

**El Trabajo Psicoterapéutico con Fortalezas, Capacidades y Recursos.
Un Acercamiento Teórico desde el Marco Sistémico Integrador**

Alumno: Daniel Marañón

Tutor/Director: Juan Antonio Abejón

Escuela Vasco-Navarra Terapia de Familia

30 de noviembre de 2012

1. Introducción: ¿De dónde partimos?

Aún recuerdo los comienzos en formación y práctica clínica con familias, parejas y personas que acudían a terapia hace ya una serie de años. Recuerdo aquellos primeros momentos en los que la mera hipotetización llevada a cabo sobre aquello que les ocurría a las personas que acudían a consulta entre compañeros, supervisores, tutores y docentes llegaba a producirme verdadera fascinación. El síntoma del paciente identificado tenía una función en el sistema familiar, nos daba información sobre el legado transgeneracional o su papel en la homeostasis familiar...etc. La hipotetización interpretativa de las dificultades conductuales, emocionales y cognitivas de las personas es algo que trasciende a la orientación psicoterapéutica desde la que se trabaje. Este hecho es algo que he podido comprobar a lo largo de estos años con docentes y supervisores de orientación psicoanalítica, sistémica, humanista o cognitivo-conductual¹. Tal y como recogen Breunlin, Pinsof, Russell y Lebow (2011) en su excelente trabajo realizado sobre una perspectiva comprensiva, integrativa, multisistémica y empíricamente fundamentada en psicoterapia, la hipotetización es el primer paso representado en un algoritmo que se ve retroalimentado a largo del proceso terapéutico de otros tres estadios más, esto es, la construcción de un plan estratégico, la conversación y el feedback (Ver Figura 1).

De esta manera, a pesar de que O'Hanlon en 1988 (O'Hanlon, 2001, p. 87) ya hablaba de una tendencia hacia una psicoterapia centrada en las soluciones, las competencias y las capacidades en detrimento de una psicoterapia centrada en explicaciones sobre los problemas y las patologías enclaustrada en la mera y pura hipotetización, a día de hoy pasados más de veinte años, aún parece que continuar jugando a hipotetizar en la práctica clínica es el juego preferido de muchos profesionales, creyendo que la mera hipotetización engloba el resto de fases en el plan de acción psicoterapéutico ya recogidas por Breunlin et al. (2011)². Es como si en cirugía cardiovascular los cirujanos se contentasen con debatir y discutir sobre la arteria y válvula aortica del paciente mientras este permanece sedado en el quirófano hasta que

1. Nombro estas cuatro orientaciones por considerar los cuatro marcos de trabajo que engloban a la mayoría de profesionales que trabajan en el ámbito de la psicoterapia y la intervención psicológica, tomando en consideración la existencia de un amplio abanico de orientaciones diferentes dentro de cada campo y de la ola integradora existente en la actualidad.

2. Esta es la percepción general de un sistema de salud mental público y parte del privado, en el que también se encuentra profesionales que tratan de ir más allá de la primera fase de hipotetización.

se despierta. Parece ser que esta primera oleada centrada en la patología y la explicación no ha sido del todo superada en el trabajo terapéutico a pesar del surgimiento de al menos tres oleadas más. La bautizada como la segunda centrada en el problema, la tercera centrada en la solución y finalmente la cuarta nacida según O'Hanlon (2001, p. 78) allá por comienzos de la década de los 90, a partir de los métodos orientados a soluciones y que englobaba conceptos y palabras como colaboración, respeto, coconstrucción, relato, narrativa, capacitación, recursos, fortalezas y posibilidades.

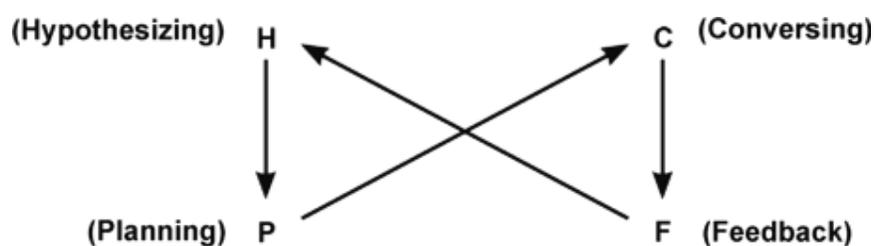


Figura 1. Plan de acción psicoterapéutico.

El marco de trabajo sistémico al igual que otras orientaciones como los marcos más comúnmente conocidos como humanistas, han hecho especial énfasis en el trabajo centrado en los recursos de las personas que acudían a consulta. Sin embargo, es la epistemología sistémica la que parece corresponderse de manera unívoca mediante la propia naturaleza y arquitectura humana con un trabajo centrado en los recurso. En este sentido, se constata un isomorfismo a través de la correspondencia existente entre la organización de la mente, entendida como conjunto de los procesos de recepción y procesamiento de información y de ejecución o inhibición de respuestas que deben darse a un medio, medio o contexto relacional, y la organización cerebral. Así pues, tal y como afirma Fishbane (2007), el desafío un sí mismo fuerte e individual no se corresponde con unos circuitos cerebrales diseñados para conectarse y dedicarse a su vez a interpretar a los demás y a comunicarnos con ellos. El apego y la conexión social influyen sobre el bienestar emocional y físico a lo largo de la vida (Fishbane, 2011). Asimismo, las experiencias relacionales íntimas y recíprocas sobre las que nos habla Crittenden (2000), donde el self organiza y puede reorganizarse para construir

estrategias nuevas y más adaptadas que protejan al self y reduzcan la probabilidad de peligro, son las interacciones familiares entendidas como un proceso bidireccional a través de las cuales construimos el individuo (Satir, 1979) desde su nacimiento. De esta manera, el marco sistémico posibilita trabajar de manera pragmática con los recursos, las capacidades y/o las fortalezas de los individuos que acuden a terapia de manera interaccional en el aquí y el ahora con el sistema familiar directa o indirectamente, de manera simbólica en el contexto de una terapia individual y/o en el plano emocional, aspecto más descuidado entre los teóricos y que será especialmente tratado en el presente trabajo. Por lo tanto, reconociendo la naturaleza interpersonal de la psicopatología como axioma central tal y como es propuesto en el modelo *Integrative Problem-Centered Metaframeworks Therapy* (IPCM) (Pinsof, Breunlin, Russell y Lebow, 2011), la naturaleza interpersonal de los recursos y capacidades pueden ser explorados y utilizados desde la plataforma interpersonal en el aquí y el ahora además de como herramienta para ir al allá y el entonces.

De esta manera, el reconocimiento de las potencialidades y fortalezas del individuo y el sistema familiar a pesar de que ya ha sido realizado por marcos como la terapia centrada en soluciones (de Shazer, 1988, 1994; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) y/o modelos humanistas, es con el surgimiento de la Psicología Positiva cuando comienzan a estudiarse de manera pormenorizada los factores que influyen en el bienestar subjetivo y la felicidad, así como en la alegría, la serenidad o estados positivos como la fluidez o la absorción (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Sin embargo, a pesar de lo fructífero respecto a los hallazgos en la materia objeto de estudio, aún no se dispone de un metamarco organizado a través del cual esta serie de hallazgos puedan ser integrados en la práctica clínica. En lugar de ello, un único modelo psicopatológico que describe y explica las dificultades intra e interpersonales es utilizado como tamiz para el tratamiento de los consultantes³. Este hecho parece relacionarse con la ausencia de un modelo de salud mental que sea distinto de la ausencia de psicopatología. En este sentido, la epistemología sistémica promueve la comprensión del individuo, la relación y el ambiente contextual en el que los individuos y las relaciones operan de manera bidireccional (Stanton y Welsh, 2011). A priori, no se fundamenta en un prisma centrado en la patología, hecho que posibilita que las

3. En lugar de utilizar el calificativo de paciente o cliente a lo largo de el presente trabajo, consultante será el adjetivo utilizado para calificar a las personas que demandan o acuden a psicoterapia.

intervenciones sean enfocadas desde un enfoque en el que la evaluación y la utilización de las fortalezas, los recursos, las capacidades, las excepciones, el empoderamiento o el desarrollo de la autoeficacia percibida de los consultantes sea implementadas. Además, en unos tiempos, los que corren, en los que la integración y el descubrimiento de factores comunes en psicoterapia se ha convertido en una realidad más que objetiva la necesidad de un modelo integrativo de fondo sistémico se estima fundamental. El IPCM es quizá el marco idóneo del que partir en la integración del trabajo centrado en fortalezas y/o recursos en la práctica clínica psicoterapéutica. Este hecho se constata en que tal y como afirman sus autores (Breunlin et al., 2011), de entre las bases teóricas en las que se apoya el modelo, como la *teoría de limitaciones* (Breunlin, 1999). Quizá este sea el pilar teórico básico a tener en consideración en el trabajo centrado en los recursos y capacidades de los consultantes, aspecto común a parte del resto de modelos sistémicos y parte imprescindible en la actual metamarco integrativo. Además, de entre el resto de bases teóricas con las que cuenta el IPCM, se encuentran el *pilar epistemológico constructivista* acorde con las perspectivas postmodernas y postestructurales respecto al la construcción del conocimiento humano ((Pinsof y Lebow, 2005), el *pilar ontológico* que toma como referencia la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1968), la *causalidad diferencial* la cual hace referencia a como la interacción entre sistemas en una red de influencia mutua estos pueden contribuir de manera diferencial a la varianza en cualquier proceso o resultado, y como pilar final, Este pilar deriva del concepto de “explicación negativa” de Bateson (1972) que quizá debiéramos de recordar para poder utilizarlo como balsa desde la que mantenerse en el océano de las dificultades y limitaciones de los consultantes. La explicación negativa a diferencia de la positiva, no se sitúa en la relación causa efecto utilizada para dar respuesta a un porque. La explicación negativa en palabra de Bateson es la siguiente:

Uno considera cuáles son las posibles alternativas que podrían haber ocurrido y entonces se pregunta por qué muchas de ellas no ocurrieron, de modo tal que el acontecimiento particular que efectivamente ocurrió, era uno de los pocos que podría haber ocurrido.

Desde este punto de vista, el individuo no es visto como una cebolla a la que hay que ir quitándole capas para acceder al origen de sus dificultades. La selección de conductas, pensamientos y/o sentimientos/emociones no está determinada

positivamente por un conjunto de factores causales determinados, sino negativamente por las reglas que bloquean el resto de alternativas menos una. Así pues, la persona es entendida como un agente capaz de construir un sinnúmero de alternativas, y cuando produce una de entre tantas no es por una causa o concatenación de causas, sino porque el resto de alternativas han sido restringidas por el conjunto de reglas que las bloqueaban menos una. De esta manera, desde esta perspectiva la terapia es vista como un instrumento para identificar y eliminar las limitaciones que evitan la solución de los problemas (Colapinto, 1996, p. 46). En palabras de Breunlin et al. (2011), en lugar de preguntarnos el porque de las limitaciones que nos traen las personas que nos consultan viéndonos en la obligación de tener que tomar el camino de la etiología, nos preguntaremos qué es lo que evita que puedan acceder al cambio y utilizar sus fortalezas. Este es quizá el hecho principal del que tomar en consideración el modelo integrativo IPCM para trabajar con las fortalezas y recursos de las personas.

1.1. Breve descripción del modelo IPCM.

Una descripción exhaustiva del modelo IPCM no tiene cabida en el presente trabajo. Sin embargo, un breve acercamiento a la plataforma teórica desde la que partir es necesario. Precisamente, el equipo del Instituto de la Familia de la Universidad de Northwestern a través de su trabajo (Breunlin et al., 2011; Pinosof et al., 2011) lleva a cabo una integración transteórica tomando como referencia los principios del marco teórico sistémico.

El modelo IPCM representa una amplia integración teórica (Castonguay, Reid, Halperin, y Goldfried, 2003) que contiene elementos del eclecticismo técnico (Lazarus y Beutler, 1993), se fundamenta en la base de los factores comunes (Castonguay, 2000) e integra los datos empíricos en la toma de decisiones clínica (Pinosof & Wynne, 2000). Además, abarca la complejidad de la epistemología sistémica de manera concreta y tangible para conducirnos a través de ella tomando como referencia un modelo transteórico. Este hecho permite que no se pasen por alto importantes factores que podrían pasar desapercibidos mediante la óptica de un único marco de trabajo (Chambers, 2012; Stanton y Welsh, 2011), englobando así un amplio rango de orientaciones sistémicas y psicoterapéuticas. Otra de las características esenciales del modelo IPCM es que parte de un trabajo terapéutico centrado en el cliente. Este aspecto

se corresponde con los hallazgos entorno al establecimiento de una buena alianza, aspecto necesario y factor común en psicoterapia, cuando el consultante es el conductor que nos acerca a lo que él estima que son sus dificultades (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006). Así pues, el IPCM desarrollará un contrato centrado en el problema

Uno de los componentes centrales en IPCM es que busca contextualizar las secuencias del problema. Es decir, se parte de la premisa de que las secuencias proporcionan los aspectos más concretos y accesible al cambio del propio problema. Además, el supuesto que subyace a través del modelo se refiere a que el terapeuta es un recurso de ayuda cuando posibilita que las personas sean capaces de acceder a sus fortalezas y habilidades. Por lo tanto, el modelo IPCM se centra en la modificación de las restricciones que impiden a las personas desplegar las fortalezas necesarias para resolver sus problemas. En este punto, la construcción de hipótesis óptimas para facilitar la modificación de las limitaciones es un factor necesario, aunque no suficiente. En el proceso de modificación de las limitaciones que conducirá a la resolución de las dificultades, el IPCM parte de dos cuestiones fundamentales; ¿Cuáles son las limitaciones?, y ¿dónde están localizadas en el sistema? Respecto a la primera cuestión, se utilizan ocho metamarcos de hipotetización que son formulados en base a los factores comunes en psicoterapia (Sprenkle, Davis, y Lebow, 2009). El “dónde” reconoce que las limitaciones pueden ocurrir en cualquiera de los niveles del sistema psicosocial, incluidos el de la persona, las relaciones (diádicas y/o triádicas), la familia, la comunidad, o el macrosistema (Chambers, 2012). De esta manera, cada metamarco de hipotetización sobre una de las propiedades del funcionamiento humano es aplicado de manera isomorfa a cada nivel sistémico, esto es, los círculos de la Página de Limitaciones (ver Figura 2). Los ocho metamarcos propuestos para la construcción de hipótesis son las secuencias, la organización, el desarrollo, la mente, la cultura, el género, la biología y la espiritualidad. En este sentido, a través del modelo IPCM se hipotetizará sobre las capacidades del consultante para implementar una solución adaptativa como alternativa a las limitaciones que se recogen en la página de limitaciones.

Por otro lado, tal y como ya ha sido apuntado, la intervención psicoterapéutica no puede quedarse postrada en la mera hipotetización. Limitarse o no avanzar en el proceso terapéutico únicamente parece provocar las mejorías propias de una entrevista

de escucha empática única, siempre y cuando en el mejor de los casos, en el proceso de evaluación para la elaboración de las hipótesis se haya desarrollado con empatía y el establecimiento de un óptima alianza. En el peor de los casos, la mera hipotetización alimenta una psiquiatría biologicista encubierta de un psicologismo omnisciente que todo lo explica aportando seguridad al clínico. Sin embargo, dota de pasividad al sistema terapéutico, alimentando a su vez la homeostasia de las dificultades y los beneficios de de las empresas farmacológicas, sin que ello beneficie a la resolución de las dificultades de las personas que acuden a consulta. Esto es, generar sesudas discusiones de equipo, sesiones clínicas o supervisiones con otros profesionales, sobre la mera hipotetización y clasificación diagnóstica de las dificultades de los “pacientes”, y finalmente relegar la intervención a la prescripción de psicofármacos, ya sean, ansiolíticos, antidepresivos y/o incluso antipsicóticos. La discusión teórica y la hipotetización no es intervención psicoterapéutica, sino únicamente el comienzo de la misma.

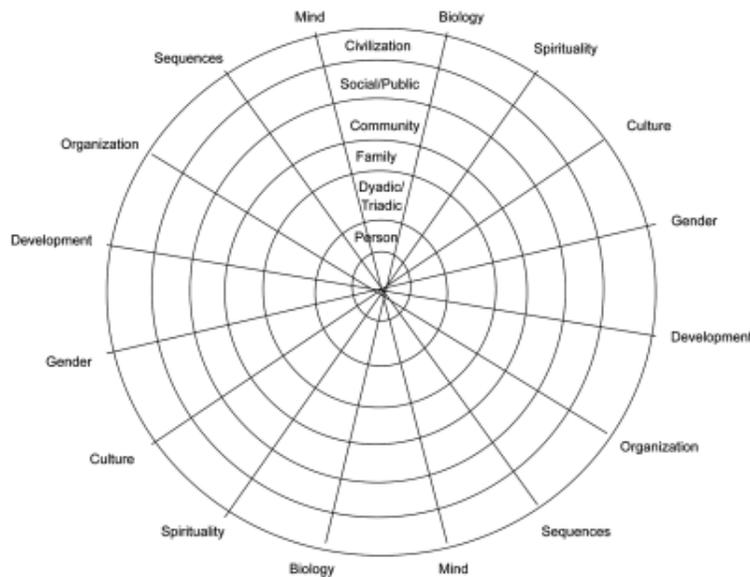


Figura 2. Página o Web de limitaciones.

Por lo tanto, tal y como ya ha sido apuntado a través de la Figura 1, la *planificación* del tratamiento psicoterapéutico genera una hoja de ruta para abordar las limitaciones hipotetizadas a través de la Web o página de limitaciones, basándose en las

fortalezas y recursos de los consultantes. La *conversación* se define como el diálogo co-creado entre terapeuta y consultante a través del cual el plan de tratamiento es implementado. Finalmente, el *feedback* consta de dos tareas. La primera se centra en como el terapeuta percibe las reacciones y el comportamiento del cliente que siguen al plan de intervención. Y la segunda se centra en como el terapeuta integra después este feedback para revisar la Web, la planificación o ambos. De esta forma, Breunlin et al. (2011) y Pinosof et al. (2011) proponen un proyecto de trabajo psicoterapéutico que define la terapia como un proceso clínico experimental reiterativo en el que las hipótesis sobre la Web de limitaciones son generadas, comprobadas y redefinidas de manera recursiva a través de las intervenciones y el feedback, hasta que las limitaciones no obstaculicen que los consultantes resuelvan las dificultades a través de la implementación de sus fortalezas.

En términos de intervención, el IPCM tenderá hacia una psicoterapia menos costosa, más directiva y menos compleja antes que pasar hacia un plano más indirecto, más complejo y por lo tanto más dilatado en el tiempo y costoso. Además en el plan de intervención avocará por una intervención que trabaje directamente con el sistema de relaciones interpersonales para desplazarse posteriormente, si es necesario, hacia un trabajo individual. Por lo tanto, la “la regla de trabajo” será que si es posible y apropiado, siempre será mejor realizar una intervención, a pesar de la naturaleza por ejemplo cognitiva, psicodinámica o centrada en la emoción, dentro de un contexto interpersonal en lugar de individual. Esto facilita observar a los consultante en acción en su contexto interpersonal y no a través de sus autoinformes. Este hecho tiene el aval empírico a través de la demostrada superioridad de los tratamientos multisistémicos centrados en la familia como por ejemplo en los trastornos adictivos, afectivos, de ansiedad o la esquizofrenia (Liddle, Rodriguez, Dakof, Kanzki y Marvel, 2005; Pinosof y Wynne, 1995). Así pues, el plan de intervención se diseñará en base a tres contextos de intervención; el familiar, el diádico y el individual. Estos contextos de trabajo reflejan los sistemas naturales con un pasado, presente y futuro en el ser humano. Sin pasar por alto, que la combinación con un sistema de terapia de grupo, de parejas o multifamiliar puede ser la mejor combinación en contextos específicos ad hoc. Asimismo, estos tres contextos de intervención se convinarán con seis planes de intervención metamarco dando como resultado una Matriz de 3 x 6, la cual se representa en la Figura 3. Cada metamarco de planificación cubre un dominio específico de diferentes modelos

terapéuticos que comparten un enfoque primario común y de cambio. Cada metamarco de planificación hace énfasis en estrategias y técnicas que se han observado como “factor común” y que atraviesan diferentes modelos y que caen dentro de él. Así, mientras que el Metamarco de la Hipotetización organiza y construye teorías sobre el surgimiento y mantenimiento de los problemas, el Metamarco de Planificación organiza las teorías para la resolución de los mismos. Los tres primeros Metamarcos de

Hypothesizing Metaframework	Planning Metaframework	Contexts of Therapy		
		Family- Community	Couple	Individual
Sequences Organization Development	Action e.g., Structural, Behavioral, Functional, Strategic			
Culture Gender Spirituality Sequences of mind (M1)	Emotion/Meaning e.g., Cognitive, Narrative, Experiential, EFT, CBT, DBT, Psychoeducation			
Biology	Biobehavioral e.g., relaxation, mindfulness, CBT, psychopharmacology			
Intergenerational Patterns: Sequences, Organization, Mind	Family of Origin e.g., Structural, Bowenian,			
Organization of Mind (M2)	Internal representation e.g., Object relations, Attachment Theory, Internal Family Systems			
Development of Self (M3)	Self e.g., Self Psychology, existential therapy			

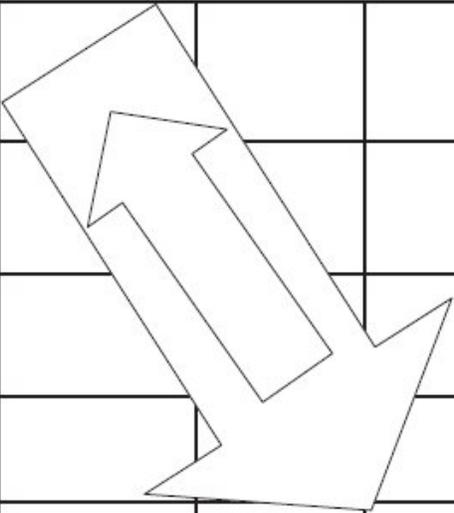


Figura 3. Matriz de plan de intervención.

Planificación, esto es, acción, emoción/significado y metamarco bio-conductual comparten una orientación temporal común, el presente y el pasado más inmediato. Los restantes tres metamarcos; familia de origen, las representaciones internas y el self se centran en el pasado más “remoto” o en las limitaciones intrapsíquicas (Kaplan, 1974). Finalmente, los principios de intervención de manera general hacen hincapié en la constitución de una terapia integrativa centrada en el problema. Para ello se toma como guía la flecha descendente grande que indica la idoneidad de comenzar con intervenciones más breves dentro del contexto interpersonal como la familia o la pareja

centradas en las limitaciones actuales y progresar hacia intervenciones más individuales y/o duraderas centradas en limitaciones más remotas o históricas cuando las primeras no hayan podido ser eficaces o se vean contraindicadas. La flecha pequeña situada en el interior de la grande indica como a medida que la terapia va deslizándose hacia abajo, el terapeuta está en contacto con las limitaciones y problemas actuales. Por lo tanto, la terapia es un proceso de oscilación diagonal que progresivamente irá centrándose en limitaciones más remotas a través de sistemas más pequeños. La progresión a través de la matriz impulsada por la falta de éxito terapéutico continúa hasta que las limitaciones recogidas en la página/web están suficientemente aliviadas como para permitir la solución del problema.

A pesar del especial énfasis que hace el IPCM en modificar las limitaciones que no permiten a la persona acceder a sus fortalezas y recursos, el modelo no operacionaliza la manera concreta en el que realizarlo. Si bien es cierto que cuando uno trata de llevar a cabo un acercamiento más concreto y monitorizado de cómo trabajar ciertos objetivos en el sistema terapéutico, corre el riesgo de caer en la simplificación y eliminación de todo lo profundo, intuitivo, del saber hacer e incluso de riqueza analógica que tanto nos gusta a los terapeutas. Sin embargo, para trascender lo técnico, primero hay que dominarlo tal y como ya afirmó Minuchin (1997, p. 15), para en un segundo momento conseguir olvidarlo y ser un terapeuta competente. Las técnicas por si solas no sirven de nada. Si así fuese, con colocar a las personas delante de un libro de autoayuda o un ordenador ya sería suficiente. Sin embargo, para poder olvidar algo e incorporarlo de manera intuitiva como un aprendizaje procedimental más para que fluya tal y como ocurre cuando tocamos un instrumento, uno debe de aprender a tocar el instrumento, además de conocer que clase de música quiere tocar para improvisar con la banda. Esta analogía respecto al tema que nos concierne, se refiere a que si queremos desbloquear junto a nuestros consultantes aquello que limita el acceso a sus recursos y capacidades, tendremos que saber con que herramientas contamos específicamente para ello y aprender a utilizarlas. Así pues, más allá de las técnicas ya utilizadas por los modelos clásicos, trataremos de acercarnos a las novedades existentes en la actualidad y que el terapeuta podrá incorporar en pro de un trabajo que empodera a los consultantes y les da la posibilidad de acceder a sus recursos.

1.2. ¿Por qué desde un enfoque sistémico?

Quizá porque la comprensión y puesta en marcha de los recursos y fortalezas de las personas es asumido desde la influencia mutua de las personas que conforman un sistema, ya sea la familia u otro sistema al que el terapeuta pueda tener acceso, y sus comportamientos, pensamientos y emociones estarán influidos por la estructura y los patrones de transacción que se den en el sistema. Para ello, estar familiarizado con los conceptos sistémicos clave como la complejidad, reciprocidad, adaptabilidad, auto-organización y construcción social del conocimiento expande la maniobrabilidad en la conceptualización, evaluación e intervención clínica centrada en las fortalezas de manera más amplia (Nutt y Stanton, 2010). Por lo tanto, un individuo, ya sea niño, adolescente o adulto no puede ser comprendido de manera aislada del resto de sistemas de los que participa (Epstein et al., 1978), siendo el microsistema más cercano y fuente primaria de apoyo y desarrollo el familiar. Esta asunción provoca que se expandan los recursos del consultante en la mente del terapeuta al tomar en consideración las fortalezas de los sistemas de los que participan los individuos que acuden a consulta. Sin embargo, no hay que perder de vista que un punto de vista centrado en la patología y en la carencia puede provocar una indefensión en el terapeuta a la hora de trabajar, ya que la expansión de donde recoger fortalezas también lo será para coger debilidades. En este sentido, una actitud optimista y una orientación basada en las excepciones, aspecto ya aportado desde la Terapia Centrada en Soluciones (de Shazer, 1994) abre una puerta desde la que acercarse a las dificultades asumiendo las bases de la teoría sistémica y no morir en el intento.

Por otro lado, los clínicos orientados a la comprensión antes que a la explicación, parecen sintonizar con modelos como el humanista, el narrativo o las terapias sistémicas (Sandage, Cook, Hill, Strawn, y Reimer, 2008). La teoría sistémica sugiere que el comportamiento se comprende, se evalúa y se trata mejor tomando en consideración el contexto (Bronfenbrenner, 1979) y choca frontalmente con el pensamiento cartesiano que se asume de manera implícita en la psicología occidental a través de una única forma de concebir las dificultades, los problemas y los recursos. La epistemología sistémica toma una posición alternativa adoptada por la psicología de la familia integrando los factores individuales, interpersonales y contextuales (Nutt y Stanton, 2011). En palabras de Stanton (2005) “los métodos cartesianos promueven el individualismo, una fragmentación anti-ecológica y un pensamiento lineal”. Por el

contrario, el marco sistémico proporciona la suficiente maniobrabilidad como para abrir las puertas a la etnicidad, la cultura, el estatus socioeconómico, la religión y otra serie de factores que interactúan con factores intrapsíquicos e interpersonales. De esta manera, poniendo el acento en la comprensión, no en la explicación, y en la plataforma relacional que puede darse en diferentes contextos, la formulación sistémica abre espacios en los que “buscar pepitas de oro” (Rodríguez y Beyebach, 1997) en los patrones relacionales, en el desarrollo familiar y personal, en las dinámicas de empoderamiento, de pertenencia e intimidad, de significación de síntomas y recursos en el contexto sociocultural e histórico o en las rutinas y rituales (Celano, Smith y Kaslow, 2010). Así pues, la idea de que los aspectos psicológicos de las personas sean comprendidos al margen del contexto social, ambiental y/o macrosistémico es rechazado. Tal como ya ha sido apuntado, la explicación al margen de estos factores cierra las fronteras a un trabajo que pueda centrarse en las capacidades y recursos que puedan ser hallados en estos contextos.

Tal y como Nutt y Stanton (2011) ilustran, las teorías psicológicas que históricamente han estado orientadas hacia la individualidad surgieron del modelo médico que centra su atención en los déficit y la enfermedad. La psicología de familia a través del marco sistémico considera los sistemas sociales como organizaciones que se conforman de manera genuina en la propia naturaleza, como por ejemplo un hormiguero, el sistema solar, o las células en un órgano del cuerpo humano. Así, un sistema social es visto como un todo, compuesto por una serie de partes interrelacionadas con procesos que regulan su funcionamiento. Los mismos procesos relacionales organizan los sistemas familiares de la misma forma a pesar de las diferencias existente en valores y/o tipologías. Por lo tanto, los patrones relacionales que emergen en familias gravemente disfuncionales son conceptualizados como versiones exageradas de los mismos procesos que presentan todas las familias. Quizá este criterio dimensional, en lugar de categorial, menos utilizado por las teorías centradas en la individualidad asentadas en el modelo médico que diferencia la patología de la salud de forma cualitativa, provoca un marco teórico menos patologizador. Este hecho permite a la psicología de la familia acercarse al funcionamiento humano desde una perspectiva centrada en las fortalezas, recursos y excepciones al funcionamiento disfuncional. Además, la no asunción del role de “experto” tan promulgado por el marco sistémico, genera un mayor acercamiento entre

el consultante y/o miembros del sistema que ayuda a generar una alianza más firme para un trabajo conjunto en la búsqueda de soluciones que se observa como más eficaz en la obtención de resultados más positivos (Asay y Lambert, 1999).

Por otro lado, la capacidad de movimiento de la orientación sistémica a la hora de tomar en consideración los diferentes espacios temporales, el “aquí y ahora” así como el “allá y entonces”, nutre de mayor maniobrabilidad a la hora de comprender e intervenir en las dificultades y fortalezas de las personas. Las dificultades pueden ser entendidas en relación a los patrones interaccionales dentro del actual contexto relacional, como por ejemplo de pareja, familiar, social, y en relación a los patrones relacionales que han sido transmitidos históricamente a través de generaciones (Bowen, 1990). Así, el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas que son cocreadas como alternativa a patrones internalizados en el funcionamiento intrapsíquico para manejar la ansiedad, los miedos o las emociones que las personas desarrollan como pautas rígidas, en la gran mayoría de las ocasiones en referencia a sus relaciones interpersonales, ya sean reales o simbólicas, es también parte fundamental del marco sistémico que la psicología de familia considera. Además, se desarrolla suficiente tolerancia como para albergar el axioma de que quizá no de manera omnipresente la sintomatología de un individuo cumple un propósito en concreto (O’Hanlon, 1995). De esta forma, Haley (1985, p. 15) subraya la siguiente cita perteneciente a Milton Erickson; “la sintomatología puede desgastarse como servidora de propósitos, y convertirse en una pauta habitual”. Justamente, los problemas pueden surgir por razones funcionales, pero tras dejar de cumplir una funcionalidad, pueden persistir por la rutina o porque las personas quedan pautadas. Este hecho puede ser entendido mediante el fenómeno de retroalimentación como proceso de causación y/o reacción mutua con un correlato neurobiológico a través del Teorema de Hebb: “Las neuronas que disparan juntas se mantienen juntas” (Siegel, 1999). Por lo tanto, los comportamientos repetitivos y que pueden ser eficaces en un momento dado pueden quedar pautados, reflejándose así en redes neuronales que se disparan de forma rápida y automática. A su vez, estos hábitos pautados refuerzan estas redes neuronales, y las redes neuronales refuerzan los hábitos.

Finalmente, quizá es importante hacer referencia como es la etiqueta de “familia” uno de principales handicaps a la hora de conceptualizar la psicología y psicoterapia de familia y el marco de trabajo de orientación sistémica que asume. En

este sentido, a de aclararse que el siglo XXI la psicología de la familia no se define por el número de personas que acuden a la consulta. Esto es, el trabajo única y exclusivamente centrado con la familia y la convocatoria de la familia y/o la pareja o el subsistema marital, es un prisma reduccionista de lo que es el trabajo del psicoterapeuta y psicólogo de familia. El trabajo con personas en el contexto individual, de pareja o de familia no es más que un contexto para poner en marcha un plan de trabajo sustentado en un marco teórico ya presentado que no se reduce al trabajo con el sistema familiar. Anderson y Goolishian (1988) enriquecieron en este sentido la perspectiva sistémica, al proponer los sistemas humanos como sistemas de lenguaje generadores de significados. Los sistemas de lenguaje estarían integrados por las personas que participan de un objetivo, preocupación o significado, abriendo los límites de trabajo más allá de los vínculos familiares. Así, la distinción entre terapia individual, de pareja y familiar no se estima tan relevante. En lugar de ello, lo relevante se centra en “¿Quién debe estar hablando con quién, cuándo, dónde y sobre qué?” (Andersen, 1990, en Tarragona, 2006). Sin embargo, el etiquetaje de “familia” parece relacionarse con la construcción de un significado limitante para aquellos que no están familiarizados con la psicología y la psicoterapia familiar. De esta manera, un médico de atención primaria puede observar la necesidad de un abordaje psicoterapéutico en el abordaje de las dificultades que muestra una persona adulta que ha acudido a su consulta por un cuadro depresivo y de manera automática excluir el abordaje sistémico por estar etiquetado de familiar y estimar la no existencia de problemática familiar derivar el “paciente” a un especialista con otro tipo de orientación centrada única y exclusivamente en el contexto de la individualidad. Verdaderamente, esto me ocurrió personalmente cuando derivé a un amigo que se encontraba gravemente deprimido a una compañera psicoterapeuta de familia y pareja. Mi amigo Mikel, el día después de haber acudido a su primera sesión, me llamó por teléfono tomar algo y darme las gracias por haberle recomendado la consulta a la que había acudido. Sin embargo, me comentó que antes de entrar se sorprendió al ver una placa en la entrada del edificio en la que indicaba: “psicoterapeuta de familia y pareja”. Mikel dudó sobre la recomendación que le había dado, al fin y al cabo no él no tenía pareja y tampoco es que tuviese ningún problema familiar que a él le preocupase. A pesar de ello, entro a su primera consulta. A día de hoy, Mikel ha superado la depresión que le había llevado a consulta, cambió de trabajo y comenzó a salir con una chica con la parece que está muy satisfecho y enamorado. Mediante esta anécdota me gustaría resaltar como quizá mi amigo Mikel no hubiese nunca solicitado

una consulta con un profesional especializado en terapia de familia y pareja, ya que el pensamiento lógico tiende hacia el planteamiento de que si se estima que no hay ninguna dificultad de pareja o familia quizá sea más óptimo acudir donde otro profesional. En el mismo sentido, ante dificultades que pueden mostrar los niños a lo largo de su desarrollo, si el profesional derivante, como puede ser un educador o un pediatra, estima que las dificultades se centran en el niño o adolescente, el psicólogo o psiquiatra infantil suele ser el profesional que recibirá al niño o adolescente, ya que el etiquetaje de “infantil” primará sobre el “familiar”. Quizá aún no ha sido comunicada de manera efectiva que el psicólogo y/o psicoterapeuta de familia y pareja alberga que albergar en el seno de su formación, conocimiento y actuación también sobre la infancia, hecho que con la adolescencia quizá no halla tanta confusión. En este sentido, el tratamiento sistémico ya ha sido bien establecido en numerosas áreas donde el tratamiento individual es el que tradicionalmente se ha determinado como el óptimo (Carr, 2000; McDaniel, Lusterman y Philpot, 2001; Sexton, Weeks y Robbins, 2002). Por lo tanto, quizá el cambio de etiqueta de “familia y pareja”, podría ser sustituida de manera más efectiva por el de psicólogo y/o psicoterapeuta sistémico como forma que englobadora de la capacidad del profesional de actuar de manera competente en los diferentes contextos, individual, pareja y/o familia a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo o ciclo vital. Posiblemente este sea el momento actual en el que dar a conocer la complementación en la intervención y conocimiento que supone la psicología y terapia de familia a través de la asunción del modelo sistémico, con la nueva ola surgida a través de la Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), la cual toma como referencia la individualidad como único contexto de trabajo. Tal y como Sexton y Schuster (2008) estiman, la psicología positiva enmarca el optimismo, la esperanza o el bienestar y la satisfacción dentro de la ruta del buen funcionamiento humano aunque desde el prisma de estados individuales y estáticos, no abordados en términos de complejidad relacional sistémica. Consecuentemente, las virtudes, las capacidades y las emociones positivas que son críticas para un funcionamiento adaptativo son desgajadas del contexto relacional. ¿Qué ocurriría si éstas son introducidas de manera específica en contextos sistémicos reales o simbólicos más allá de la individualidad? En este sentido, el considerar las fortalezas de sistemas más amplios más allá del contexto individual, como por ejemplo identificar fortalezas en la pareja o en la familia de nuestros consultantes amplía el espacio desde el que enriquecer a los consultantes. Por ejemplo, Begoña que acudía a consulta por un cuadro depresivo relacionado con el acoso laboral

que estaba sufriendo por algunas de sus compañeras de trabajo, pudo actualizar la valentía, laboriosidad e integridad mostrada a lo largo de la infancia de su hija Ane como madre soltera y mujer trabajadora. Además, la expresión de apreciación mutua permitió dotar de la seguridad necesaria para que Ane pudiese llevar a cabo una vida más independiente junto a su pareja sin tener que estar constantemente comprobando cuando su madre podría sentirse sola. O por otro lado, tal y como les ocurrió a Miren y Jesús, que la posibilidad de pensar en equipo ante las dificultades de ansiedad de Jesús, permitió que Jesús comenzase a identificar a Miren como una enfermera que retroalimentaba una identidad de enfermo en sí mismo y que a su vez construía una enfermera en Miren. Así, tal y como aportan Greenberg y Goldman, (2008) y Seider, Hirschberger, Nelson y Levenson (2009) ante las dificultades de pareja, el reconocer la capacidad de ambos para pensar en el “nosotros” manteniendo al mismo tiempo la integridad y seguridad del “yo” de cada uno, se relacionó con una mayor satisfacción y aumento del sentido de responsabilidad compartida por la relación.

2. El trabajo psicoterapéutico con las fortalezas y centrado en las fortalezas.

El término fortaleza fue propuesto por Kobasa (1979) para designar las creencias de la persona que en su situación vital hay aspectos significativos que se pueden controlar, la expectativa de que la vida supondrá desafíos y el compromiso de encontrar significado en la vida. Las investigaciones realizadas por Peterson y Seligman (2004) entorno a las fortalezas y virtudes del ser humano ha generado el caldo de cultivo para la configuración de lo que hoy es conocido como Psicología Positiva. Esta corriente tiene como cuerpo de estudio tres campos: las experiencias subjetivas positivas como las emociones positivas o las experiencias de fluidez, los rasgos positivos como las fortalezas de carácter y las virtudes y las instituciones y comunidades que permiten los dos campos anteriores (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Este movimiento de carácter academicista ha ayudado a generar un excelente cuerpo de hallazgos entorno a las virtudes y fortalezas mediante la utilización de paradigmas positivistas. Peterson y Seligman (2004) afirma que una fortaleza es un rasgo, una característica psicológica que se presenta en situaciones distintas y a lo largo del tiempo. Para ser considerada fortaleza debe de cumplir una serie de requisitos, entre los cuales se encuentran: ser tratadas como rasgo, ser valoradas en culturas diferentes, que se valoren por derecho

propio, no como medio para alcanzar otros fines, comúnmente deseadas por los padres para su hijos, cultivadas y ritualizadas por instituciones sociales de referencia, ejemplificadas en los modelos culturales reales o mitificados, maleables, ejemplificadas en prodigios que demuestran niveles significativos de virtud y valoradas universalmente. Las virtudes son vistas como cualidades o fortalezas del desarrollo humano que mejoran la posibilidad de florecer y vivir de manera óptima (Meara, Schmidt y Day, 1996). La diferenciación entre las virtudes y las fortalezas no parece ser muy clara en la literatura de la Psicología Positiva y son utilizados como términos más o menos sinónimos a través de los cuales 24 fortalezas de carácter agrupadas en seis virtudes. No es el cometido del presente trabajo extendernos en el trabajo articulado por Peterson y Seligman (2004). Sin embargo, sí es reseñable la motivación expresada por los propios autores de construir un sistema clasificatorio basado en la investigación rigurosa y empírica de factores “saludables” del ser humano como alternativa al DSM, según los propios autores modelo de enfermedad utilizado como explicación del carácter, relegando las fortalezas humanas al segundo plano o parásitas de lo negativo. Además, proponen que las actividades congruentes con las fortalezas humanas son la vía para el acceso a una vida satisfactoria. De esta forma, se actualiza lo que ya Otto (1962) había propuesto en el trabajo con familias, esto es, la ampliación de nuestra comprensión y conocimiento sobre los recursos y fortalezas de la familia para estar en una mejor posición para ayudar a las familias en el desarrollo de sus fortalezas, recursos y potencialidades. Sin embargo, es la psicología humanista, como ya ha sido apuntado anteriormente, el antecedente directo de la Psicología Positiva y no el movimiento de orientación sistémico el cual comienza a ser construido y/o asumido allá por los años cincuenta por terapeutas de orientación psicoanalítica (Ackerman, 1971; Bowen, 1960; Lidz, Cornelison, Fleck y Carlson, 1957; Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch, 1958) e investigadores y clínicos de orientación pragmático-conductual que se apoyaban en las investigaciones llevadas a cabo entorno a los trastornos comunicaciones que operaban en entre los individuos (Bateson y Ruesch, 1951; Haley, 1963; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Ambas corrientes se desarrollaron al margen de autores como Maslow que (1954) comenzaba a difundir a través de su teoría sobre la motivación humana, la existencia de necesidades de desarrollo y de autoactualización en el ser humano. En la misma orientación, el psicólogo Rogers (1972) que mediante la operativización de su psicoterapia centrada en el cliente, abogaba por una tendencia innata en el ser humano al desarrollo progresivo y a la superación constante si se daban las condiciones óptimas

para ello (Rogers, y Kinget, 1971) o el trabajo de Frank (1979) que situaba la fuerza motivadora de las personas en la lucha por encontrar un significado a su propia existencia. Quizá a partir de la difusión del trabajo de Satir (1964) cuando la psicoterapia de orientación sistémica toma en consideración el potencial humano, el amor y la alegría en el marco de las relaciones interpersonales intrafamiliares.

Si bien hay que reconocer a la Psicología Positiva su gran aportación empírica, como ya ha sido apuntado anteriormente, también ha sido criticada por centrarse en la individualidad de las fortalezas e expensas de las fortalezas centradas en la comunidad, como la familia o las instituciones (Wong, 2006). En el mismo sentido, también ha sido criticada por centrarse predominantemente en población blanca y no considerar de manera adecuada la intersección entre las fortalezas del ser humano y la cultura (Constantine y Sue, 2006). Lo que en una cultura puede ser considerado un déficit, en otra puede ser una fortaleza. Estos son aspectos que en la psicología de la familia y la psicoterapia sistémica pueden llegar a ser fundamental su operativización y óptimo manejo. Así pues, lo que en un contexto donde la parentalidad es un apoyo para la construcción de la autonomía de los hijos, y esto es visto como una fortaleza, en culturas asiáticas el control de los hijos y la sumisión de estos es observada como una virtud (Cheah y Rubin, 2003). Este hecho puede relacionarse con los hallazgos de Snarey (1985) sobre la universalidad del razonamiento moral, y es que son algo menos universales de lo que Kohlberg (1976) concluyó a partir de sus estudios. En este sentido, parece razonable que los valores así como las virtudes puedan ser universalmente compartidas aunque interpretadas de manera diferente localmente (Sandage et al., 2008). Sin embargo, a día de hoy la Psicología Positiva y la terapia de orientación sistémica comparten objetivos similares en relación a búsqueda de los aspectos saludables, óptimos y/o positivos de la existencia del ser humano. Estos pueden verse en la Terapia Centrada en Soluciones enfocada hacia la búsqueda de excepciones (de Shazer, 1988), en la Terapia Estratégica mediante la técnica de reencuadre (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974), en la Terapia Familiar Estructural a través del afianzamiento de los puntos fuertes de la familia mediante la identificación de sus recursos ocultos y la promoción de su uso (Minuchin y Fishman 1981), en el enfoque centrado en los resultados únicos y la creación de historias alternativas de la Terapia Narrativa (White y Epston, 1990), o en la investigación de la resiliencia familiar (Walsh 2006). Sin embargo, es a través de las corrientes posmodernas y

postestructuralistas en psicología, como la Terapia Colaborativa (Anderson, 1997, 2003), la Terapia Narrativa (White, 2006, White y Epston, 1989) y la Terapia Centrada en Soluciones (de Shazer, 1994; De Jong y Kim Berg, 2002) que asumen un sentido más amplio del término sistémico, con las que la convergencia existente con la Psicología Positiva en la necesidad de derrotar la hegemonía de la psicopatología como base para la reparación de las personas es mayor. En la actualidad, ya existen modelos específicos que abogan por la integración de ambas perspectivas, como la Terapia Centrada en Fortalezas (*Strength-Centered Therapy*) que incorpora el conocimiento aportado sobre las fortalezas y virtudes de la Psicología Positiva y la perspectiva socio-construccionista en psicoterapia (Wong, 2006).

Por lo tanto, la Psicología Positiva puede aportar conocimiento a través de investigación empírica de amplio espectro para la práctica clínica de marcos sistémicos postmodernos y postestructuralistas (Tarragona, 2006). Por ejemplo, a pesar de centrarse en el estudio de los individuos en el contexto de la vida personal, es fácilmente comprensible que en el trabajo con niños y adolescentes los adultos que controlan y toman parte en la construcción de un contexto compartido con el subsistema filial, son parte fundamental en la cimentación de las fortalezas, recursos y/o capacidades. De esta manera, es necesario aunque no suficiente resolver las dificultades identificadas como problemas, además de proporcionar la asistencia necesaria para que los miembros de la familia desarrollen sus propios recursos y fortalezas. Así, de la misma manera que en Logoterapia (Schulenberg, Hutzell, Nassif y Rogina, 2007) se considera que cada persona tiene ciertos recursos internos personales que podrán ser implementados en ciertas situaciones, la familia, o la pareja como sistemas también contarán con recursos pero más allá que la suma de los que cada uno de sus miembros posean. Además, la adición de la perspectiva contextual pone el acento en la importancia de la flexibilidad en la puesta en marcha de tales fortalezas en relación a las demandas contextuales (Aspinwall y Staudinger, 2003). Así, la generosidad de Jon, un padre de familia que nunca estaba lo suficientemente ocupado para ayudar a un amigo o familiar en alguna chapuza, quedarse hasta tarde en el trabajo por no delegar ciertas tareas ante las dificultades de la empresa y ayudar en una organización no gubernamental, no parecía permitir que su hijo Oier y su mujer Itziar pudiesen disfrutar de su compañía en el hogar.

2.1. Las fortalezas, virtudes, capacidades y recursos en psicoterapia.

Hay numerosas ventajas en la introducción de las fortalezas en el sistema psicoterapéutico de manera explícita. En primer lugar, aporta un conocimiento holístico sobre el funcionamiento y la salud mental de las personas, más allá de la ausencia de patología (Zinder y Lopez, 2004). De esta manera, los psicoterapeutas tenderán a poner el foco de atención en los recursos y capacidades de los consultantes, además de en las dificultades y limitaciones (Gelso, y Woodhouse, 2003). Conjuntamente, una perspectiva centrada en las fortalezas puede ser vista como una forma de promoción y prevención en la amortiguación de los estresores cotidianos tras la finalización de la psicoterapia (Sandage y Hill, 2001). Asimismo, se sintoniza con el deseo de las personas al entender la solución de los desafíos vitales como una forma para mejorar. Las personas de manera genérica buscan ser y sentirse mejor, no librarse únicamente de los trastornos mentales (McCullough y Snyder, 2000). Marisa, una madre que acudió por primera vez a mi consulta derivada por su médico de familia y su psiquiatra, buscaba desesperadamente salir del cuadro ansioso-depresivo que la había recluido en casa durante casi dos años. Tras casi un año de tratamiento y haberse librado de la depresión y la ansiedad, Marisa trabaja por ser una mejor madre y lograr una mayor satisfacción en su relación de pareja.

Desde un prisma orientado a las fortalezas y virtudes, aunque estas no se relacionen directamente con la intervención terapéutica en un momento del proceso terapéutico que así lo requiera, estas pueden crear el caldo de cultivo óptimo en el que orientar a los consultantes hacia el cambio. Por ejemplo, la creación de un campo de curiosidad, esperanza y flexibilidad mental en el contexto terapéutico puede abrir la puerta hacia otras formas de cambio conductual, cognitivo y/o emocional. El perdón puede suponer la reducción de la negatividad intrafamiliar dando paso al “espacio” necesario para la negociación y la colaboración. Esta serie de virtudes son potencialmente eficaces en el proceso de cambio en la terapia de familia (Sexton y Schuster, 2008).

La primera preocupación del clínico es el diagnóstico del trastorno mental para elaborar un plan de tratamiento acorde al mismo. Mediante las clasificaciones actuales como la CIE-10, el DSM-IV-TR o la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente no se reconocen las potencialidades ni fortalezas de los

individuos que acuden a consulta. No parecen ayudarnos a ser conscientes de las capacidades de los niños, adolescentes, adultos, padres o parejas. El tener en consideración las fortalezas y capacidades no significa ignorar los problemas (Cook y Tedeschi, 2007).

De la misma forma en que un escalador para ascender a una cumbre conoce y sabe identificar que es un cañón, un glaciar o un collado al leer el mapa, que es el espacio representado a través del cual debe de moverse para alcanzar la cumbre, tomando en consideración los puntos cardinales para orientarse, y conocer las técnicas de progresión hacia la cima, el terapeuta también se moverá en referencia a un mapa y unos puntos cardinales. Así, el mapa recogerá los diferentes espacios y agentes geográficos, esto es, el cañón, el río, la cornisa... etc, al fin y al cabo las fortalezas y limitaciones. Los puntos cardinales a través de los que tomar perspectiva los aportará la epistemología postmoderna/postestructuralista y sistémica. Finalmente, las técnicas de progresión que la cordada usará, serán las técnicas psicoterapéuticas que permitirán avanzar hacia la cima. Luego, considerar de manera explícita las 24 fortalezas agrupadas en 6 virtudes propuestas por la Psicología Positiva (Seligman, 2002), así como el conjunto de fortalezas aportadas desde la Psicología de la Familia y de Pareja supondrá adquirir de manera explícita una serie de conocimientos geográficos a la hora de moverse por el mapa de las dificultades, en las que también se encontrarán caudalosos manantiales en donde coger agua, vellos collados desde los que contemplar el paisaje o vertiginosas cornisas en las que sentir la brisa fresca en el rostro.

Como ya se ha apuntado anteriormente las 24 fortalezas se agrupan de acuerdo a seis virtudes presentes en la mayoría de las tradiciones filosóficas y religiosas de Oriente y Occidente (Peterson y Seligman, 2004); sabiduría y conocimiento, valor, amor y humanidad, justicia, templanza y finalmente, espiritualidad y trascendencia. Las 24 fuerzas de carácter propuestas por Peterson y Seligman (2004) tras los estudios realizados, son las vías para alcanzar las virtudes. Las fuerzas de cada grupo de virtudes son similares ya que suponen la virtud en su esencia que las engloba, sin embargo se diferencian a su vez de ella (ver Tabla 1). Según Seligman (2002) los principales ámbitos de la vida donde es crucial el uso de las fortalezas de carácter son en las relaciones de pareja, las relaciones con los hijos, el centro de trabajo y las actividades de ocio. En este sentido, la psicología de familia y pareja tiene mucho que aportar tanto al

estudio como a la práctica de las fortalezas al ámbito de la psicología positiva. Igualmente, en sentido inverso el conocimiento y uso de una psicoterapia que sea eficaz

Tabla 1. Virtudes y fortalezas de carácter.

<i>Virtud</i>	<i>Características definitorias</i>	<i>Fortalezas o fuerzas de carácter</i>
1. Sabiduría	Adquisición y uso de conocimientos	1. Curiosidad e interés por el mundo 2. Pasión por aprender 3. Creatividad, originalidad e ingenio 4. Juicio, pensamiento crítico y mentalidad abierta 5. Inteligencia personal, social y emocional 6. Amplitud de miras, visión de conjunto y sabiduría
2. Valor	Voluntad de lograr objetivos ante una oposición interna o externa	7. Valor, valentía y coraje 8. Perseverancia, laboriosidad y diligencia 9. Integridad, honradez y autenticidad
3. Humanidad	Fuerza interpersonal	10. Amabilidad y generosidad 11. Capacidad de amar y ser amado
4. Justicia	Fuerzas cívicas	12. Ciudadanía, deber, trabajo en equipo y lealtad 13. Imparcialidad, equidad y justicia 14. Liderazgo
5. Templanza	Fuerzas que nos protegen de los excesos	15. Autocontrol y autorregulación 16. Prudencia, cautela, cuidado y discreción 17. Modestia y humildad
6. Trascendencia	Fuerzas que nos conectan con el universo	18. Respeto y apreciación de la belleza y la excelencia 19. Gratitud 20. Esperanza, optimismo y visión de futuro 21. Espiritualidad, sensación de propósito, religiosidad y fe 22. Perdón y clemencia 23. Alegría y buen humor 24. Brío, pasión, energía y entusiasmo

Peterson y Seligman (2004).

en el manejo no únicamente de las limitaciones, dificultades y déficits en el contexto de las relaciones de pareja, familiares, así como laborales y de ocio es fundamental.

Otro marco de trabajo que ha atendido de manera central las capacidades de las personas ha sido la Psicoterapia Positiva, la cual no debe de ser confundida con la Psicología Positiva (Peterson y Seligman, 2004). La Psicoterapia Positiva es un acercamiento metateórico desarrollado por Peseschkian (2000) desde la década de los 70. A pesar de ser un modelo integrativo que hace hincapié en los factores comunes, toma relevancia en el seno de su teoría el poder de la narrativa promulgada desde instancias postmodernas para reescribir las experiencias personales (Cope, 2010). Peseschkian identificó dos *capacidades básicas*, la *capacidad de amar y de saber/conocer*, que son el sostén del resto de capacidades, las cuales son clasificadas en *primarias* y *secundarias*. Éstas son concebidas como contenidos concretos de las interacciones psicosociales, como esquemas cognitivo-comportamentales que activan pensamientos automáticos, reacciones fisiológicas y comportamientos vinculados entre sí. Las capacidades primarias y secundarias son capacidades reales que se actualizan en el día a día de los individuos. No son meras abstracciones, sino que son realidades interaccionales dinámicas con un sostén neurológico, psicológico y social. La *capacidad básica de amar* se manifiesta a través de las capacidades primarias, en referencia al hecho de que estas son emocionales y constituyen la base para las capacidades secundarias. La *capacidad básica de saber/conocer* se manifiesta en las capacidades secundarias. Las capacidades básicas se basan en el hecho de que el desarrollo infantil inicial experimenta la realidad emocional (capacidad de amar) y que las funciones cognitivas superiores (capacidad de conocer/saber) del cerebro se desarrollan más tarde. Además, la metateoría apoya la idea de que el desarrollo emocional ocurre dentro de un contexto, por lo general el familiar. El contexto de desarrollo puede proporcionar la oportunidad o no de implementar una capacidad. Este será la función dada al inconsciente desde la Psicoterapia Positiva, esto es, el potencialidad latente que no ha podido expresarse en un ambiente determinado, a diferencia de las capacidades reales manifestadas. Las capacidades reales, esto es, las *primarias* y *secundarias* son recogidas en la Tabla 2.

Tabla 2. Capacidades Reales de la Psicoterapia Positiva

<i>Capacidades Primarias</i>	<i>Capacidades Secundarias</i>
Amor (emocionalidad)	Puntualidad
Modelado	Limpieza
Paciencia	Disciplina
Tiempo	Obediencia
Contacto	Cortesía
Sexualidad	Honestidad
Confianza	Fidelidad
Confidencia	Justicia
Esperanza	Diligencia/Logro
Fe	Ahorro
Duda	Seguridad
Certidumbre	Precisión
Unidad	Consciente

Fuente: Cope (2010)

Las capacidades reales del marco de Peseschkian (2000) no se corresponde con la propuesta de la Psicología Positiva (Peterson y Seligman, 2004). Las capacidades reales se manifiestan a través de normas sociales y familiares, patrones conductuales, sistema de valores, fuentes de conflicto...etc. Son entendidas como esquemas cognitivo-comportamentales con dimensiones emocionales y preceptuales analizadas a lo largo de un continuo dimensional de flexibilidad-fijación y activo-pasivo. Dentro del contexto individual pueden ser fuentes de conflicto a través de lo que Festinger llamó disonancia cognitiva, en el contexto interpersonal pueden ser fuente de conflicto entre individuos, padres e hijos, miembros de la pareja...etc, o en espacios multiculturales. De esta forma, desde un marco que también pone el acento en las capacidades de manera implícita también habla de la necesidad de tener la especificidad del contexto y las relaciones familiares en consideración.

Respecto a las fortalezas y capacidades del sistema familiar estas pueden definirse como el “conjunto de relaciones y procesos que apoyan y protegen a la familia y a sus miembros, especialmente durante momentos de crisis y cambio” (Moore, Chalk, Vandivere y Scarpa, 2003, p. 1). De entre el conjunto de componentes que fortalece una familia, la literatura de la Psicología de la Familia entre la década de los 60 y comienzos del siglo XXI ha llegado a los siguientes componentes recogidos en la Tabla 3.

Tabla 3. Sumario de teorías sobre las fortalezas de las familias

Teorías sobre las fortalezas de la familia	Componentes de la fortaleza familiar
Otto (1962)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de proporcionar apoyo físico, emocional y espiritual a las necesidades de la familia 2. Capacidad de ser sensible a las necesidades de los miembros de la familia 3. Capacidad de comunicarse 4. Capacidad de proporcionar apoyo, seguridad y estímulo 5. Capacidad para establecer y mantener el crecimiento de las relaciones tanto dentro como fuera de la familia 6. Capacidad para mantener y crear una comunidad de relaciones constructiva y responsable. 7. Capacidad de crecer con y a través de los niños 8. Capacidad de auto-ayuda y la capacidad de aceptar ayuda cuando sea apropiado 9. Capacidad de realizar las funciones familiares con flexibilidad 10. Respeto mutuo por la individualidad de los miembros de la familia 11. Preocupación por la unidad de la familia, la lealtad y la cooperación interfamiliar
Stinnett (1979) Stinnett, Sanders, Defrain y Parkhurst (1982)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demostrar aprecio por los demás 2. Pasar tiempo y participar en actividades juntos 3. Comunicarse bien 4. Compromiso con los otros 5. Mantener una base religiosa fuerte 6. Capacidad para hacer frente a la crisis de una manera positiva
Olson, Sprenkle y Russell (1979)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cohesión 2. Adaptabilidad
Orthner, Jones-Sanpei y Williamson (2003)	<ol style="list-style-type: none"> 1. La fortaleza económica 2. La fortaleza comunicativa 3. La fortaleza en la resolución de problemas 4. La fortaleza en el apoyo social 5. La fortaleza en la cohesión familiar 6. La fortaleza del apoyo religioso
Walsh (2006)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir un sistema de creencias 2. Flexibilidad 3. Espiritualidad 4. Recursos sociales y económicos 5. Claridad en la comunicación

Fuente: Wong, Wong y Obeng (2011)

Igualmente, entre los modelos de sistemas familiares propuestos que más hincapié hacen en un sistema dimensional de las dinámicas familiares destacando las capacidades y las fortalezas de las familias y no en sus déficits y trastornos están el

Modelo de Sistemas de Beavers (Bearvers y Hampson, 2000), el Modelo Procesual de Funcionamiento Familiar de Skinner, Steinhauer y Sitarenios (2000), el Modelo de Funcionamiento Familiar de McMaster (Miller, Ryan, Keitner, Bishop y Epstein, 2000) y el Modelo Marital y Familiar de Sistemas Circumplejo (Olson, 2000). Estos modelos ponen el acento en que los estilos extremos en las diferentes dimensiones propuestas que describen el funcionamiento familiar se dan en las familias más disfuncionales. En la familias con un óptimo y más sano funcionamiento se dan estilos mixtos, equilibrados y más flexibles. Por ejemplo desde el Modelo de Sistemas de Beavers no se aboga por un estilo centrípeto preferible al centrífugo. En lugar de ello, a lo largo de un continuo se observa como un estilo centrífugo extremo escupe al subsistema filial de forma prematura fuera de los límites de seguridad que supone la familia. A su vez, un estilo excesivamente centrípeto reduce las oportunidades que tienen los niños para desarrollar su autonomía en la relación con la familia nuclear (Carr, 2007, p. 359). Igualmente, Olson (2000) haya que la óptima dinámica familiar se caracteriza por unos niveles moderados de cohesión y de adaptabilidad. Como complemento a estos modelos, el Modelo de Funcionamiento Familiar de McMaster sustenta la hipótesis de que las familias funcionales manifiestan unos niveles adaptativos durante las épocas de transición del ciclo vital y a la hora de afrontar tareas en procesos como la resolución de problemas, roles, comunicación, control de la conducta, sensibilidad y expresión afectiva. Las familias que quedan bloqueadas en los requerimientos que acontecen a lo largo del ciclo vital muestran unos niveles menos equilibrados y adaptativos en el conjunto de procesos.

Como puede observarse, la Psicología Positiva no es una disciplina nueva que surge de la nada, sino que tiene claros antecedentes en el mundo de la psicoterapia y la psicología del siglo XX. Los marcos integrativos que reconocen la importancia del contexto y las relaciones interpersonales en el trabajo centrado en capacidades también aportan un bagaje teórico y práctico del que partir. E igualmente, los puntos en los que los marcos sistémicos, postmodernos y postestructuralistas convergen con esta ola centrada en las fortalezas y capacidades de las personas como la esperanza, el optimismo, la capacidad de amar y conocer, el empoderamiento, la autodeterminación, la curiosidad, la creatividad, las emociones positivas o la resiliencia, son numerosos. A pesar de ello, tal y como Allison et al. (2003) afirman, entre los nuevos enfoque de terapia familiar "basada en la evidencia" y la "buena práctica" hay una prominente

orientación hacia el desarrollo de fortalezas a través de la prestación óptima de servicios pasando por alto los puntos fuertes activos, los recursos y capacidades para aprovecharlos en el proceso de ayudar a las personas a desarrollar una dirección que encuentran preferible o "saludable". A partir de este momento, es cuando nos centraremos en el "cómo" ayudar a desarrollar esta dirección, no sin antes ver que tipo de obstáculos hay en el camino. Sin embargo, ¿Cuáles son las pegadas de esta orientación a la hora de abordar las dificultades de las personas?

2.2. Las pegadas y los obstáculos de una psicoterapia centrada en las fortalezas y capacidades.

Una psicoterapia que tome como eje central las capacidades y fortalezas de las personas no es sinónimo de olvidarnos de las limitaciones, dificultades o problemas, que es lo que hace que las personas acudan a psicoterapia. Sin embargo, al poner el énfasis en las soluciones, las aptitudes o las excepciones como ya viene haciéndose desde el método orientado a soluciones de O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) y de Shazer (1994), con la contribución de la Psicología Positiva se puede caer en el engaño de que con la puesta en marcha de ciertas tareas recogidas en publicaciones de "autoayuda" afines al movimiento, ya se da una efectiva respuesta a ese sufrimiento humano que no enriquece su existencia. En este sentido, tal y como O'Hanlon (2001, p. 195) califica el concepto de "positivo", como eslogan típico de un curso de ventas o de ciertas visiones de la vida más propias de "Disneylandia", se puede caer en la banalización del sufrimiento. El mayor impacto de esta asunción en el contexto terapéutico sería no atender al desconsuelo de las personas desmantelando todo el saber construido entorno a la empatía. Quizá incluso podría darse la paradoja de querer instaurar una empatía recíproca entre los miembros de una pareja sin mostrarla nosotros mismos en la consulta. Las conversaciones terapéuticas sobre las experiencias negativas pueden ser fundamentales para facilitar el crecimiento percibido en algunos puntos fuertes de nuestros consultantes (Wong, 2006). Las conversaciones terapéuticas sobre las fortalezas del carácter se deben de equilibrar con la empatía genuina por la experiencia de sufrimiento las personas que acuden a terapia. Por ejemplo, la expresión de pensamientos negativos y las emociones a los demás puede ser percibido como ingredientes en el fomento de los puntos fuertes de autenticidad, humildad y búsqueda

de ayuda, sin embargo, el reconocimiento de tales emociones y pensamientos puede ser doloroso. Además, hay que aceptar como axioma que el sufrimiento humano es parte inevitable de nuestra existencia. Así, tal y como se apoya desde la filosofía de las terapias conductuales de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy; ACT*, Wilson y Luciano, 2002), el sufrimiento y el placer son los caras de una misma moneda. Uno no puede ir sin el otro, lo que significa que el disfrutar viene de la mano de poder sufrir antes o después. Cancrini (2006) ya hace mención a un hecho similar al referirse a la *depresión integrativa* de Klein como pasaje necesario en la elaboración del duelo, la conciencia de los límites y/o la madurez. Por lo tanto, luchar en contra de algo inherente a la condición humana con el único fin de implantar un estilo de “pensamiento positivo” superficial, lo único que puede generar es una mayor primacía y actualización de aquellas dificultades en la vida de las personas que acuden a consulta. Imponemos así la paradoja del “no pensar en el elefante rosa”, que cuanto más deseamos dejar de pensar en él más difícil se nos hace borrar su imagen. De esta forma, se provoca un *efecto boomerang*. En un comienzo unas dosis insulsas de optimismo provocan un alivio inmediato ocasional pero la dedicación en exclusiva a no “querer pensar en el elefante rosa” puede generar una lucha en exclusiva por sentirse bien a costa de cualquier propósito o valor personal (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia, 2006). Russell y Fosha (2008) señalan que en el trabajo centrado en emociones positivas un enfoque inadecuado de las emociones puede ser “nada más que una pequeña tirita en una herida abierta y una reducción de la complejidad de la persona y su sufrimiento”. En el trabajo terapéutico, el consultante se mueve hacia adelante y hacia atrás entre las emociones negativas previamente evitadas y los recién hallados sentimientos positivos. Las emociones positivas y negativas son necesarias para el buen éxito del trabajo terapéutico.

El proceso de cambio terapéutico suele ser edificante para los consultantes, pero también puede implicar un duro trabajo al entrar en contacto con experiencias dolorosas y adversas. El desarrollo de las fortalezas y recursos suele llevarse a cabo a través de experiencias adversas, como las crisis, las cuales pueden suponer un punto de inflexión para el crecimiento personal. De esta forma, el emplazamiento que nos hace la ACT respecto a que el sufrimiento y el placer son los caras de una misma moneda, tiene su correlato en las relaciones interpersonales. Así, tal y como afirma Fishbane (2011) en toda relación hay desencuentros y rupturas en la sintonía, ciclos de encuentro y

reparación del desencuentro. Incluso entre díadas madre-hijo bien sintonizadas se ha observado que el 70% de las interacciones no están en sincronía (Tronick, 2007). Sin embargo, acto seguido el reajuste se lleva a cabo de inmediato: “los niños normales y sus madres están constantemente entrando en estados de descoordinación y luego reparándolos exitosamente” (Tronick, 2007,p. 159). De manera similar, las parejas felices tienen momentos en los que se ve comprometida su equilibrio de satisfacción y bienestar, y son capaces de reparar y reconectarse (Gottman & Gottman, 2008). Está parece ser nuestra propia naturaleza intraindividual e interpersonal y negarla, pasar del polo negativo al positivo, del polo de la adversidad al bienestar y quedarnos únicamente con uno de ellos para el trabajo terapéutico sería negar una de las partes inherentes de nuestra existencia.

Una psicoterapia centrada en las virtudes basada enteramente en los fundamentos teóricos de la Psicología Positiva, según Wong (2006) adolece de varias debilidades potenciales. Por un lado, se centra en las nociones occidentales del funcionamiento humano óptimo, sin tener en cuenta aspectos multiculturales que tal y como ya ha sido apuntado anteriormente ante el aumento de población inmigrante en países del primer mundo, se observa la necesidad de una perspectiva cultural (Hall, 2001), relacional y ecosistémica (Falicov, 2003; Robbins, Mayorga y Szpocznik, 2003). Este aspecto ha hecho de la terapia familiar uno de los marcos de trabajo susceptibles de ser implementados. Por otro lado, tampoco se presta atención a la interrelación entre la opresión social y el desarrollo de fortalezas entre las poblaciones más desfavorecidas (D'Andrea, 2005; Sue y Constantine, 2003).

Quizá un aspecto clave y diferente será encontrar los recursos que se hayan bajo las limitaciones, sin negar la dimensión problemática que interfiere con el funcionamiento normal de la persona. Lograr que los consultantes subrayen algún aspecto positivo de alguna dificultad puede ser un buen comienzo. Peseschkian (1996, p. 12) al respecto indica que de la misma forma que un problema actúa como catalizador impulsando el cliente para buscar ayuda profesional, también actúa como un "catalizador de nuevas formas de pensamiento". Y porque no, también nuevas formas de sentir y actuar.

Recursos, fortalezas, emoción positiva, capacidades, excepciones, posibilidad...etc, no son las etiquetas más sólidas para hacer frente a las sonrisas cínicas

y necias de alguna serie de compañeros en la profesión. Es cierto que han sido conceptos tan usados por la literatura de la “autoayuda superficial” a la merced de los mercados que entre ciertos sectores del mundo de la psicoterapia, la psicología y la psiquiatría han perdido todo significado. Yo animo a no dejarnos llevar por los prejuicios. Los resultados sugieren que los terapeutas pueden reconocer las fortalezas inherentes de la familia para mejorar la resistencia tanto en los individuos y las familias en su conjunto. Así pues, el fortalecimiento de las capacidades para manejar situaciones adversas, actuales y futuras es crucial. En consonancia con Allison et al. (2003), la existencia de los puntos fuertes de las personas, parejas y familias no es un mero producto de la imaginación de los terapeutas o un resultado de su optimismo inagotable. Quizá solo haya que realizar las preguntas adecuadas para que las personas puedan identificarlas. De esto versará a continuación el presente trabajo.

3. Áreas de conocimiento necesarias para la integración y uso de las capacidades y fortalezas en psicoterapia.

En el presente apartado no hablaremos de manera exhaustiva sobre el conocimiento acumulado principalmente por la psicología entorno a las capacidades y fortalezas del ser humano. En este sentido, si este es el interés del lector recomiendo la exhaustiva revisión llevada a cabo por Alan Carr (2004) en *Psicología Positiva: la ciencia de la felicidad*, obra que va más allá de una mera recopilación de las investigaciones llevadas a cabo por el movimiento liderado por el psicólogo Martin Seligman. En lugar de ello, trataré de realizar un breve acercamiento a ciertas áreas de conocimiento de crucial importancia para la práctica de una psicoterapéutica que ponga el acento en los recursos y fortalezas y que los marcos sistémicos y postmodernos/postestructuralistas comparten y/o han incluido como novedad en su bagaje y repertorio teórico. Entre las áreas a tratar están lo que en la investigación sobre los factores comunes asociados con el óptimo resultado psicoterapéutico ha encontrado (Hubble, Duncan y Miller, 1999; Sprenkle y Blow, 2004). Los primeros dos grupos de factores comunes hacen referencia a los puntos fuertes y los recursos de los clientes, así como a los factores asociados a la alianza terapéutica y la relación terapéutica. El restante 30 por ciento de la varianza de los resultados parece asociarse de igual forma entre la elección de las técnicas/modelos y la capacidad de los consultantes para

albergar la esperanza. Más concretamente parece que la varianza puede dividirse en: factores extra-terapéuticos del consultante y del entorno (40%), la relación terapéutica (30%), la expectativa y la esperanza (15%), y las técnicas terapéuticas o la orientación (15%). En este sentido, lo concerniente a la esperanza y la alianza terapéutica como caminos posibilitadores para acceder a las fortalezas de los clientes y las vías como el tratamiento de aspectos de la esfera emocional para acceder al afianzamiento de estos factores comunes serán expuestos a continuación.

3.1. La esperanza como medio para alcanzar los puntos fuertes.

El optimismo ha sido uno de los constructos que más ha llamado la atención de los investigadores en psicología básica y cognitiva. En psicoterapia ha habido más tradición de hablar sobre esperanza, constructo afín al de optimismo. La esperanza tiene dos componentes básicos; la capacidad de planificar vías para alcanzar objetivos deseados a pesar de los obstáculos y a una motivación para seguir estas vías (Snyder, 2000, en Carr, 2004, p. 123). De acuerdo con esta concepción, la esperanza es más fuerte si hay una probabilidad mediana de alcanzar los objetivos deseados porque los obstáculos son fuertes pero no infranqueables. La esperanza por tanto es un concepto que en psicoterapia se relacionará directamente con el optimismo, el empoderamiento, la autodeterminación y/o autoeficacia percibida de los consultantes para recorrer el camino para alcanzar las metas co-construidas y negociadas. La esperanza a diferencia de por ejemplo el optimismo que recoge únicamente el matiz cognitivo, engloba el matiz cognitivo y emocional (Bruininks y Malle, 2005). La esperanza es una de las piezas clave en el encuentro terapéutico. Supone el 15% de la varianza de los resultados de la psicoterapia al igual que las técnicas y el modelo implementados (Hubble, Duncan y Miller, 1999; Sprenkle y Blow, 2004). Los “psicólogos positivos” sugieren que por encima del modelo, los cambios beneficiosos que las personas realizan son en parte debidos a la esperanza (Lopez et al., 2004, p. 389). Así, tal y como Flaskas (2007) comenta, prestar algo más de atención a la esperanza en el contexto terapéutico en lugar de únicamente a cuestiones técnicas y de orientación es fundamental para el óptimo tratamiento de las personas que acuden a consulta. Parece que se nos ha estado escapando el 15% de nuestro poder hacer con las personas que tenemos en consulta. En varios acercamientos psicoterapéuticos como el Cognitivo-Conductual, el Centrado en

las Emociones, el Centrado en las Soluciones o en la Terapia Narrativa se ha hablado de manera explícita sobre el valor y la importancia de la esperanza (Larsen y Stege, 2010). Respecto a los terapeutas de familia y pareja, tradicionalmente han sido los enfoques narrativos y centrados en soluciones además de las aproximaciones afines a el modelos sistémico de Milan, los marcos que mayor relación han tenido con las esperanza, así como con la cara de la otra moneda; la desesperanza. El trabajar con la esperanza de los consultantes implica también tratar la desesperanza ante la adversidad, el sufrimiento o el abuso, no puede obviarse.

Por lo tanto, si la esperanza y la desesperanza coexisten como parte de un mismo conjunto, podemos dar otro paso más allá. Si pensamos sobre la esperanza y la desesperanza también se puede sentir y expresar/actuar el estado de esperanza y desesperanza. Quizá este aspecto ha sido uno de los más tratados por los terapeutas familiares y que puede que no haya sido dado a conocer de manera eficaz a través de la literatura. Flaskas (2007) tanto en el contexto de trabajo familiar como individual hace explícito que si existe el pensar, sentir y hacer de la esperanza tal y como ya recogen Bruininks y Malle (2005), también existe el pensamiento, el sentimiento y la acción de la desesperanza. Este axioma va en consonancia con lo que ya hemos expuesto anteriormente en lo referente a uno de los principios básicos de la terapia ACT. Por lo tanto, aunque se trata de un espacio de gran alcance, una familia, pareja o persona puede pensar, sentir y hacer en paralelo respecto a la experiencia de la esperanza o la desesperanza. Sin embargo, la complejidad humana permite disyunciones entre estos diferentes niveles de experiencia. Las personas pueden sentirse desesperanzadas, pero todavía actúan la esperanza, o pueden actuar destructivamente, pero todavía tener creencias optimistas acerca de sí mismos o de sus relaciones. Este mapa en el contexto relacional no es experimentado de manera aislada. Los miembros de un sistema pueden experimentar niveles diferentes de esperanza o desesperanza, además de actuarla, sentirla o pensarla de manera diferente, complementaria o simétricamente. Begoña acudió a consulta derivada por su médico de atención primaria cuando tras casi tres años de baja laboral durante los cuales se había dedicado enteramente al cuidado de uno de sus hijos que había nacido con una grave enfermedad congénita se le solicitaba que se incorporase a su puesto de trabajo. La inminente incorporación laboral había desencadenado todo un cuadro ansioso depresivo muy florido ante la sensación de no poder dejar a su hijo sin atender ni siquiera 7 horas al día, lo que duraba su jornada

laboral. En la tercera sesión le pedí a Begoña que trajese a su marido Félix. Fue muy esclarecedor como Begoña actuaba la esperanza a pesar de sentirse totalmente desesperanza respecto al futuro de su hijo y consecuentemente el suyo y el de su familia, su marido a pesar de no actuarla sentía la esperanza actuada por Begoña hecho que movilizó a Begoña para dejar de estar “poseída” por la actuación de la esperanza y comenzar a sentir parte de la esperanza que actuaba. Este hecho a su vez animó a que Félix pensase en la esperanza y comenzase a actuarla. Durante 9 meses más o menos nos vimos una vez por semana en formatos de sesión individual y de pareja. Tras 9 meses Begoña pudo incorporarse al trabajo, escolarizar a su hijo y comenzar a ampliar su vida social y de ocio junto a su familia y fuera de ella. Aquí podemos observar como mientras un miembro actúa la esperanza a pesar de sentir desesperanza, otro puede sentir en reciprocidad a la actuación del otro miembro aunque aún él no pueda actuarla. El role de los otros significativos en el apoyo de la esperanza que uno siente, actúa o piensa tiene un papel crucial (Elliot y Olver, 2002). Así, además de los tres componentes de la esperanza; el cognitivo, el emocional y el conductual/pragmático, hay que dejar un hueco en la consulta para el componente relacional de la esperanza. Asimismo, estos cuatro podrán moverse a lo largo de un continuo temporal. Tal y como proponen Larsen, Edey y LeMay (2007) es posible que a través de la conversación psicoterapéutica con profesionales bien formados e informados sobre como apoyar la esperanza de los consultantes, se acceda a fortalecer y enriquecer el desarrollo de la esperanza que a su vez crea motivación y apoya los esfuerzos para asumir la responsabilidad y trabajar por el cambio en las personas.

3.2. La alianza psicoterapéutica.

Una característica esencial, aunque no la única, de una buena terapia *de cualquier orientación*, es la fortaleza de la alianza, que predice el éxito del tratamiento y explica su fracaso (Escudero, 2009).

Bordin en (1979) propone una definición heurística de alianza psicoterapéutica sobre la base de tres componentes: (1) el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento, (2) el acuerdo de ambos sobre las tareas necesarias para conseguir esos objetivos, y (3) los lazos afectivos necesarios entre ellos para sostener el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico. Así, en el factor común

correspondiente a la alianza terapéutica se observa que el establecimiento de objetivos y como llevarlo a cabo será crucial. Las técnicas, estos es, los modos que acordaremos para alcanzar esos objetivos también son una cornisa desde la que saltar o fortalecer la unión como cordada que camina hacia su cima. Y finalmente, el componente afectivo y emocional a través del cual serán abordados los dos puntos anteriores será la cobertura de chocolate, la cual puede hacer que un pastel sea verdaderamente apetecible o no. De manera que tal y como Escudero (2009) recoge, la alianza terapéutica representa la cualidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta incluyendo “los lazos afectivos entre ambos, tales como la confianza mutua, el consenso en el respeto y el interés..., un compromiso activo con las metas de la terapia y con los medios para alcanzarlas..., y un sentido de asociación” (Horvath y Bedi, 2002, p. 41).

En el contexto de pareja y/o familiar la causalidad reciproca de la alianza será un aspecto muy a tener en consideración (Pinsof, 1994, 1995). Las alianzas de cada miembro de la familia con el terapeuta, y las del terapeuta con cada subsistema familiar (por ejemplo, su alianza con los padres diferenciada de su alianza con los hijos) y la alianza global del terapeuta con todo el grupo familiar, afectan a todos entre sí y generan un complejo sistema de influencias (Escudero, 2009). Este aspecto concreto de la configuración dinámica de la alianza en la terapia sistémica no hace sino dar pistas de la mayor importancia del buen manejo y óptima construcción de una alianza terapéutica con el sistema. El terapeuta que trabaje con sistemas, al igual que el tertuliano de un programa de debates televisivo que muestra como es capaz de hablar sobre cualquier tipo de temas, política, sociedad, economía, ocio...etc., deberá saber moverse entre los interés de los diferentes subsistemas y conocer la manera emocional y afectiva diferente de acercarse a ellos. Además, habrá claves que asentarán las bases para que podamos llevar a cabo un acercamiento de manera global al sistema. Cuando se perciben valores similares y usos del lenguaje comunes por parte de los consultantes, se crean una relaciones más firmes que contribuyen a aumentar la confianza (D'Angelo et al., 2009). Así pues, ya tendríamos al menos el 30% de la varianza de los resultados positivos en la terapia asociados a óptima construcción de la alianza y su contribución en la cosecha de esperanza.

El terapeuta tendrá que tener especial interés en las etapas de desarrollo en las que se encuentran los participantes de la interacción. Uno puede no estar en el mismo nivel de desarrollo que otro. Este es el claro ejemplo del abordaje de las dificultades que

suelen darse durante la adolescencia en los momentos de individuación y que tan bien conocemos los terapeutas de familia. Este es un especial reto para el terapeuta de familia a la hora de consolidar una firme alianza. Sin embargo, puede suceder que a través de la alianza creada entre el terapeuta y un miembro de la familia/pareja y la alianza creada por el terapeuta con otro miembro de la familia/pareja, se cree un nuevo espacio en el que a través de la alianza del terapeuta con la globalidad del sistema, los consultantes comiencen a moverse hacia la comprensión de sí mismos y sus necesidades y diferenciarlas de las de su pareja o familiar. Así, parece surgir una comprensión recíproca sobre un conflicto o problema y dar paso a su discusión y solución. Es en este punto donde la emoción positiva, entendida como fortaleza que se apoya en la virtud de trascendencia se convierte en vehículo facilitador de la relación terapéutica (Fitzpatrick y Stalikas, 2008). Los momentos de auténtico contacto mediados por emociones positivas entre terapeuta y consultante apoyan el cambio terapéutico (deRoten, Drapeau y Michel, 2008).

Así pues, tal y como ya hemos comentado anteriormente, el trabajo con las emociones, y más concretamente con las grandes olvidadas en psicoterapia; las emociones positivas, será fundamental en la construcción bidireccional de una sólida alianza terapéutica y ser el pasto de la esperanza para los consultantes. Sexton y Shuster (2008) señalan que las emociones positivas son el pegamento que mantiene unidos a los dos elementos de la *alianza de doble acción de trabajo*. Esto es, los miembros de la familia necesitan tener confianza en la capacidad del terapeuta para ayudar pero también, mantener la creencia sobre la buena voluntad y la inversión de esfuerzos del resto de miembros de la familia. En la medida en que el terapeuta sea capaz de crear una serie de condiciones de seguridad, el o los consultantes se mostrarán más abiertos, expresivos, relajados y tendentes a la toma de conciencia (deRoten et al., 2008) y accederán a niveles más profundos de su experiencia (Lambert & Erekson, 2008). Por ejemplo, en el trabajo con niños y sus familias, un enfoque centrado en las fortalezas ofrece más ventajas que los modelos centrados únicamente en los déficits. Aumenta la probabilidad de crear una comunicación positiva y una relación más fluida (Buckley y Epstein, 2004; Tedeschi y Kilmer, 2005), fomenta una mayor cooperación, motivación y cumplimiento hacia el tratamiento (Clark, 1997), y se empodera al niño al mismo tiempo que mejora su autoestima, lo que contribuye aún más al cumplimiento de la motivación y el tratamiento (LeBuffe y Shapiro, 2004; Tedeschi y Kilmer, 2005). La

alianza terapéutica será el termómetro que nos indica la calidad y la fortaleza de la relación de colaboración que se establece entre una persona o los miembros de la familia y el terapeuta, e incluye un compromiso compartido con los objetivos del tratamiento en el contexto de un vínculo emocional positivo (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006).

Entre las técnicas más comúnmente extendidas para el desarrollo de una óptima alianza terapéutica se incluyen la validación empática para promover el *joining*, establecimiento compartido de metas, llevar a cabo compromisos que reaviven la relación, hacer que se desvanezcan los intercambios hostiles, minimizar las atribuciones culpabilizadoras y promover una visión relacional o sistémico de la conducta problema (Diamond, Siqueland, y Diamond, 2003; Johnson, 2004; Sexton y Alexander, 2005). Sin embargo, a través del tratamiento de las emociones positivas realizaremos un acercamiento más concreto a este campo, la construcción de una sólida alianza terapéutica.

3.2.1. El trabajo con las emociones positivas.

No se puede realizar una taxonomía sobre las emociones clasificándoles en positivas y negativas. Al fin y al cabo las emociones son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, etc., que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente (Fredrickson, 2001). Nos ofrecen retroalimentación acerca del mundo y nuestras experiencias en él, además de comunicar nuestra experiencia a otros (Fishbane, 2011). Cuando las etiquetamos con palabras, se transforman en sentimientos (LeDoux, 1996). No es el cometido de este trabajo realizar un acercamiento exhaustivo y pormenorizado al estudio de las emociones. Sin embargo, sí será de ayuda ver las emociones desde el prisma del valor que tienen en la supervivencia. Así pues, de entre las emociones básicas; repugnancia, alegría, ira, miedo, sorpresa y tristeza (Ekman, 1994), el componente aversivo de la repugnancia, la ira, el miedo y/o la tristeza hace que se sean etiquetadas de emociones negativas. Ello no niega su importancia y su carácter inseparable de la existencia del ser humano. Además, tal y como es concebido por ciertos modelos psicoterapéuticos como ACT

(Wilson y Luciano, 2002), estamos diseñados principalmente para sufrir, albergamos cuatro emociones negativas frente a una positiva. Al parecer la contribución de estas cuatro es inmediata para la supervivencia. Negarse a nuestro propio diseño no haría más que aumentar una lucha sin fin acrecentando el sufrimiento. Sin embargo, aunque la utilidad de la alegría no sea tan inmediata ni evidente, es posible intuir otra clase de beneficios. La alegría como emoción básica y sus correlatos como el entusiasmo, el amor, el interés, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque fenomenológicamente distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis (Vecina, 2006).

Las emociones en terapia nos comunican que hay de problemático en la vida de los consultantes, de que recursos posee y de la motivación que tiene para el cambio. Las personas acuden a la terapia y traen con sí un conjunto de respuestas cognitivas, atribucionales, emocionales y de comportamiento en respuesta a los eventos y situaciones en su vida. Las emociones son a menudo la principal expresión crítica y de sus problemas (Sexton y Schuster, 2008). Las emociones positivas en el contexto psicoterapéutico, cuando adquieren un papel generativo como antecedente necesario para el proceso de cambio, es bautizado por Fitzpatrick y Stalikas (2008) como el papel *facilitador* de las emociones positivas. Este sería el papel que cumplen para el establecimiento de una firme alianza terapéutica y generar y mantener la esperanza de los consultantes tan importantes para el buen resultado del tratamiento. Concretamente, la investigación en terapia familiar sugiere tres grupos de procesos intrapersonales que son cruciales en el éxito de la terapia y pueden ser facilitados por las emociones positivas. Estos son: (a) el sentimiento emocional experimentando, incluyendo la validación los por miembros de la familia, la esperanza, y un sentido de seguridad, (b) el cambio cognitivo, la visión y la conciencia, y (c) una conexión firme con un terapeuta que esté atento, sea competente, activo, y en sintonía con las preocupaciones que presenta la familia (Heatherington, Friedlander, y Greenberg, 2005).

En otras ocasiones, las emociones positivas se conceptualizan como elemento central del proceso de cambio, refiriéndose a este como el papel *agente o ejecutor* de las emociones positivas. Este papel se corresponde con las experiencias emocionales que

son positivamente entonadas, las cuales proporcionan un medio más potente para catalizar procesos afectivos y dar paso al cambio (Fitzpatrick y Stalikas, 2008; Russell y Fosha, 2008). Sin embargo, las emociones positivas no son suficientes para lograr una vida sana y tampoco estamos muy desencaminados como Greenberg (2004) afirma, que las emociones negativas son útiles en nuestro día a día y en el interior de la consulta. Los sentimientos y emociones desagradables llaman la atención de las personas para reestablecer el bienestar. Por lo tanto, para llevar a cabo una adaptación saludable se requiere aprender a conocer, a tolerar, y regular la emocionalidad negativa (Frijda, 1986; Tomkins, 1963), así como la capacidad para disfrutar de la emocionalidad positiva por los beneficios que dota (Fredrickson, 1998). Así en psicoterapia, ayudar a desarrollar la capacidad para acceder y procesar la información emocional, tanto positiva como negativa, y así reconectarse con uno de los sistemas de producción de significados más adaptable con los que cuenta el ser humano es primordial.

En este sentido, Fitzpatrick y Stalikas (2008) aportan un modelo al bagaje teórico sobre el tratamiento de las emociones positivas en psicoterapia que puede resultar esclarecedor tanto para los terapeutas como para las personas en consulta. Este equipo de psicólogos de la Universidad de Montreal y Atenas proponen dos dimensiones o ejes que son relevantes en el contexto psicoterapéutico. Unos es el eje de la *experiencia personal* y que se refiere a la forma en que la emoción se siente, el juicio básico que los seres humanos hacen acerca de si algo que experimentan les hace sentir bien o mal. Este juicio es subjetivo e individual y una de las habilidades más importantes que los terapeutas poseen es la capacidad de identificar, comprender y empatizar con estas experiencias. La experiencia emocional representa el punto de vista experiencial de los consultantes. El segundo eje, el *eje de valor terapéutico*, se refiere a la utilidad de una emoción en el proceso terapéutico. La conciencia del valor terapéutico de las emociones, en particular de aquellas que son negativas, inicialmente reside en el terapeuta. Los terapeutas trabajarán con las emociones que los consultantes traen a sesión para descubrir, darse cuenta, o desarrollar su valor terapéutico.

Si observamos los cuadrantes formados por la intersección de los ejes de la *experiencia emocional* y del *valor terapéutico*, las emociones positivas podría hallarse en tres de los cuatro cuadrantes. Las emociones positivas pueden ser las emociones que los consultantes encuentran desagradable pero que tienen utilidad terapéutica

(experiencia negativa / valor positivo), las emociones que los consultantes experimentan como algo positivo, pero que están en necesidad de un trabajo terapéutico o de su transformación (experiencia positiva / valor negativo) o emociones que los consultantes sienten de manera positiva y que son terapéuticamente útiles (la experiencia positiva / valor positivo). La decisión de que en que cuadrante centrarse irá en función de factores teóricos, del timing, la alianza, el problema tratado...etc. Quizá lo más interesante es que este mapa ofrece la posibilidad de una integración teórica.

El cuadrante de la experiencia negativa / valor terapéutico positivo sea el cuadrante con el que más familiarizados se sientan los clínicos que trabajan con emociones. En este punto, los terapeutas de orientación sistémica pueden tener puntos en común con orientaciones afines a la Terapia de Aceptación y Compromiso. Por ejemplo la tristeza que siente un madre ante la emancipación de un hijo que le ha servido como apoyo tras un proceso de separación conyugal es una reacción con un alto valor terapéutico, ya que reconoce la necesidad de individuación de su hijo y el tener que llevar a cabo un duelo tras su marcha y así configurar un escenario en el que su única fuente de relación social y de apoyo no sea exclusivamente su hijo. Pero además, permite que su hijo continúe su desarrollo personal y autónomo a lo largo de su ciclo vital, no funcionando así como una diáda madre-hijo más cercana a la infancia que a la adultez y en la que el hijo no podría tener la suficiente autonomía como para poder elegir una pareja y poder tejer una vida conjunta. Por otro lado, el cuadrante de la experiencia positiva / valor terapéutico negativo está presente en sólo ciertos enfoques terapéuticos. El tercer cuadrante, el territorio en el que una experiencia emocional positiva tiene un valor terapéutico real ha sido probablemente el más descuidado hasta la fecha (Fitzpatrick y Stalikas, 2008) y puede ofrecer la mayor oportunidad para la expansión teórica.

A pesar de que en muchos modelos de psicoterapia la emoción ha sido eje central en el trabajo con los consultantes, clásicamente entre los marcos de orientación sistémica el papel de las emociones ha podido quedar en un segundo plano. No por devaluar su importancia sino más bien porque las emociones han sido vistas como una "consecuencia de" o una "reacción" a los patrones de interacción y de relación de los individuos dentro de sus familias. En el mismo sentido, en la terapia de pareja ha podido ocurrir algo similar. Sin embargo, con el trabajo de autores como Sexton y Schuster (2008) los marcos de orientación sistémica y familiar han evolucionado hacia un marco

más integrador en el que el papel de las emociones positivas ha asumido un papel más integral. Greenberg (2004) sugiere que el cambio en la experiencia emocional es un óptimo objetivo en la terapia familiar. Así, activar experiencias desadaptativas de miedo y vergüenza que subyace a la desesperanza que a menudo caracteriza rígidos patrones relacionales. En este caso, nos encontraríamos ante una experiencia emocional negativa pero con un alto valor terapéutico ya que permite el acceso a una sensación más adaptable de tristeza o ira. De esta manera, las personas toman conciencia de lo que se ha perdido, y la forma en que está esa pérdida ligada a patrones de interacción en el seno familiar. Este paso permite un cambio de emociones negativas a unas más positivas permitiendo así revitalizar un sentido más elástico del self y promover una transformación del afecto apoyado en creencias desadaptativas. En referencia a este acercamiento Fishbane (2011) a modo de ejemplo recoge como con frecuencia la socialización de los hombres los distancia de darse cuenta y expresar sus emociones, dos aspectos clave de la inteligencia emocional (Salovey et al., 2002). Sin embargo, al mismo tiempo, las fuerzas de la cultura actúan sobre la mujer para que empatice de forma excesiva con el hombre, hagan concesiones y se supediten a él, retroalimentándose un ciclo imparabile que tiende a deteriorar la relación. Estos comportamientos y expectativas pueden crear patrones rígidos y automáticos de interacción que pueden desbloquearse por medio de la ira sentida y expresada por parte de la mujer en consulta y la tristeza del hombre al tomar conciencia de la distancia que lo separa de su pareja. Esta maniobra da paso a que ambos como díada puedan permitirse sentir alegría cuando por medio de la tristeza la distancia entre ambos comience a acortarse y el enfado revitalice un sentido del self más elástico y congruente. Esta serie de aspectos tiene su correlato neurobiológico ya que identificar y dar nombre a las emociones activa la corteza prefrontal (Creswell, Way, Eisenberger & Lieberman, 2007). En este sentido, las emociones se vivencian como algo más manejable, uno puede sentirse más seguro al contactar consigo mismo y con la otra persona.

Los terapeutas familiares reconocen que el cambio terapéutico hace hincapié en la capacidad de los consultantes para activar nuevas experiencias emocionales adaptativas para cambiar patrones relacionales desadaptativos (Sexton y Schuster, 2008). En este sentido, los autores concluyen que cuando las familias llegan a terapia, a menudo las emociones negativas funcionan como una barrera primaria para el cambio.

En este punto, en el proceso de cambio, ser un facilitador de emociones positivas es esencial para que los consultantes o la familia se sitúa en el polo de las ganancias terapéuticas. Las emociones positivas sirven para ayudar a los familiares a superar experiencias dolorosas, proporcionar el combustible para generar un mínimo de motivación para asumir la responsabilidad personal y el trabajo hacia el cambio y tal y como ya ha sido apuntado anteriormente, suponen un pegamento en la unión de la óptima alianza terapéutica y la alimentación de la esperanza de los consultantes.

4. Resumen y conclusiones.

Es difícil hacer de la Psicología Positiva un marco de intervención clínico por si mismo. La articulación de sus supuestos en el contexto terapéutico de manera integral no es factible, ya que supone reducir la experiencia humana una sola de las partes de la que está compuesta. Sin embargo, si es posible tal y como hemos expuesto, enriquecer la sala de terapia mediante sus hallazgos e incorporar de manera explícita el trabajo con fortalezas y recursos. Esta incorporación de los puntos fuertes, las capacidades o los recursos no es ni mucho menos una aportación únicamente vinculable a la Psicología Positiva. Como hemos visto desde diferentes orientaciones, como la humanista principalmente, ya se incorporaron parte de estos supuesto a su forma de hacer, aunque con claras fallas en su protocolización y estudio científico. En el mismo sentido, los marcos de orientación sistémico, postmoderno y postestructuralistas también han trabajado en base a la premisa de observar más allá de la patología y las dificultades y aprovechar los recursos de los consultantes como fuente de cambio. Así, la complementaridad observada entre las fortalezas individuales y las observadas en la familia es más que palpable.

A pesar de ello, en este punto la terapia familiar se centra en los sistemas relacionales como la unidad primaria de evaluación clínica e intervención y por lo tanto el trabajo con las fortalezas, los recursos y capacidades mediante el uso de la emociones, y particularmente de las emociones positivas, para el afianzamiento de un óptima alianza terapéutica que mantenga viva la llama de la esperanza por superar los obstáculos, no puede basarse en modelos de cambio asentados en la individualidad. Sin embargo, tal y como ha sido expuesto, desde modelos asentados en la individualidad,

las aproximaciones sistémicas pueden enriquecerse, así como asimilar y acomodar su marco teórico y práctico, tomando el sentido puramente piagetiano de los conceptos.

Mediante el presente trabajo se ha expuesto una propuesta de integración teórica que funcione como sostén para el trabajo con personas tanto en el contexto individual, de pareja o familiar. Como guía de integración se ha tomado como referencia dos de los factores comunes en psicoterapia, esto es, la alianza terapéutica y la esperanza o expectativa de los consultantes. Como vehículo o pegamento entre ambos factores comunes en psicoterapia y las fortalezas y recursos de las personas se ha tomado el trabajo centrado en las emociones, y más concretamente las emociones positivas como fuente de ruptura morfostática. Se han identificado los axiomas teóricos a partir de los cuales partir, y se ha expuesto cuales son las ventajas de partir desde una orientación sistémica y postmoderna. En este sentido, se ha apuntado como desde esta óptica relegada quizá a un segundo plano en el trabajo centrado en fortalezas de manera concreta y explícita, se obtienen recursos ausentes en una psicología centrada en fortalezas aunque en el seno de la individualidad. Finalmente, se propone la plataforma desde la que saltar hacia el encuentro terapéutico; el modelo integrativo IPCM.

El IPCM ofrece a los terapeutas una perspectiva multisistémica, constituido empíricamente y basado en los factores comunes en psicoterapia que ha guiado el presente trabajo teórico en el tratamiento de los individuos, parejas y familias. Se hace explícito la hipótesis de decisiones que guía toda psicoterapia de manera implícita. Se hace a los consultantes partícipes en la experimentación de las hipótesis y la evaluación de los hasta que el problema de los clientes se ha resuelto. En palabras de Pinsof et al. (2011), “el IPCM es una perspectiva tanto para integrar y como trascender los modelos”. Así pues, se hace pante que los terapeutas del siglo XXI requieren conocimientos y habilidades de múltiples modelos, a pesar de moverse bajo la premisa de una base epistemológica concreta.

Finalmente, partir del marco teórico expuesto, dar el paso hacia una aproximación práctica y concreta será objeto de un segundo trabajo. En este sentido, se observa la necesidad de trasladar todo este bagaje teórico al encuentro con los consultantes por medio de técnicas concretas de evaluación en las que se recoja la perspectiva de las fortalezas y los recursos desde una orientación sistémica y postmoderna y el establecimiento de objetivos y metas terapéuticas co-creadas junto a

los consultantes. Además, también se observa la necesidad de exponer técnicas específicas a implementar en el seno del modelo IPCM, como los avances propuestos entorno a técnicas como el reencubre, la creación de elogios, el aumento de motivación, el manejo del conflicto, el empoderamiento, la deconstrucción, la expansión, la externalización, la moviola, el genograma, la “dereflexión”, la validación, el uso del lenguaje, la esperanza, las emociones positivas, la imaginación, las metáforas o las excepciones.

5. Referencias.

- Ackerman, N. (1971). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires. Ed. Hormé.
- Allison, S., Stacey, K., Dadds, V., Roeger, L., Woode, A. y Martin, G. (2003). What the family brings: gathering evidence for strengths-based work. *Journal of Family Therapy*, 25, 263–284.
- Andersen, T. (1990). *The reflecting team: dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. (2003). *Postmodern social construction therapies*. En G. Weeks, T. L. Sexton y M. Robbins (dirs.) *Handbook of family therapy* (pp. 125-146). Nueva York: Brunner- Routledge.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Some central issues of an emerging field*. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 9–22). Washington, DC: APA Books.
- Assay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). *The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings*. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books. En Colapinto, J. *Psicoterapia Versus Terapia de la Interacción: Una contradicción irreductible*. En Espina, A. y Pumar, B. (Ed) (1996). *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Ed. Fundamentos.

- Bateson, G. y Ruesch, J. (1951). *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Beavers, R., Hampson, R. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, 22, 128-143.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Bowen, M. (1960). *Esquizofrenia y familia*. En D. Jackson (comp.) (1981). *Etiología de la Esquizofrenia*. 351-375. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Bowen, M. (1990). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Breunlin, D. C., Pinsof, W., Russell, W. P. y Lebow, J. (2011). Integrative problem-centered metaframeworks therapy I: core concepts and hypothesizing. *Family Process*, 50, 293-313.
- Breunlin, D.C. (1999). Toward a theory of constraints. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 25, : 365–382.
- Bruininks, P., & Malle, B. F. (2005). Distinguishing hope from optimism and related affective states. *Motivation and Emotion*, 29, 327-355.
- Buckley, J. A., & Epstein, M. H. (2004). The Behavioural and Emotional Rating Scale-2 (BERS-2): Providing a comprehensive approach to strength-based assessment. *California School Psychologist*, 9, 21–27.
- Cancrini, L. (2006). La depresión en psicoterapia. *Redes*, 8, 31-46.
- Carr, A. (2000). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation: II. Adultfocused problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 273–295.
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. Ed. Paidós: Barcelona
- Castonguay, L.G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 263–282.
- Castonguay, L.G., Reid, J.J., Jr., Halperin, G.S., & Goldfried, M.R. (2003). *Psychotherapy integration*. In G. Stricker & T.A. Widiger (Eds.), *Handbook of*

psychology: Clinical psychology (Vol. 8, pp. 327–366). New York: John Wiley & Sons Inc.

Celano, M. P., Smith, C. O y Kaslow, N. J. (2010). A competency-based approach to couple and family therapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 35-44.

Chambers, A. (2012). Systemically Infused Integrative Model for Conceptualizing Couples' Problems: The Four-Session Evaluation. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1, 31–47.

Cheah, C. S. L., & Rubin, K. H. (2003). European American and mainland Chinese mothers' socialization beliefs regarding preschoolers' social skills. *Parenting: Science and Practice*, 3, 1–21.

Clark, M. D. (1997). Interviewing for solutions: A strength-based method for juvenile justice. *Corrections Today*, 59, 98–102.

Constantine, M. G., & Sue, D. W. (2006). Factors contributing to optimal human functioning in people of color in the United States. *Counseling Psychologist*, 34, 228–244.

Cook, J. R. y Tedeschi, R. G. (2007). Systems of care and the integrative clinician: A look into the future of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17, 139-158.

Cope, T. A. (2010). The inherently integrative approach of positive psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 203-250.

Crittenden, P.M. (2000). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 41, 67-82,

D'Andrea, M. (2005). Reclaiming positive psychology from a multicultural perspective: Combating new forms of racism and ethnocentrism in psychology. *Paper presented at the annual meeting of the National Multicultural Conference and Summit*, Hollywood, CA.

- D'Angelo, E. J., Llerena-Quinn, R., Shapiro, R., Colon, F., Rodríguez, P., et al. (2009). Adaptation of the Preventive Intervention Program for Depression for use with predominantly low-income Latino families. *Family Process* 48, 269–291.
- De Jong, P. y Kim Berg, I. (2002). *Interviewing for solutions (2ª edición)*. Brooks/Cole.
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- deRoten, Y., Drapeau M., & Michel, L. (2008). Are there positive emotions in short-term dynamic psychotherapy or is it all Freude-less? *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 207–221.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1190–1196.
- Dulwich.
- Ekman, P. (1994). *Are these basic emotions?* In P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotions: Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press.
- Elliott J., Olver, I. (2002). The discursive properties of “hope”: a qualitative analysis of cancer Patients Speech. *Qualitative health research*, 12, 173-193.
- Epstein, N., Bishop, D., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19–31.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 247-259.
- Falicov, C. J. (2003). Immigrant family processes. Walsh, F. (Ed), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 280-300). New York: Guilford Press.

- Fishbane, M.D. (2007). *Wired to connect: Neuroscience, relationships, and therapy. Family Process, 46*, 395–412.
- Fishbane, M.D. (2011). Facilitating Relational Empowerment in Couple Therapy. *Family process, 50*, 337-352.
- Fitzpatrick, M. R. y Stalikas, A. (2008). Integrating positive emotions into theory, research, and practice: A new challenge for psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 18*, 248-258.
- Fitzpatrick, M., & Stalikas, A. (2008). Positive emotions as generators of therapeutic change. *Journal of Psychotherapy Integration, 18*, 137–153.
- Flaskas, C. (2007). Holding hope and hopelessness: Therapeutic engagements with the balance of hope. *Journal of Family Therapy, 29*, 186-202.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology, 2*, 300–319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist, 56*, 218-226.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Gelso, C. J., & Woodhouse, S. (2003). *Toward a positive psychotherapy: Focus on human strength*. In W. B. Walsh (Ed.), *Counseling psychology and human strengths* (pp. 344–369). NY: Erlbaum.

- Gottman, J.M., & Gottman, J.S. (2008). *Gottman method couple therapy: Gurman*, En A.S. (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4th ed., pp. 138–164). New York, NY: Guilford.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 3–16.
- Greenberg, L.S., & Goldman, R.N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love & power*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Haley, J. (1963). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Ed. Toray.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson*. New York, Triangle (Distribuido por Norton).
- Hall, G. C. N. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 502–510.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., & Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, *19*, 18–27.
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). *The alliance*. En J.C. Norcross (Comp.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (págs. 37-69). Nueva Cork: Oxford University Press.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. and Miller, S. D. (eds) (1999). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 1-11.

- Kohlberg, L. (1976). *Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach*. In T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior* (pp. 31–53). New York: Holt, Rinehart & Wilson.
- Lambert, M. J. & Erekson, D. M. (2008). Positive psychology and the humanistic tradition. *Journal of Psychotherapy Integration, 18*, 222–232.
- Larsen, D., and Stege, R. (2010). Hope-Focused Practices During Early Psychotherapy Sessions: Part II: Explicit Approaches. *Journal of Psychotherapy Integration, 20*, 293-311.
- Larsen, D., Edey, W., & LeMay, L. (2007). Understanding the role of hope in counselling: Exploring the intentional uses of hope. *Counselling Psychology Quarterly, 20*, 401–416.
- Lazarus, A.A., & Beutler, L.E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling & Development, 71*, 381–385.
- LeBuffe, P. A., & Shapiro, V. B. (2004). Lending “strength” to the assessment of preschool social-emotional health. *California School Psychologist, 9*, 51–61.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Liddle, H.A., Rodriguez, R.A., Dakof, G.A., Kanzki, E., & Marvel, F.A. (2005). *Multidimensional family therapy: A science-based treatment for adolescent drug abuse*. In J. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 128–163). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S. y Carlson, D. (1957). *El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: Cisma marital y sesgo marital*. En Sluzki, C. (comp.) (1971), 57-81.
- Lopez, SJ, Snyder, CR, Magyar-Moe, JL, Edwards, LM, Pedrotti, JT, Janowski, K, et al. In Linley PA, Joseph S, Seligman MEP (Eds.) (2004). *Strategies for accentuating hope. Positive psychology in practice* (pp. 388–404). New York: Wiley.

- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia, S. (2006). Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Clínica y Salud, 17*, 339-356.
- Maslow, A. (1954). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario
- McCullough, M. E., & Snyder, C. R. (2000). Classical sources of human strength: Revisiting an old home and building a new one. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*, 1–10.
- McDaniel, S. H., Lusteran, D.-D., & Philpot, C. L. (Eds.). (2001). *Casebook for integrating family therapy: An ecosystemic approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Meara, N. M., Schmidt, L. D., & Day, J. D. (1996). Principles and virtues: A foundation for ethical decisions, policies, and character. *The Counseling Psychologist, 24*, 4–77.
- Miller, I., Ryan, C., Keitner, G., Bishop, D., & Epstein, N. (2000). The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy, 22*, 168-189.
- Minuchin, S. (1997). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Minuchin, S., & Fishman, C. H. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Moore, K. A., Chalk, R., Vandivere, S., & Scarpa, J. (2003). Measuring family strengths. *Indicators, 2*, 71–104.
- Nutt, R. L. y Stanton, M. (2011). Family psychology specialty practice. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1*, 92-105.
- O'Hanlon (2001). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Ed. Paidós. Barcelona.
- O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En Busca De Soluciones*. Buenos Aires: Paidós.

- O'Hanlon, W. H. (1995). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Paidós Terapia Familiar. Barcelona.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-166.
- Olson, D. H., Sprenkle, D., & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Orthner, D. K., Jones-Sanpei, H., & Williamson, S. A. (2003). Family strength and income in households with children. *Journal of Family Social Work*, 7, 5-23.
- Otto, H. A. (1962). What is a strong family? *Marriage and Family Living*, 24, 77-80.
- Peseshkian, N. (1996). *Oriental stories as tools in psychotherapy: The merchant & the parrot*. New Delhi: Sterling Publishers.
- Peseshkian, N. (2000). *Positive psychotherapy*. New Delhi: Sterling Publishers.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 585-614.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L.C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8.
- Pinsof, W., Breunlin, D. C., Russell, W. P. y Lebow, J. (2011). Integrative problem-centered metaframeworks therapy II: planning, conversing, and reading feedback. *Family Process*, 50, 314-336.
- Pinsof, W.B. (1994). *An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications*. en A.O. Horvath y L.S. Greenberg (Comps.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (págs. 173-195). Nueva York: Wiley & Sons.

- Pinsof, W.B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Pinsof, W.M., & Lebow, J.L. (2005). *A scientific paradigm for family psychology*. In W.M. Pinsof & J.L. Lebow (Eds.), *Family psychology: The art of the science* (pp. 3–19). New York: Oxford Press.
- Robbins, M. S., Mayorga, C. C., and Szapocznik, J. (2003). *The ecosystemic "lens" to understanding family functioning*. In Sexton, T. L., Weeks, G. R., and Robbins, M. S. (Eds), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. (pp. 21-36). New York: Brunner-Routledge.
- Rodriguez, A. y Beyebach, M. (1997). Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica. *Cuadernos de terapia familiar*. 34, 39-56.
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires Paidos.
- Rogers, C. y Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Madrid: Alfaguara.
- Russell, E., & Fosha, D. (2008). Transformational affects and core state in AEDP: The emergence and consolidation of joy, hope, gratitude and confidence in (the solid goodness of) the self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 167–190.
- Salovey, P., Mayer, J.D., & Caruso, D. (2002). *The positive psychology of emotional intelligence*. En C.R. & Lopez, S.J. (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 159– 171). New York, NY: Oxford University Press.
- Sandage, S. J., & Hill, P. C. (2001). The virtues of positive psychology: The rapprochement and challenges of an affirmative postmodern perspective. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 31, 241–260.
- Sandage, S.J., Cook, K.V., Hill, P.C., Strawn, B.D., & Reimer, K.S. (2008). Hermeneutics and Psychology: A review and dialectical model. *Review of General Psychology*, 12, 344-364.
- Satir, V. (1964). *Conjoint Family Therapy*. Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books.
- Satir, V. (1979). *Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books

- Schulenberg, S. E., Hutzell, R. R., Nassif, C., & Rogina, J. M. (2007). Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 447–463.
- Seider, B.H., Hirschberger, G., Nelson, K.L., & Levenson, R.W. (2009). We can work it out: Age differences in relational pronouns, physiology, and behavior in marital conflict. *Psychology and Aging*, 24, 604–613.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness*. New York, Free Press
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55.
- Sexton, T. L. y Schuster, R. A. (2008). The Role of Positive Emotion in the Therapeutic Process of Family Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 233–247.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2005). *Functional family therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families*. In T. L. Sexton, G. R. Weeks, & M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with couples and families* (pp. 323–350). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Sexton, T. L., & Schuster, R. A. (2008). The role of positive emotion in the therapeutic process of family therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 233–247.
- Sexton, T. L., Schuster, R. A. (2008). The role of positive emotion in the therapeutic change process of family therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 233-247
- Sexton, T., Weeks, G. R., & Robbins, M. (Eds.). (2002). *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. New York: Brunner-Routledge.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY: Guilford.

- Skinner, H., Steinhauer, P., & Sitarenios, G. (2000). Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, 22, 190-210.
- Snarey, J. (1985). Cross-cultural universality of social– moral development: A critical review of Kohlbergian research. *Psychological Bulletin*, 97, 202–232.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. xxv, 440 pp. San Diego, CA, US: Academic Press; US.
- Sprenkle, D. H. and Blow, A. J. (2004) Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113–129.
- Sprenkle, D., Davis, S., & Lebow, J. (2009). *Common factors in relational psychotherapy*. New York: Guilford.
- Stanton, M. (2005). Developing family psychologists: Epistemological transformation. *The Family Psychologist*, 21, 1-26.
- Stanton, M., & Welsh, R. (2011). *Specialty competencies in couple and family psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Stinnett, N. (1979). Strengthening families. *Family Perspective*, 13, 3–9.
- Stinnett, N., Sanders, G., Defrain, J., & Parkhurst, A. (1982). A nationwide study of families who perceived themselves as strong. *Family Perspective*, 16, 15–22.
- Sue, D. W., & Constantine, M. G. (2002). *Optimal human functioning in people of color in the United States*. In W. B. Walsh (Ed.), *Counseling psychology and human strengths*. (pp. 151–169). NY: Erlbaum.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University Press.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14, 511-532.

- Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 230–237.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect imagery consciousness: The negative affects*. New York: Tavistock/Routledge.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York, NY: W.W. Norton.
- Vecina, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27, 9-17.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory: Foundations, development, applications*. New York, NY: Braziller.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D.(1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Ed. Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W. W. Norton & Company.
- White, M. (2006). *Maps of narrative practice*. Nueva York: Norton.
- White, M. y Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide, Australia:
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wong, A., Wong, Y. J., & Obeng, C. S. (2011) An Untold Story: A Qualitative Study of Asian American Family Strengths. *Asian American Journal of Psychology*. Advance online publication.
- Wong, J. Y. (2006). Strength-centered therapy: a social constructionist, virtues-based psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 133–146.
- Wong, Y. J. (2006). The future of positive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 151–153.

Wynne,L., Ryckoff,I., Day, J. y Hirsch,S. (1958). *Pseudomutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos*. En C. Sluzki, C. (comp.) (1971),111-153