

**CONSTRUYENDO TERAPIAS QUE FORTALECEN. UNA MIRADA DESDE  
LA PSICOLOGÍA POSITIVA Y LA TERAPIA SISTÉMICA.**

**Building Therapies that Strengthen. A look from positive Psychology and Systemic  
Therapy**

**Sandro Giovanazzi Retamal<sup>1</sup>**

**Resumen**

El presente artículo aborda la aplicación clínica de la psicología positiva y de la terapia sistémica. Dentro de la terapia familiar sistémica, tanto los enfoques narrativos como los centrados en las soluciones han contribuido de manera histórica, a proponer una visión terapéutica en lo que funciona y en la reformulación de historias dolorosas por otras más sanas.

Por otra parte, la psicología positiva, siendo un constructo reciente, plantea la necesidad que tienen las ciencias relacionadas con la salud mental, a transitar desde un enfoque centrado en el déficit a otro con un foco en lo salugénico.

Proponemos que todas estas líneas de pensamiento comparten elementos tanto en sus elementos teóricos como técnicos, que permiten enfocarse en las fortalezas de las personas y familias.

**Palabras clave:** Psicología positiva, narrativa, terapia centrada en soluciones, fortalezas.

**Abstract**

The present article deals with the clinical application of Positive Psychology and of Systemic Therapy. Within systemic family therapy, the narrative approaches, as well as those that are solution – based, have contributed historically to propose a therapeutic look in what is working, and the reformulation of painful stories into more healthy ones. On the other hand, Positive Psychology, being a recent construct, state the need that the disciplines related to mental health have, to come from an approach centered in deficit, to another with emphasis in what is health-bringing.

---

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico y Supervisor Clínico Acreditado. Master en Terapia Familiar Sistémica, Universidad Autónoma de Barcelona. Doctorando en Psicología, Universidad de Palermo, Buenos Aires. Director Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, La Serena, Chile. Director Escuela Sistémica de Chile. E-mail: [sgiovanazzi@santotomas.cl](mailto:sgiovanazzi@santotomas.cl)

We propose that all these lines of thought share elements, both theoretical and technical, that allow the therapist to focus on individual's and families' strengths.

Key words:

Positive Psychology, Narrative, Solution-based Therapy, Strengths

- **Publicado en "Revista Conversaciones Sistémicas, Revista de Arsisco". Número 2 Año 3. Junio del 2011.**

## **INTRODUCCIÓN.**

Es el año 1998 y Martín Seligman es nombrado presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA). En su discurso inicial, Seligman planteó reenfocar la psicología y en general la salud mental. Su propuesta se basó en dar un giro en la investigación psicológica hacia los aspectos más saludables del ser humano (Seligman y Peterson, 2007). En dicho discurso Seligman declara que su mandato tendrá como misión "enfaticar el interés hacia una psicología más positiva", vale decir, retomar los objetivos olvidados de esta ciencia tradicionalmente centrada solo en curar la enfermedad: fortalecer y hacer más productiva la vida de las personas normales y promover la actualización del potencial humano. La psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros (Seligman, 1998).

Si bien es cierto, el enfoque de la psicología positiva puso el foco en los aspectos salugénicos más que en la patología, no podemos desconocer que los enfoques sistémicos desde sus orígenes han enfatizado la importancia de trabajar con los recursos de los pacientes y de sus familias.

Dentro de los enfoque sistémicos quizás los modelos narrativos y los centrados en la solución, han sido los que han utilizado en mayor medida los recursos de los pacientes y sus sistemas para lograr el cambio.

## **DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA POSITIVA**

La Psicología Positiva considera que incluso las personas que cargan con la mayor carga psicopatológica, se preocupan por muchas cosas más, además de aliviar su

sufrimiento. Las personas con problemas buscan mayor satisfacción y alegría y no sólo menos preocupación y tristeza y pretenden tener vidas llenas de significado y propósito.

Estos estados no se alcanzan automáticamente al remover el sufrimiento, pero el acogimiento de las emociones positivas y la construcción del carácter pueden ayudar, ambas directa o indirectamente, a aliviar el sufrimiento y a enmendar la raíz de sus causas (Seligman & cols., 2005).

Por definición la Psicología Positiva es el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo. Un campo concerniente al bienestar y el funcionamiento óptimo, el propósito de la Psicología Positiva es ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio (Seligman & cols. 2005).

Para cumplir este objetivo se hace necesario comprender el funcionamiento óptimo en múltiples niveles, incluyendo el experiencial, personal, relacional, institucional, social y global. Para ello, consideran necesario estudiar la dinámica de las relaciones entre estos procesos a los niveles antes mencionados y la capacidad humana de dar orden y significado en respuesta a la inevitable adversidad, considerando que el significado de la buena vida, en todas sus posibles manifestaciones, puede emerger de estos procesos. No obstante, no pretenden trasladar el foco de investigación de lo negativo a lo positivo, sino abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora bajo la cual el individuo se concibe como un agente activo que construye su propia realidad.

La Psicología Positiva Aplicada, es la aplicación de las investigaciones realizadas en este campo para facilitar el funcionamiento óptimo, donde se trabaja para su promoción y desarrollo, desde el trastorno y la angustia a la salud, a nivel individual, grupal, organizacional y social. Como se mencionó anteriormente, esto no quiere decir que la enfermedad y el trastorno deben ser descuidados, sino que deberían ser tomados como un aspecto más que conforman a un individuo (Linley & Joseph, 2004).

Las posibles aplicaciones de la psicología positiva están relacionadas con el apreciar las aproximaciones terapéuticas con un énfasis en lo positivo, además a la observación de los programas curriculares de escuelas e instituciones de educación superior que promuevan la motivación intrínseca y la creatividad. Sumado a lo anterior, también se plantea la importancia de promover la vida familiar y buscar formas alternativas para que las personas puedan hacer sus relaciones más provechosas y gratificantes. En el plano laboral se pretende mejorar la satisfacción laboral y

finalmente, a que las organizaciones progresen para que contribuyan de mejor forma al bienestar individual y su crecimiento.

Para abordar estas cuestiones, la psicología positiva propone tres tipos principales de felicidad, las cuales no se consideran exhaustivas ni definitivas pero pueden ser tomadas como una aproximación o punto de partida para el abordaje científico. La primera es llamada la “vida agradable” (*pleasant life*) que se refiere al bienestar que nos invade al disfrutar de la buena comida, sexo, bebida e incluso una buena película. Este tipo de felicidad es de corta duración y está muy relacionada a la experimentación de emociones positivas en el pasado, presente y futuro. La “vida agradable” es la que se logra maximizando las emociones positivas y minimizando las negativas (Seligman, 1998).

En segundo lugar se encuentra la “buena vida” (*good life*). Esta nace en cada uno cuando se disfruta haciendo algo en lo que se es bueno o incluso talentoso. Aquí se trata de identificar esos dones y saberlos usar. Esto está muy relacionado con los rasgos y fortalezas individuales. Es por eso, que desde la Psicología Positiva se trata de identificar los rasgos y fortalezas personales para poder potenciarlos e incrementar la “buena vida” (Seligman, 1998).

El tercer tipo de felicidad es denominado “vida con sentido” (*meaningful life*), es la más duradera de las tres y se trata de encontrar aquello en lo que creemos y de poner todas nuestras fuerzas a su servicio. Las obras de caridad, la militancia política, sonreír al vecino, todo vale y gratifica. Este tipo de felicidad supone sentirse parte de las llamadas instituciones positivas – democracia, familia, educación, etc. (Seligman, 1998).

## **UN MARCO SISTÉMICO PARA EL TRABAJO CON LAS FORTALEZAS**

### **La narrativa**

Hablar de la narrativa es referirnos a la teoría narrativa, la cual intenta ver todo el ciclo de vida humano y toda la coherencia de la vida humana. De la misma manera en que uno puede ver la coherencia de una novela, la que tiene un inicio, un desarrollo, con unos temas que se van encadenando, hasta un final que es coherente con el inicio y el desarrollo (Guidano, 1991).

Por otra parte, resulta relevante mencionar que en los años ochenta sucedió un punto de inflexión en la psicología así como en las psicoterapias, trasladando sus intereses hacia la narrativa (Gergen y Kaye, 1992).

En este sentido, cabe resaltar que han sido los modelos sistémicos y cognitivos los que en mayor medida han adoptado la metáfora narrativa para comprender e intervenir en la praxis clínica (Feixas y Villegas, 1990). Es así como la terapia familiar sistémica ha sufrido una transformación significativa a la hora de focalizar su interés clínico. Esto ha llevado a que se generara una especie de puente conector entre la terapia familiar y el siglo XXI, ese puente ha sido el construccionismo social.

En esta epistemología, cobra relevancia la idea de que nuestra experiencia es una función de la manera en la que articulamos los eventos, es decir, las historias con las que describimos nuestra experiencia. Éste hecho evidencia la ocurrencia de un desplazamiento desde la conducta a la cognición, el cual abrió un nuevo mundo de posibilidades en las psicoterapias, especialmente en las de orientación sistémicas (Minuchin, 2008).

### **La Terapia Centrada en Soluciones**

La terapia centrada en soluciones originalmente fue concebida como terapia familiar breve en Milwaukee, Wisconsin, a fines de la década de los setenta (De Shazer, 1982). Se puede considerar que dentro de sus “ancestros” más relevantes está el modelo de terapia breve desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto, California (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Lo que desde el modelo centrado en soluciones se debe destacar para el trabajo clínico, es que cada paciente es único, que poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos, que la terapia avanza a pasos lentos, que las emociones son parte del problema y de la solución, que se debe focalizar en pequeños cambios para irradiar a otros objetivos mayores y que no se puede cambiar el pasado por lo que se debe reenfocar al paciente en el futuro (Lipchik, 2002).

### **CASO CLÍNICO**

Jorge es un adolescente de 14 años y su madre solicita atención psicológica para su hijo debido a que en el colegio ya le han mandado a llamar en varias oportunidades por reiterados hostigamientos verbales por parte del joven hacia sus compañeros y una actitud displicente con los docentes. Agrega, que el evento gatillante de la consulta consistió en un episodio de descontrol por parte de ella ante la desidia del joven en relación a levantarse para ir al colegio (cabe destacar que el joven ya había sido suspendido por reiterados atrasos en la llegada al colegio).

A nivel familiar, actualmente el joven vive con su madre, hermano menor (12 años) y sus abuelos maternos (de 70 y 75 años, respectivamente). Ambos abuelos han participado activamente en la crianza del joven y su hermano. La madre es la hija mayor de dos hermanos, no obstante, su hermano fue adoptado de modo que ella es la única hija biológica de la pareja. Los abuelos del joven ejercieron como docentes de educación primaria durante su vida y se viven con ellos desde hace dos años a la fecha, luego de que ambos jubilaran. No obstante, ellos siempre han estado cerca físicamente de su hija y los niños, constituyéndose en figuras significativas para ellos, especialmente, luego de la separación de los padres.

La relación de pareja de los padres del joven, es descrita por la madre como una relación muy conflictiva, causa de gran dolor y sufrimiento. Para ella la separación del padre de sus hijos es indicado como el evento más difícil que ha debido enfrentar en su vida.

En términos de dinámicas familiares se observa que las funciones parentales han recaído en gran parte en las figuras de los abuelos maternos. La madre indica que sus hijos le obedecen más a su madre que a ella misma.

**Transcripción de parte de la primera entrevista diagnóstica con el paciente identificado desde un marco teórico de la psicoterapia sistémica y la psicología positiva.**

*T (Terapeuta) : ... "todo esto que te ha estado sucediendo cómo le llamarías?"*

*P (Paciente): ... "le llamaría los malos momentos que he tenido"*

*T: Cuando nombras los "malos momentos, se te viene alguna imagen a la mente?"*

*P: Sí claro, pienso en una nube negra, como lluviosa...*

*T: Me la podrías dibujar...*

*(El paciente dibuja varias nubes en una hoja con mucha lluvia)*

*T: Muy bien, te parece que este dibujo represente a los "malos momentos"...*

*P: Sí.*

*T: Ok, la vamos a dejar al lado tuyo.*

*T: Te quiero preguntar, desde cuando estos "malos momentos aparecieron en tu vida"*

*P: Todo empezo creo yo desde que mis padres se separaron.....*

*T: Y cual es la influencia que han tenido esos "malos momentos en tu vida", por ejemplo, qué has dejado de hacer que hacías antes por estos "malos momentos?"*

*P: Antes jugaba y compartía más con mi familia, cosa que ahora no hago*

*T: Y cual es la influencia que tienes tu sobre esos “malos momentos”, alguna vez le has ganado a esos malos momentos, recuerdas alguna vez donde hayas salido victorioso y no te hayas dejado vencer por esos malos momentos?.*

*P: Sí, en la navidad del año pasado me sentía muy mal, y quería encerrarme en la pieza, pero ví una foto de mi mamá, y me dieron ganas de salir a compartir con ellos, con mis abuelos...*

*T: Entonces tu le has ganado a esos malos momentos algunas veces, es decir, tienes un cierto poder sobre ellos...*

*P: Sí, creo que es así*

*T: Y cómo te hizo sentir esto que le hayas ganado a los “malos momentos”P: Bien, alegre... creo que a veces controlo esto que me pasa...*

*T: Y pensando en que te gustaría controlar esto que te pasa, en una escala de 0 – 100, siendo 100 el absoluto control sobre los malos momentos, y siendo 0 la ausencia del control sobre los malos momentos, dónde te hubicarías en estos momentos?*

*P: Me hubicaría en el 50...*

*T: Y en el momento en que sentiste que no tenías tanto control sobre los malos momentos, en qué nivel de esta escala te hubieses ubicado?*

*P: En un 10...*

*T: O sea que desde ese momento hasta ahora, has incrementado 40 puntos de la escala..., y cómo lo has hecho para incrementar, qué te ha servido para haber aumentado así?*

*P: Creo que puedo ver a las otras personas que sufren por mi comportamiento, y lo dejo hasta ahí no más...*

*T: Tú en cierto sentido, te sientes un vencedor sobre los malos momentos, cuéntame, qué has realizado concretamente para ganarle a los “malos momentos”?.*

*P: Pensar en otras cosas cuando me siento mal, pensar en mi mamá, en todo su sacrificio...*

*T: Supon que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que te han traído aquí se terminan de resolver del todo, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como estás durmiendo no te das cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas vas a notar diferentes mañana que te haga darte cuenta de que esta especie de Milagro se ha producido?*

*P: Creo que yo estaría más feliz, y más tranquilo con el diario vivir, no me angustiaría tanto...*

**Desde un marco de la psicología positiva aplicada a la clínica, para la entrevista, vamos a focalizar en lo siguiente para el diagnóstico:**

*T: Viendo tu vida hasta este momento, cuales crees que han sido tus fortalezas, tus recursos personales, que te han ayudado a salir adelante en la vida, a pesar de todo?*

*P: Creo que soy una persona cariñosa en general, lo que pasa es que desde hace un tiempo, no me he sentido bien para serlo nuevamente...*

*T: Y en la familia, a pesar de que tus padres se hayan separado, que dirías que es lo positivo, lo que hacen bien como familia?*

*P: Creo que somos luchadores...*

*T: Dime algo, en una escala de 0 a 100, siendo 100 el estado de máximo bienestar que podrías tener, y 0 ausencia absoluta de bienestar, en que nivel de la escala te ubicarías?*

*P: En un 60...*

*T: Y qué “pasos” pequeños podrías empezar a dar desde ahora en adelante para ir acercándote al punto óptimo de bienestar?*

*P: Pienso que ir de a poco como UD. dice, me ayudaría bastante, a veces quiero Todo inmediatamente...*

*T: Sí, como algo de lo que estás mencionando, pero dime cuales serían tus metas en estos momentos, las metas a corto plazo, que al alcanzarlas te sirvan para sentirte más competente aún?*

*P: Pienso que estar más tranquilo como persona, no reaccionar explosivamente...*

*T: Como te pasa cuando están los “malos momentos” controlando tu vida?*

*P: Sí...*

*T: Y cómo te darías cuenta de que vas por buen camino en el logro de esas metas?*

*P: Creo que se vería el efecto inmediatamente, en mis relaciones...*

*T: Cómo cambiarían estas relaciones?*

*P: Estaría más tranquilo con ellos...*

*T: Pero dime con quién podrías ir practicando buenas relaciones, que sean más Positivas para ti?*

*P: Pienso que con mi mamá...*

*T: Muy bien, esto puede ser un compromiso a lograr para la próxima sesión?, es decir, que puedas a lo menos en una oportunidad tener un buen momento con ella?*

*P: Es difícil...*

*T: Claro que es difícil, los cambios no llegan rápidamente, los cambios son lentos, pero por algo se empieza...*

*P: Lo intentaré...*

*T: Y esto también lo hablaremos con tu mamá...te parece?*

*P: Sí*

*T: Pasando a otra cosa que quería hablar contigo hoy, dime, cómo te diviertes con tu familia, qué hacen juntos, que te permita sentirte bien emocionalmente...*

*P: Jugamos cartas juntos, en verdad antes lo hacíamos más, pero ahora se ha perdido un poco...*

*T: Esto es algo que te gustaría retomar nuevamente con ellos?*

*P: Sí, podría ser una buena idea.*

La primera sesión continúa, y en la devolución se enfatiza lo siguiente:

*T: Jorge eres una persona valiente, un joven valiente, ya que en vez de quedarte en casa como me mencionaste que habías pensado, viniste a sesión cosa que no es fácil para nada, y has decidido enfrentar los problemas...siento que hoy has logrado darte cuenta del efecto que ha tenido en tu vida y en la de tu familia, esos “malos momentos”, y de algo más importante, de cómo has ido logrando cierto control sobre estos...también me parece importante la capacidad de UDS. Como familia, de salir adelante, a pesar de la historia compleja de la separación, han sido resilientes como personas.*

*Me gustaría plantearte un plan de tratamiento, que sea de 15 sesiones, y en donde nos veamos algunas veces nosotros a solas y otras veces con tu familia, que te parece?*

### **Diagnóstico y plan de tratamiento desde un marco teórico de la psicología positiva y la psicoterapia sistémica.**

Desde un enfoque centrado en lo positivo y en los recursos, se puede decir que el paciente:

- El paciente identificado tiene sensación de competencia en la resolución de sus problemas.
- La familia tiene fortalezas que quedan demostradas en haber salido adelante en situaciones de alta complejidad, como lo fue la separación de los padres.
- Todavía existe una sensación de control de la situación.
- El paciente logra “verse” sin los problemas.

- El paciente puede ver el efecto de los problemas en su vida, y como esto ha ido quitando espacios “libres de conflictos”.

En el plan de tratamiento se incluirán los siguientes aspectos:

- 15 sesiones cada 15 días como intervalo de tiempo, donde participarán de forma mixta la familia y/o el paciente identificado.
- Dentro de los objetivos terapéuticos, y tomando como base parte de la primera sesión con el joven, que fue relatada anteriormente, se pueden establecer los siguientes objetivos:
  - Que el paciente identificado aumente su sensación de bienestar, para esto deberá ir trabajando en base a pequeñas metas o pasos para alcanzar la sensación de mayor bienestar.
  - Fortalecer los lados resilientes y la sensación de competencia de la familia y del paciente identificado. Para esto se entregarán prescripciones conductuales a la familia y al paciente, para que puedan realizar actividades placenteras entre ellos, con la finalidad también de aumentar las emociones positivas entre ellos. Además se trabajará en focalizar en pequeños problemas que sean solucionables por ellos. En este sentido, se trabajará con las “autosoluciones” que ellos han utilizado cuando han vencido a los problemas.
  - Con el paciente identificado se trabajará en base a la narración de su historia, que ha surgido como material clínico en la primera sesión, especialmente con la idea de que “el problema es el problema” y que no está dentro de él. Esto se realizará a través de una profundización en la historia del problema, es decir, cuando aparecen los “malos momentos” en su vida, y como estos empezaron a tener influencia sobre él y su familia, y ver también la influencia que han tenido ellos en derrotar a los malos momentos, y así que se puedan ver más competentes como familia y personalmente.
  - Focalizar en lo que hacen bien como familia: Para esto se les pedirá que de sesión en sesión vayan trayendo un cuaderno donde vayan anotando qué han realizado bien como familia día a día.
  - Individualmente, se le entrenará al paciente en relajación, para que pueda aumentar su conexión con él mismo, y así tener mayor conciencia de sus emociones, tanto negativas como positivas.
  - Centrar y focalizar las emociones positivas tanto del paciente identificado como su familia: Se le pedirá al paciente, por una parte de forma individual y por otra

parte con su madre (diada madre – hijo), que puedan, a lo menos 3 veces a la semana, expresarse emociones positivas hacia el otro. Para esto pueden en un momento del día salir a caminar o simplemente sentarse frente a frente, y así expresar emociones positivas por el/la otro/a, expresando gratitud por ejemplo, el uno con el otro.

- Se trabajará la espiritualidad del paciente, como forma de conectarse con lo divino. Esto se desarrollará a través de meditaciones, para las cuales se le entrenará en sesión.
- Se entrenará al paciente en centrarse en metas a corto plazo, y que estas metas sean factibles de alcanzarse. Además, se trabajará en sesión la sensación de sentir esperanza en lo que viene, en el futuro del paciente. Esto será practicado por el paciente a diario, cuando se levante, haciendo focalizaciones mentales, donde él se vea de una mejor manera, con sentimientos más positivos de ese futuro próximo.
- Trabajo con pensamientos automáticos negativos del paciente: A través de reestructuración cognitiva, se hará ver la validez de esos pensamientos negativos.
- A través de cuentos terapéuticos, se trabajará el “cierre” del pasado doloroso, y se construirá un nuevo cuento de su pasado, que incluya los elementos positivos de su historia que él no ha visualizado hasta el momento. A esto, se agregará el trabajo de construcción de portfolios personales para favorecer la emergencia de emociones positivas.

### **FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES CLÍNICAS.**

La fundamentación de las intervenciones clínicas y del tratamiento del caso relatado, se basan en una primera parte en los enfoques sistémicos. Dentro de estos, los enfoques narrativos, hacen mención a que los relatos que se hacen y se escuchan, a lo largo de la vida, son muchos y variados. Se vive dentro de ellos, tanto en los propios como en los relatos de las demás personas, los que a su vez son incluidos en los relatos propios, asumiendo así que dichos relatos corresponden a una experiencia participativa (Ramos, 2001).

En este sentido, es importante referirse a lo que se entiende por narrativa, concepto que el autor Martin Payne (2002) describe como el relato de uno o varios sucesos que surgen producto de los recuerdos, percepciones, experiencias e interpretaciones de un individuo. Los sentimientos, para que puedan ser entendidos y

conocidos por los demás, tienen que ser significados, donde la mejor manera para conseguirlo es por medio del relato, por medio de su narración (Ramos, 2001).

White y Epston (1993), mencionan que las personas disponen de varios y diferentes relatos acerca de sí mismos, de los demás y de las relaciones que se forman, siendo algunos de estos relatos los que suscitan las competencias y el bienestar, mientras que otros sirven para descalificar o patologizar a sí mismo, a los demás y/o a sus relaciones. Es primordial comprender que el relato dominante, a la hora de significar los sucesos de la vida, determinará, en gran medida, la naturaleza de las vivencias y, por ende, de las propias acciones (White y Epston, 1993). En otras palabras, las personas viven de acuerdo a las historias que cuentan a partir de sus experiencias de vida, por lo que serán, precisamente esos relatos, los que esculpen la vida, la constituyen y la engloban. Por consiguiente, la forma más poderosa para cambiar la vida de una persona, es por medio de la modificación de los relatos que se cuentan a sí mismos y a los demás, lo que ayudaría a la aparición de relatos alternativos.

Siguiendo en el modelo sistémico, la terapia centrada en soluciones (TCS), es una breve terapia que fue creada inicialmente en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee por Steve de Shazer (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994). Sus planteamientos teóricos y clínicos han sido generados a partir del trabajo de Milton H. Erickson y los aportes del Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Dentro de esta forma de trabajo, se trabaja con lo que funciona más que con lo que no funciona.

Otra idea base de la TCS es que se parte de que los pacientes tienen los recursos necesarios para lograr sus objetivos, aunque por momentos puedan no usarlos o tenerlos olvidados. La función del terapeuta es movilizar estos recursos, ayudar a la familia a que se ayude a sí mismo, y hacerlo además en el menor tiempo que sea posible. La forma de movilizar estos recursos es a través de la conversación, que se centra deliberadamente en la superficie de las cosas, sin buscar factores subyacentes o fenómenos ocultos (Lipchik, 2002).

Se puede mencionar que los enfoques narrativos y los centrados en la solución, y en general los enfoques sistémicos, prácticamente desde la creación del modelo terapéutico, han utilizado los recursos de los pacientes y sus sistemas para lograr el cambio. En este sentido, quizás en los antecedentes de la psicología positiva debería hacerse alusión a este modelo.

Como se puede ver en el extracto de sesión clínica, durante varias partes, se utiliza la connotación positiva, rescatando los elementos positivos de la situación que inicialmente aparecía como negativa. Además se habla de recursos o capacidades, que están vista desde una mirada de la resiliencia tanto individual como familiar. Se trabaja desde este enfoque para tratar de hacer ver a los pacientes sus recursos, pocos o muchos. Esto sumado a la connotación positiva, son recursos terapéuticos poderosos desde el marco teórico sistémico, que hacen que el paciente pueda “verse” de manera diferente.

Desde el marco de la psicología positiva aplicada a la clínica, podemos mencionar que en la parte de la sesión inicial transcrita así como en el plan de tratamiento, se han utilizado dos de los tres ejes mencionados por Seligman y Csikszentmihalyi (2000), los que para estos autores serían los pilares de la psicología positiva; el estudio de la experiencia subjetiva positiva y el estudio de las tendencias individuales positivas. Si apreciamos el caso clínico, podemos darnos cuenta que el lenguaje utilizado en la sesión con el paciente, es un lenguaje que enfatiza los recursos del paciente, y en cada momento lo posiciona en un rol activo en la resolución de sus problemas. Este es un paso fundamental, ya que no se puede pensar y trabajar desde un marco de la psicología positiva aplicada a la clínica, si se sigue utilizando el lenguaje del déficit y de la enfermedad (Seligman y Peterson, 2007).

Asimismo dentro de las intervenciones clínicas y el plan de tratamiento, podemos apreciar la utilización de virtudes y fortalezas propuestas por Peterson y Seligman (2004), las que favorecen el crecimiento humano. Además agregan que las fortalezas constituyen el principio fundamental de la condición humana y una actividad congruente con ellas representa un importante camino hacia una vida psicológica óptima.

En relación a las virtudes, se puede mencionar que estas son más generales que las fortalezas, y que son las características centrales del carácter, y a través del tiempo y la historia del hombre, se han distinguido las de sabiduría, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia (Peterson y Seligman, 2004). En cada una de estas virtudes, a través de las fortalezas, se trabajó tanto en la sesión como en la propuesta de plan de tratamiento del paciente. Por ejemplo, en el plan de tratamiento, se plantea trabajar sobre la gratitud del paciente, en la espiritualidad, en la esperanza, optimismo y en una orientación del paciente hacia el futuro más que hacia el pasado.

Si vemos las dimensiones en el modelo de Bienestar propuesto por Ryff (1989), apreciamos que en el trabajo clínico y el plan de intervenciones propuestas en el caso,

se focaliza las dimensiones principalmente de “crecimiento personal”, “propósito en la vida”, “autoaceptación” y “relaciones positivas con los otros”.

Todo el plan de tratamiento del caso anteriormente relatado, debería ser enfocado en la “pesquisa” y fortalecimiento de las emociones positivas del paciente y de su familia, ya que estas son indicadores del bienestar psicológico (Castro, 2010). Además, si nos basamos en la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas (Fredrickson, 2001, citado en Castro, 2010), donde se postula que a medida que una persona experimenta emociones positivas, ello amplía las posibilidades y aumenta los repertorios de conducta del individuo. En el caso clínico, si el paciente va logrando experimentar las emociones positivas, a través de las prescripciones clínicas, podrá irradiar esa experiencia constructiva, a otros ámbitos de su vida. Sumado a lo anterior, el trabajo con técnicas de reestructuración cognitiva, con el uso de fortalezas personales, la visualización de un futuro optimista y la expresión de gratitud en el paciente, le permitirá aumentar la “razón de positividad” (positivity ratio), que es el monto de positividad necesaria para pasar de una espiral negativa a una positiva (Fredrickson, 2009, citado en Castro, 2010).

Es relevante mencionar, que en todo este marco teórico, que permite el entendimiento y la intervención clínica, como lo es la psicología positiva, no se intenta reemplazar lo que tradicionalmente se conoce como sufrimiento psicológico, sino que se intenta suplementar, con el objetivo de lograr una comprensión más equilibrada de la experiencia humana (Casullo, 2005). La idea anterior, es lo que Casullo (2005) ha nombrado como el “capital psíquico”, haciendo referencia a ese conjunto de factores y procesos que permiten aprender y sobrevivir, y a generar fortalezas personales.

Finalmente, creemos firmemente que a pesar de lo incipiente de la aplicación clínica de la psicología positiva, es una poderosa herramienta de trabajo terapéutico, que viene a complementar todos los esfuerzos que las terapias más antiguas y tradicionales, ya venían realizando (humanistas, sistémicas), vitalizando la mirada hacia la persona que sufre, transformando tanto la vida de los pacientes como la mirada de los clínicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Castro, A. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (2005). El capital psíquico. Aportes de la psicología positiva. En *Revista Psicodebate 6, Psicología, Cultura y Sociedad. Psicología Positiva*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.

- De Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. Nueva York: Guilford Press.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. Nueva York: Norton.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: investigation solutions in brief therapy*. Nueva York: Norton.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. Nueva York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. Nueva York: Norton.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *Tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Feixas, G. & Villegas, M. (1990). *Constructivismo y Psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden – and – build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56: 218 - 226. En: Castro, A. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Fredrickson, B. L. (2009). Positivity. Nueva York: Crown Publisher. En: Castro, A. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Gergen, K. & Kaye J. (1992). Beyond the narrative and the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K.J. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Guidano, V. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Linley, A., & Joseph, S. (2004) Applied Positive Psychology: A New Perspective for Professional Practice. En *Positive Psychology in Practice*. Linley, A., Joseph, S. New York: J. Wiley & Sons.
- Lipchik, E. (2002). *Terapia centrada en soluciones*. Más allá de la técnica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (2008). *Evaluando Familias y Parejas: de los síntomas al sistema*. Trabajo presentado en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, 25 y 26 de Abril 2008. Santiago de Chile.
- Peterson, C. y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues, A handbook and classification*. APA & Oxford University Press.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Ramos, R. (2001). *Narraciones contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Paidós.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069 - 1081.
- Seligman, M.E.P. (1998). Building Human Strength. Psychology's Forgotten Mission. *APA Monitor*, 28, (1).
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55: 5-14.
- Seligman, M.E.P., Lee Duckworth, A., & Steen, T. (2005) Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review, Clinical Psychology*. Referencia electrónica: <http://arjournals.annualreviews.org/> [20/10/04]
- Seligman, M. y Peterson, C. (2007). Psicología clínica positiva. En: L. Aspinwall y U. Staudinger (eds.), *Psicología del potencial humano* (pp. 409-425). Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.