento que ocurrió porque estaba durmiendo... después en la mañana del día siguiente ud. despierta... me gustaría saber que sería diferente en esa mañana teniendo en cuenta que este milagro se produjo”* el desarrollo de la co-construcción con PP principalmente tenía características de bienestar emocional, desde un sentirse con *“ganas”* para hacer las cosas que hacía con anterioridad, el cómo PP se daría cuenta que se encuentra con *“ganas”* hace referencia a una serie de conductas como por ejemplo salir a caminar con su madre, asistir con mejor ánimo a sus terapias, volver a relacionarse con su círculo de amistades, participar de manera activa en las actividades de su congregación, volver a trabajar, ayudar a mi familia en la casa, salir con su hijo acampar o bien a caminar. En el ámbito del pensar, PP refiere que estaría pensando con mayor frecuencia en las cosas que tiene que hacer, ya que destaca lo siguiente *“antes me planificaba el día anterior para hacer mis cosas”* (T) *“antes”* PP *“si antes de mi accidente... bueno igual también cuando salí del hospital también lo hacía pero en menor grado”* se marca, se amplía y se atribuye control en lo referente al mantenimiento de su conducta incluso en los momentos post hospitalización. En cuanto a la exploración desde el sentir PP menciona *“me sentía bien en esos momentos si”*.

Posteriormente se procede administrar la pregunta escala (De Jon y Berg, 2013), donde PP se ubica en la posición 3, la cual consistía para la consultante en que si bien se siente “*decaída*” “*desmotivada*” aún se mantiene asistiendo a sus terapias, no de manera constante, pero aun asiste, como también en ciertas oportunidades va a la iglesia. Por otro lado, también está su deseo de cambiar lo cual lo explicita señalando “*también creo que quiero volver hacer la de antes, y por eso estoy acá también sino estaría en un 1*”, al momento de explorar lo que significaría avanzar un paso en esta escala para PP, esta refiere que se encontraría “*pensando más en sus cosas*”, situación que visualiza como un recurso que la ayudaba a “*seguir adelante*” cuando tenía problemas, ya que de cierta forma la organizaba en sus acciones brindándole tranquilidad, ya que contaba con un cumulo de experiencia en la cual esta estrategia le habría funcionado con anterioridad.

El elogio se centró principalmente señalando lo luchadora que ha sido en su vida, como también a la motivación para salir delante de sus problemas actuales. Por otro lado se le menciona la gran capacidad de ayudar a los demás, demostrando lo bondadosa y preocupada... se efectúa el puente y la tarea la cual fue planteada desde los señalamientos que brindo PP “*pensar más*”, (Beyebach, 2006).

- Tercera Sesión: (duración: 30)

Se inicia con la pregunta ¿Qué ha ido mejor? Ante esto PP, refiere lo siguiente “*mejor... bueno fui a la iglesia sola*”. Se marca efusivamente y se explora tal evento, principalmente esto se debido a que su pierna izquierda a nivel muscular habría mejorado, a consecuencia de los ejercicios kinésicos que PP habría efectuado durante todo su proceso en el Centro de Rehabilitación, logrando proceder a tener una marcha independiente con la ayuda de un bastón. Se procede a hacer devolución de recursos como la constancia que ha tenido en su tratamiento logrando estos avances, se amplía dicha constancia hacia otros ámbitos y se atribuye control. En cuanto a la escala de avance PP refiere que se encuentra en un 5, sesión adjudicando dicho avance a poder ir a la iglesia de manera independiente, situación que le provoco gran alegría, ya que no dependía de su madre para lograr esto. De busca en detalle que más poseía dicho 5

como también los recursos implícitos que movilizaron a PP en este avance. Por consiguiente, se explora acerca de los próximos avances, y PP refiere que “*creo que estoy bien así como estoy, me gustaría quedarme un poco más así en el 5*”. Ante lo cual se explora tal relato llegando a lo siguiente por parte de PP “*quiero avanzar lento, creo me siento más segura así*”. Esta sensación de seguridad, también fue descrita y detallada en sesión en la búsqueda de su significado, ante lo cual PP menciona “*me siento más segura haciendo las cosas más lentas... más pausadas...planificando con calma sin apuro*”. Por consiguiente también se amplió dicho recurso y se atribuyó control, como también se visualizó que esta sensación es necesaria para seguir avanzando en la escala. Posterior a la pausa se procede hacer el elogio, donde se le menciona principalmente su gran capacidad de auto-observación, la iniciativa y valor que tiene el que haya ido a la iglesia sola y la constante y perseverante búsqueda a sus soluciones. Felicitándola también, por los grandes avances que ha tenido, demostrando también comprensión por la necesidad que requiere por mantenerse en este punto antes de seguir avanzando. Motivo por el cual se plantea la siguiente tarea: “*seguir haciendo más de lo mismo*” (De Shazer, 1989).

- Cuarta sesión: (duración: 30 min)

Se inicia con la pregunta ¿Qué ha ido mejor?, ante lo cual PP refiere “*bien he estado bien*”. Motivo por el cual se explora el significado de “*estar bien*”. Situación que se asoció a las temáticas que se manifestaron en la sesión anterior, con la diferencia que la sensación de independencia aumento, debido a que la paciente habría efectuado distintas actividades recreativas, situación que habría generado aproximaciones de “*sentirse más viva*”, se explora, se marca, se amplía y se atribuye control. Es esta sesión se administró la escala de confianza (Beyebach, 2006) con el fin de visualizar en qué posición se encontraría con respecto a sus propios avances, situación que llevo a PP a ubicarse en un 7, ya que verbalizaba “*se las cosas que tengo que hacer*”. En cuanto a la pregunta escala PP se ubica en un 6, debido a la las acciones de visitar más a sus amigos, salir junto con su hijo a caminar por el parque, y también asistir a terapias sin su madre, de hecho asistió a esta sesión sola. En cuanto al elogio que se expresó, este se desarrolló en base a la gran impresión que me genero los avances que había demostrado PP en el periodo de inter-sesión, mencionado como tarea que “ *siga haciendo más*

de lo mismo” (De Shazer, 1989). Debido al señalamiento y convicción que demostró a través de la frase “*se las cosas que tengo que hacer*”.

- Quinta sesión: Cierre terapéutico (duración: 30 minutos)

Se inicia la sesión con la pregunta ¿Qué ha ido mejor? Ante lo cual PP refiere que “*todo ha ido de maravillas*” debido a que habría encontrado trabajo como cajera en un supermercado, evento que habría ocurrido por gestión propia, ya que durante el periodo inter-sesión, PP habría asistido a SENADIS (servicio nacional de discapacidad), con el fin de buscar ahí alguna solución a su necesidad de trabajar, donde encontró una lista de trabajos de empresas que potencian la reinserción laboral en personas con necesidades diferentes. Situación que se marca efusivamente, amplia (*¿existieron otras oportunidades en las cuales hayas realizado alguna acción parecida?*), se atribuye control. El desarrollo de esta sesión, principalmente hace relación a este evento, procediendo en los momentos finales de la misma la con la aplicación de la pregunta escala, frente a esto PP refiere que se encontraría en un 7, principalmente debido a la sensación de “*estoy viva*”, lo cual se traduce en el caso de PP en volver a retomar gran parte de sus actividades como también mejorar la relación que tenía con su madre. Se procede a finalizar el proceso de intervención.

4. Vínculo terapéutico terapeuta-consultante.

El vínculo terapéutico desde el enfoque centrado en las soluciones es de suma relevancia tal como señala Lipchik (2004) “*el puntual de la relación terapeuta-cliente, sea cual fuere la orientación adoptada, es la confianza. Los clientes deben confiar en nuestro compromiso con la tarea de ayudarlos sin causarles daño. Como la filosofía de la TBCS se basa en los puntos fuertes, esto significa lograr que los clientes confíen en que nosotros lo ayudaremos a confiar en sí mismo*”. Motivo por el cual mi actitud para generar tal “confianza” frente a los casos descritos, tuvieron un denominador común, que es el respeto frente a las visualizaciones de realidad de los consultantes, respeto que adquiere distintos tipos de cualidades a la hora de intervenir, como por ejemplo, respeto por el estado emocional en el cual se encuentran en un

momento dado, respeto frente hacia sus posturas frente a una determinada temática, respeto las necesidades de hablar acerca de un tema. Situación que sin duda ayudo a los avances que los consultantes manifestaron.

En cuanto al vinculo establecido con el primer caso presentado, es posible señalar que se empatizo en cuanto al estado emocional que el sistema consultante manifestó durante el desarrollo de la primera sesión, esto se expreso primero a través del lenguaje que se ocupo, utilizando la misma tonalidad de voz que los padres expresaban, como también una actitud donde estos se sintieran en un espacio en el cual pudiesen expresar todos sus sentimientos. Esto posibilito que el vinculo que se construyo fuera de confianza, donde se mantuvo un entorno donde predominaba la reflexión y la construcción de soluciones.

En relación al segundo caso, el vinculo que se establecio junto con PP fue de apoyo y constante admiración que percibia por la gran cantidad de recursos que ella movilizaba con respecto a la búsqueda de soluciones. La creatividad, el ingenio, la motivación por a salir a delante frente a su situación diagnostica, hicieron que alcanzar el futuro preferido de la consultante se lograra de manera muy rápida y eficaz.

5. Analisis y Conclusiones.

El modelo centrado en soluciones, sin duda es una manera de trabajar que “quiebra” con las metodologías tradicionales dentro del ámbito de la psicología y del mundo científico que se rige desde un paradigma positivista, utilizando en conjunto con el sistema consultante los recursos de los mismos con el fin de llegar a el bienestar que estos perciben. Sin embargo, también es una visualización de como ver la realidad desde los recursos, lo cual se puede aplicar en distintos aspectos de la vida como por ejemplo, trabajo, relación de pareja, familiar, etc. Contextos que desde lo personal me han ayudado en mi crecimiento personal.

Otro de los puntos claves dentro de esta manera de trabajar es el no “etiquetar” a los consultantes desde un diagnostico. En este contexto, la posibilidad de cambio se amplia de manera

considerable, ya que como terapeutas ya no visualizamos o mas bien ya no nos relacionamos con ese rotulo que por lo general, desde mi percepción, limitaba la comprensión del otro, limitaba el entendimiento de como el “otro” construye la realidad. Este pensamiento me llevo ahondar en sus vidas y en el mundo de sus significados, lo que paralelamente los consultantes experimentan como “*me siento comprendido*”. Lo que fortalece el vinculo terapéutico aspecto fundamental para el desarrollo de una adecuada terapia desde este modelo.

Los resultados obtenidos en los casos presentados en este escrito, dan cuenta de cuan eficaz es este modo de pensar. El quitarme los ropajes de “experto” fue un proceso difícil debido a que durante toda mi enseñanza academica me fui aropando con tales vestimentas donde el psicólogo es el que “sabe” que problema tienen sus pacientes, sin embargo desde esta perspectiva y con un trabajo arduo desde lo adquirido en el postitulo logre obtener aproximación de lo que los consultante realmente quieren, a través de una posición de respeto y humildad frente a la experticia que estos tienen de sus propias vidas, para que junto con ellos la búsqueda de las soluciones sea exitosa.

6. Referencias Bibliograficas.

Beyebach, M. (2013). La Terapia Familiar Breve Centrada en las Soluciones. Recuperado el 30 de noviembre de 2016, de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/12/El-modelo-de-la-Terapia-Familiar-Centrada-en-Soluciones-.pdf>

Beyebach, M. (1999). Introducción a la Terapia Breve Centrada en las Soluciones. Publicado en Navarro Gongora, A. Fuentes y T. Ugidos, ed. Intervención y Prevención en Salud Mental. Salamanca: Amaru, 1999.

Beyebach, M. (2006). 24 Ideas para una Psicoterapia Breve. Ed. Herder. Barcelona, España.

De Jon, P., Berg, I. (2013). Interviewing For Solution. 4th edition. USA: Books/Cole, Cengage Learning.

De Shazer, S. (1986). Claves para la Solución en Terapia Breve. Ed. Paidos Ibérica. A. Barcelona, España.

Jubés, E., Laso, E. y Ponce, A. (s.f.). Constructivismo y construccionismo: dos extremos de la cuerda floja. Recuperado el 30 de Noviembre de 2016, de <http://estebanlaso.com/pdfs/constructivismo-construccionismo.pdf>

Lipchik, E. (2004). *Terapia Centrada en la Solución: Más allá de la técnica, trabajo con las emociones y la relación terapéutica.*

Maturana, H., Varela, F. (1984). *El Árbol del Conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano.*