

Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

terapiapsicologica@teps.cl

Sociedad Chilena de Psicología Clínica  
Chile

Tarragona, Margarita  
Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora  
Terapia Psicológica, vol. 31, núm. 1, abril, 2013, pp. 115-125  
Sociedad Chilena de Psicología Clínica  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78559051010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

# Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora

## Positive Psychology and Constructive Therapies: An Integrative Proposal

Margarita Tarragona

Universidad Iberoamericana/Grupo Campos Elíseos, México

(Rec:15 de diciembre de 2012 / Acep: 23 de enero de 2013)

### Resumen

La psicología positiva estudia el funcionamiento óptimo de las personas, utiliza el método científico para investigar las experiencias, rasgos e instituciones positivas. Las terapias “constructivas”, que incluyen la terapia centrada en soluciones, la narrativa y la colaborativa, se centran en construir sobre las excepciones a los problemas, indagan sobre las fortalezas y recursos de los clientes y parten de la base de que las personas quieren tener buenas relaciones y vidas plenas. Este artículo plantea por qué y cómo, a pesar de provenir de tradiciones intelectuales diferentes, la psicología positiva y las terapias constructivas pueden integrarse y enriquecerse mutuamente en la práctica terapéutica.

*Palabras clave:* psicología positiva, terapia narrativa, terapia colaborativa, terapia centrada en soluciones

### Abstract

Positive psychology studies people's optimal functioning. It uses the scientific method to research positive experiences, traits and institutions. “Constructive therapies” include solution focused, narrative and collaborative therapies. These approaches focus on building upon exceptions to problems, inquire about clients' strengths and resources and are based on the premise that people want to have good relationships and full lives. This article discusses why and how positive psychology and constructive therapies, despite coming from different intellectual traditions, can enrich each other and be integrated in clinical work.

*Key words:* positive psychology, narrative therapy, collaborative therapy, solution focused therapy.

## Introducción

La psicología positiva estudia científicamente el funcionamiento óptimo de las personas y se propone descubrir y promover los factores que les permiten a los individuos y a las comunidades vivir plenamente. Durante sus primeros años, este movimiento se caracterizó por estar primordialmente enfocado en la investigación, pero recientemente ha habido un enorme interés en las aplicaciones de la psicología positiva en diferentes ámbitos, entre ellos el clínico. Hasta ahora la literatura sobre la psicología positiva aplicada a la terapia ha resaltado especialmente la congruencia que existe entre la psicología positiva y la terapia humanista (Joseph y Linley, 2006), la terapia cognitivo conductual (Seligman, Rashid y Parks, 2006; Frisch, 2006) y, muy

recientemente, la terapia de aceptación y compromiso (Kashdan y Ciarrochi, 2013).

Tanto Joseph y Linley (2006) como Seligman y colaboradores (2006) han señalado que la psicología positiva se puede incorporar a casi cualquier abordaje terapéutico. Este trabajo argumenta que la psicología positiva puede combinarse de una forma particularmente productiva con un grupo de terapias denominadas “terapias constructivas” que incluyen a la terapia narrativa, la colaborativa y la centrada en soluciones. Ofrezco también algunos ejemplos para ilustrar cómo estos dos dominios, la psicología positiva y las terapias constructivas, pueden enriquecerse mutuamente.

Antes de hablar de cómo integrar la psicología positiva y las terapias constructivas, puede ser útil hacer un breve repaso de en qué consiste cada una.

## La Psicología Positiva

Se llama Psicología Positiva a un movimiento que ha tomado gran fuerza en la 1<sup>a</sup> década del siglo XXI: la investigación científica de la felicidad, el bienestar y lo que funciona bien en la vida de las personas. Mihaly Csikszentmihalyi (en Pawelski, 2008) habla de la psicología positiva como una orientación metafísica hacia lo bueno. Seligman (2011) la ha definido como el estudio de lo que escogemos libremente, mientras que Peterson (2006) veía como objeto de la psicología postiviva “lo que hace que la vida valga la pena”.

Este énfasis en lo mejor de los seres humanos contrasta con lo que tradicionalmente ha sido el foco de la psicología, tanto en la investigación como en la práctica: los déficit y las patologías. Desde el “boom” de la psicología clínica después de la segunda guerra mundial, se le habían dedicado muchos más recursos a entender los problemas y paliar el dolor que a estudiar y promover las virtudes y la resiliencia (Seligman 2002). La psicología positiva no minimiza la importancia de conocer y tratar las psicopatologías y de ayudar a los individuos, familias y organizaciones a resolver problemas. Lo que propone es una psicología equilibrada, en la que tengamos conocimientos y herramientas tanto para mejorar lo doloroso, como para cultivar lo que más valoramos y es bueno en nuestras vidas (Seligman, Parks, y Steen, 2004 ;Tarragona, 2009).

Tal vez lo que más caracteriza a la psicología positiva es el énfasis en la investigación científica. Vázquez y Hervás (2009) titulan justamente así su libro sobre los fundamentos de la psicología positiva: la ciencia del bienestar. Hay otras fuentes de conocimiento sobre la felicidad y la plenitud de la vida: la filosofía, las tradiciones religiosas y espirituales, la sabiduría popular y las experiencias personales. También ha habido en la historia de la psicología ilustres teóricos que, aun siendo una minoría en la profesión, se han interesado en el bienestar (por ejemplo Adler, Maslow, Yahoda, Frankl, Rogers, entre otros), pero su trabajo no se basaba en la evidencia empírica. Como comenta Pawelski (2008) la psicología positiva combina dos elementos conocidos de una manera novedosa: la psicología científica existe hace 150 años. Y el interés por la felicidad es milenario (por ejemplo, Aristóteles escribió mucho sobre el tema). Pero hace poco tiempo que se ha usado el método científico para estudiar la felicidad.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Los términos felicidad, bienestar subjetivo y bienestar se usan de manera casi intercambiable en la literatura de psicología positiva. Seligman (2011) prefiere hablar de bienestar porque considera que es un concepto

Hoy en día la lista de notables investigadores que se dedican a estudiar la felicidad, en muchas de las mejores universidades del mundo, es muy larga y le brinda solidez y credibilidad a la psicología positiva. Entre los temas que investigan están el bienestar subjetivo, el optimismo, la gratitud, la esperanza, la resiliencia, las emociones positivas, las fortalezas de carácter y los talentos, la pasión, el sentido de vida y los valores, el humor, el bienestar en el trabajo, las parejas felices, la sabiduría y envejecer bien, entre otros temas.

Vázquez (2006) señala que es probable que en el futuro no muy lejano el estudio del bienestar se vaya integrando al quehacer cotidiano de todos los psicólogos.

Seligman (2011), al analizar los hallazgos más importantes sobre los factores que contribuyen al bienestar, concluye que éste tiene cinco elementos principales, mismos que sintetiza con el acrónimo en inglés PERMA<sup>2</sup>. En español, lo podemos traducir como PRISMA (Tarragona, en prensa):

- Positividad
- Relaciones Interpersonales
- Involucramiento
- Sentido de vida
- Metas Alcanzadas

A continuación se explica brevemente en qué consiste cada uno de estos componentes:

### *La Positividad*

Como su nombre sugiere, la positividad se refiere a experimentar emociones positivas, más frecuentemente que las emociones negativas. Implica también un estilo cognitivo optimista (esperar que sucedan cosas buenas). Abarca también el tener un marco cognitivo optimista. Las buenas relaciones interpersonales son fundamentales para la felicidad. El involucramiento se refiere a estar implicados en nuestras actividades, concentrarnos en nuestras tareas y poner en juego nuestras habilidades. Tener un propósito y sentido en la vida son también claves del bienestar, como también lo es ponernos metas y alcanzarlas. A continuación se presentan algunas pinceladas de la evidencia sobre las contribuciones de cada uno de estos elementos del PRISMA a la felicidad.

Barbara Fredrickson (2009) ha descrito 10 formas distinguibles de emociones positivas que la gente identifica

más amplio que felicidad y que no se asocia exclusivamente a la alegría y el estado de ánimo. Considera que es un concepto casi intercambiable. en la literatura de psicología

<sup>2</sup> Positivity, Engagement, Relationships, Meaning and Achievement.

con más frecuencia: el gozo, la gratitud, la serenidad, el interés, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración, el asombro y el amor. Fredrickson (2009) ha encontrado que cuando las personas experimentan emociones positivas mejoran varias funciones cognitivas como la memoria inmediata y el vocabulario, y están más abiertas a la información nueva. En base a esto ha desarrollado una teoría, llamada de “ampliar y construir”, que propone que las emociones positivas nos ayudan a estar más abiertos a las experiencias, a tener curiosidad y ganas de explorar el mundo, además de promover que nos conectemos con otras personas. Estas actividades son fundamentales para crear y construir, y nos hacen plenamente humanos. Tanto Fredrickson (2009) como Seligman (2011) hablan del “florecimiento humano” para referirse a las personas que funcionan a niveles extraordinarios en todos los ámbitos (lo personal, laboral, relacional) y que no solo se sienten bien, sino que hacen el bien, tienen un impacto positivo en su entorno. La investigación ha mostrado que las personas “florecentes” tienen tres emociones positivas por cada emoción negativa que experimentan (Fredrickson, 2009). Es decir, que no es suficiente tener muchas emociones positivas o casi no tener emociones negativas, lo que se relaciona con el bienestar es la proporción entre éstas: 3 a 1. Es curioso que otros dos investigadores, antes de conocer el trabajo de Fredrickson, hayan llegado a conclusiones similares respecto a la existencia de una tasa de positividad que caracteriza a las interacciones productivas y satisfactorias. Marcial Losada (Losada y Heaphy, 2004), en sus estudios sobre los equipos de trabajo de alto rendimiento en las empresas, encontró que los integrantes de éstos tenían una proporción de 6 interacciones positivas por cada negativa. John Gottman, en sus famosas investigaciones sobre las parejas felices, descubrió que las parejas que se llevan bien y permanecen juntas tienen 5 interacciones positivas (como muestras de afecto, apoyo, buen humor) por cada interacción negativa (crítica, defensividad, falta de atención...) (Gottman y Silver, 1999). Hay mucha evidencia de que la positividad se relaciona con el bienestar físico. Diener y Chan (2011) en su revisión de la literatura sobre la positividad y la salud encontraron que las emociones positivas predicen el buen funcionamiento de los sistemas cardiovascular e inmunológico. Las emociones positivas también se correlacionan con la longevidad (Harker y Keltner, 2001; Danner, Snowdon y Friesen, 2001).

### *Las Relaciones Interpersonales*

El segundo elemento del PRISMA, la R, tiene que ver con las relaciones. Christopher Peterson, a quien va dedicado este número de la revista, hizo famosa la frase “los demás importan”, que para él resumía lo más importante de la psicología positiva. En sus cursos y conferencias, Peterson subrayaba que la variable que más frecuentemente se correlaciona con el bienestar es la calidad de nuestras relaciones y que cuando se ha estudiado a las personas más felices entre las felices se ha encontrado que todas tienen buenas relaciones interpersonales (Peterson, 2006).

Csikszentmihalyi ha encontrado que la gente de todas las edades y en diferentes culturas tiende a entristecerse cuando está sola y está más alegre cuando está con otras personas. (Csikszentmihalyi, 1997). George Vaillant, quien durante 40 años encabezó el estudio longitudinal más largo sobre el desarrollo adulto realizado en la Universidad de Harvard, está convencido de que el amor es la clave del bienestar. Como ha expresado de modo muy gráfico: “La felicidad es amor. Punto” (Vaillant, 2009).

### *El Involucramiento*

El tercer factor del modelo PRISMA es el involucramiento, frecuentemente asociado a las experiencias de “flow” o flujo de la conciencia, descubiertas por el Mihaly Csikszentmihalyi (Csikszentmihalyi, 1997, 2005; Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 2006; Fernández, 2012). Decimos que alguien está en “flow” cuando se concentra tanto en una actividad que en ese momento no piensa en nada más, su atención está totalmente enfocada e incluso se distorsiona su percepción del tiempo (generalmente parece que pasa muy rápido).

Uno de los hallazgos más interesantes de Csikszentmihalyi (2005) es que para estar en *flow*, además de la atención concentrada, es necesario que exista cierta relación entre nuestra capacidad y el reto o dificultad que esa actividad presenta: entramos en *flow* cuando nos enfrentamos a un reto relativamente alto y tenemos habilidades también relativamente altas para hacer eso. Si el nivel de reto es bajo en comparación a nuestra capacidad, es probable que nos sintamos aburridos, mientras que si la actividad es demasiado difícil para nosotros, sentiremos frustración y ansiedad. Las investigaciones indican que las experiencias de *flow* son importantes porque cuantas más tenemos, más felices somos. En el momento del *flow*, nuestro estado emocional

es neutro, pero después tendemos a estar de buen humor y sentirmos satisfechos.

### *El Significado*

La S de PRISMA representa al “significado”. Los filósofos a través de los siglos se han preguntado qué contribuye a que nuestra vida tenga sentido. Más recientemente los psicólogos se han aventurado a estudiarlo. Robert Emmons (2003) ha identificado 4 fuentes frecuentes de sentido de vida: el trabajo-logro, la intimidad-relaciones interpersonales, la espiritualidad y la trascendencia-generatividad.

Michael Steger de la Universidad de Colorado es uno de los investigadores más importantes sobre el tema del sentido de vida desde la perspectiva psicológica. Él define el sentido de vida como el grado en el que una persona comprende o percibe significado a su vida y siente que tiene un propósito, misión o meta. Steger (2009), tras hacer una revisión de las investigaciones sobre el tema, concluye que las personas que piensan que su vida tiene sentido son más felices, experimentan mayor bienestar y satisfacción, se sienten más en control de sus vidas y están más involucrados en su trabajo. También tienen menos depresión y ansiedad y son menos propensos a abusar del alcohol y otras sustancias. Las investigaciones también indican que quienes van más allá de ellos mismos y se dedican a una causa o ideal tienden a tener mayores niveles de significado en su vida.

### *Las Metas Alcanzadas*

La M y la A de PRISMA representan las metas alcanzadas. Seligman (2007) también se ha referido a este componente como la “vida victoriosa” y habla de la satisfacción que sentimos cuando enfrentamos retos y alcanzamos logros. Seligman habla de la importancia de lo que escogemos libremente y, al igual que las emociones positivas, las experiencias de flow y las relaciones interpersonales, alcanzar metas es algo satisfactorio en en sí mismo. Cuando nos ponemos metas podemos desarrollar habilidades y nos sentimos competentes. Estas dos cosas son parte importante del bienestar, según la teoría de la auto-determinación de Deci y Ryan (2000), quienes proponen que las personas tienen una necesidad de comportarse de maneras efectivas y sanas.

### *Las Fortalezas de Carácter*

Un área muy importante dentro de la psicología positiva es el estudio de las fortalezas de carácter. Como ya hemos comentado, en la psicología hay una larga tradición de estudiar

los déficits y disfunciones. El DSM, manual diagnóstico de los trastornos mentales, que en su cuarta edición (American Psychiatric Association, 2000) contiene más de 200 tipos de trastornos. Christopher Peterson y Martin Seligman se preguntaron por qué no existía un volumen similar que compilara y clasificara las fortalezas humanas y se dieron a la tarea de crear un “manual de las corduras” (Peterson y Seligman, 2004). Junto con un ilustre equipo de colaboradores, buscaron en muchas fuentes históricas, religiosas, filosóficas, literarias, culturales (e incluso en los libros de autoayuda y los manuales de los “boy scouts”) qué características humanas eran mencionadas más frecuentemente como deseables y que cumplieran con los siguientes requisitos: ser valoradas en casi todas las culturas; considerarse valiosas por ellas mismas, no como medios para otros fines y, muy importante, ser maleables, poderse desarrollar o cultivar. A estas cualidades se les llama fortalezas de carácter<sup>3</sup> y tras su investigación, los autores propusieron 24.

Las fortalezas de carácter son distintas de los talentos, éstos muchas veces son automáticos (por ej. tener oído perfecto o ser muy ágil), mientras que las fortalezas tienen que ver con nuestra voluntad (podemos decidir ser más generosos o más prudentes). Los investigadores (Seligman, 2002; Peterson y Seligman, 2004; Dahlsgaard, Peterson, y Seligman, 2005) proponen que las 24 fortalezas de carácter se pueden agrupar en seis grandes virtudes:

**Conocimiento y sabiduría.** Que incluye las siguientes fortalezas: La curiosidad e interés por el mundo, el amor por el aprendizaje, el buen juicio, pensamiento crítico y mente abierta; el ingenio, la originalidad y la inteligencia práctica; la inteligencia social, personal y emocional y la capacidad de poner las cosas en perspectiva.

**Valor** que abarca: coraje y valentía; perseverancia, diligencia e integridad y honestidad.

**Amor y humanidad:** bondad y generosidad, la capacidad de amar y dejarse amar.

**Justicia:** sentido de ciudadanía y del deber, lealtad y capacidad para trabajar en equipo; equidad, justicia y capacidad de liderazgo.

**Templanza:** autocontrol, prudencia, discreción, cautela, humildad y modestia.

**Trascendencia:** aprecio de la belleza y la excelencia; gratitud; esperanza, optimismo y orientación hacia el futuro; espiritualidad, sentido de propósito, fe, religiosidad, perdón

<sup>3</sup> Vale aclarar que la palabra “carácter” puede tener acepciones diferentes en español y en inglés. En inglés el término *character* se refiere a las cualidades morales de una persona. En este sentido se utiliza el término en la psicología positiva.

y caridad; sentido del humor y capacidad de juego; chispa, pasión y entusiasmo.

Peterson, Seligman y colaboradores han creado un instrumento autoaplicable para conocer las fortalezas de carácter, llamado Cuestionario VIA (Valores en Acción)<sup>4</sup> que está disponible en línea de manera gratuita, en varios idiomas (incluido el español). También se han diseñado ejercicios o “intervenciones” que se basan en conocer y aplicar las fortalezas de carácter y se ha visto que tienen un impacto positivo sobre el estado de ánimo y los niveles de satisfacción vital, aún entre personas diagnosticadas con depresión (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005). La voluntad juega un papel muy importante en el bienestar. Lyubomirsky (2008) propone una “fórmula” con tres determinantes de la felicidad:  $F = PF + C + V$ . La felicidad (F) está compuesta por un punto fijo (PF), que es nuestro nivel “normal” de felicidad y que probablemente tiene una base biológica, más las circunstancias de la vida (C), más nuestra voluntad o volición (V). Basada en las investigaciones existentes, Lyubomirsky cree que el componente genético puede explicar hasta el 50% de la felicidad, que nuestras circunstancias solo impactan el 10% de la felicidad y que el 40% depende de nuestra voluntad, de nuestras decisiones, actitudes y acciones. Otros autores han encontrado que el factor genético explica menos de la mitad de la felicidad (entre el 22% y el 40%) (Bartels et al. 2010), pero parece haber un consenso respecto a que una buena parte de nuestro bienestar está en nuestras manos.

A continuación se presentan las terapias constructivas, para después discutir por qué son compatibles con la psicología positiva y de qué manera se pueden combinar en el trabajo psicoterapéutico.

### Las Terapias Constructivas

A partir del último cuarto del siglo XX surgieron una serie de abordajes terapéuticos que dan un lugar central al lenguaje y las historias o narrativas de los clientes, y que conceptualizan la terapia como un proceso conversacional, no como una forma de curación similar al tratamiento médico. Estos enfoques han cuestionado muchas de las ideas en las que históricamente se ha basado la práctica clínica, y han ofrecido maneras distintas de conceptualizar y ejercer la terapia (Tarragona, 2006, en prensa b). Se les denomina terapias posmodernas, narrativas, discursivas,

conversacionales, socio-construcciónistas y postestructuralistas. La falta de un nombre que las unifique refleja que no se trata de una sola escuela o modelo, sino de un grupo interconectado de teóricos y terapeutas que comparten ciertas premisas filosóficas y epistemológicas. Al mismo tiempo, los diferentes nombres subrayan un aspecto importante de cada uno de estos enfoques: “Discursivas” y “conversacionales” sugieren que la terapia es vista como una conversación y como un proceso lingüístico. “Narrativa” se refiere al gran interés por la manera en la que las personas le dan significado a sus vidas a través de historias o narraciones de su experiencia. Llamarlas terapias “socio-construcciónistas” enfatiza que el conocimiento, el significado y la identidad se construyen a través de la interacción con otras personas. “Colaborativa” describe la clase de relación que se establece entre terapeutas y clientes, y enfatiza que el proceso de la terapia es una labor conjunta. Los terapeutas que no piensan que las dificultades humanas sean manifestaciones de estructuras profundas o subyacentes se identifican como “postestructuralistas” (Tarragona, 2008).

Stephen Friedman (1996) llama a los terapeutas que trabajan desde estas perspectivas “terapeutas constructivos” y los describe de la siguiente manera: “Los terapeutas constructivos: Creen en una realidad construida socialmente. Enfatizan la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica en la que el cliente y el terapeuta co-construyen significados mediante el diálogo o la conversación. Se mantienen empáticos y respetuosos ante el predicamento del cliente y creen en la capacidad de la conversación terapéutica para liberar aquellas voces e historias que han sido suprimidas, ignoradas o no tomadas en cuenta previamente. Se alejan de las distinciones jerárquicas hacia una oferta de ideas más igualitaria en la que se respetan las diferencias. Co-construyen los objetivos y negocian la dirección de la terapia, colocando al cliente en el «asiento del conductor», como experto en sus propios predicamentos y dilemas. Buscan y amplifican las habilidades, fortalezas y recursos y evitan ser detectives de la patología o reíficar distinciones diagnósticas rígidas. Evitan utilizar un vocabulario de déficit y disfunción, reemplazando la jerga de la patología (y la distancia) con el lenguaje cotidiano. Están orientados hacia el futuro y son optimistas respecto al cambio” (Friedman, 1996, p. 450-451, traducción de la autora).

El término “terapias constructivas” es afortunado por varias razones: alude tanto al constructivismo como al construcción social, dos de las epistemologías en las que se basan estas terapias; “constructivo” es un término coloquial, más fácil de entender que “posmoderno” o “postestructuralista”. Además, “construir” describe lo que se hace en este

<sup>4</sup>. Se puede encontrar en [www.authentichappiness.com](http://www.authentichappiness.com) (versión española en [www.psicologíapositiva.org](http://www.psicologíapositiva.org)) y en [www.viacharacter.org](http://www.viacharacter.org)

tipo de prácticas: edificar, levantar a partir de lo que ya está. Hay un riesgo en clasificar un grupo de terapias como constructivas, similar al que nos enfrentamos al llamar a un subconjunto de la psicología “positiva”: alguien podría decir “¿quieren decir que las otras terapias son destructivas?”. La respuesta obviamente es que no, simplemente es un nombre que enfatiza el carácter constructivo de estos abordajes.

### *La Analogía del Texto y la Metáfora Narrativa*

En las disciplinas sociales como la antropología y la sociología, desde los años 70 ganó fuerza el llamado “giro narrativo” que proponía que los datos en estas disciplinas no se “encuentran”, sino que se obtienen a través del lenguaje y las historias o narraciones de las personas. El giro narrativo “viajó” a través de diferentes disciplinas (Hyvärinen y Korhonen, 2006) y ha tenido un importante impacto en la psicología y la psicoterapia. La metáfora narrativa enfatiza la importancia de las historias o narrativas en nuestras vidas (Anderson, 1997; Bruner, 1990; Gergen, 1994; Polkinghorne, 1988; White y Epston, 1989). La psicología narrativa propone que los seres humanos organizamos nuestras experiencias como historia, cargadas de significado, constituidas por una serie de eventos concatenados en el tiempo, con desarrollos y desenlaces (Morgan 2000).

Un punto importante es que desde esta perspectiva, las narrativas no solamente describen o reflejan nuestras vidas, sino que las constituyen. Es decir, no solo nos sirven para contarles a otros lo que vivimos, sino que influyen sobre cómo lo vivimos. De acuerdo a Jerome Brunner (1990), nosotros nos convertimos en las narrativas que construimos para contar nuestras vidas. Para Harlene Anderson, la narrativa “es un proceso reflexivo, discursivo, de dos vías. Construye nuestras experiencias y a su vez es usada para entender nuestras experiencias. El lenguaje es el vehículo de este proceso: lo usamos para construir, organizar y dar sentido a nuestras historias” (1997, p. 213). Respecto a la identidad, Harlene Anderson propone que el self “es una autobiografía permanente; o para ser más exactos es una biografía multifacética del self/otro que constantemente escribimos y editamos” (1997, p. 216). Kenneth Gergen (1994) propone que a lo largo de nuestras vidas estamos revisando constantemente nuestras historias y modificamos el significado de los eventos y las relaciones.

La metáfora narrativa y la analogía de texto son muy útiles para hablar de las vidas humanas. Los creadores de la terapia narrativa, White y Epston (1989), influidos por el trabajo del sociólogo Ervin Goffman y el antropólogo Clifford Geertz, proponen que los *mapas* o analogías que

usamos para darle sentido a nuestro mundo determinan cómo entendemos los eventos y las acciones que tomamos. Si los terapeutas trabajan con analogías provenientes de las ciencias físicas, pueden pensar en las personas y sus relaciones como máquinas complejas; sus problemas pueden entenderse en términos de descomposturas o daños, y las soluciones como reparaciones o correcciones. Mientras que si tomamos analogías de la biología, podemos ver a las personas y las organizaciones sociales como “cuasi-organismos”, entenderemos sus problemas como síntomas y veremos la solución como una curación. White y Epston (1989) prefieren usar una *analogía de texto* para guiar su trabajo como terapeutas. Desde esta perspectiva, los problemas pueden ser interpretados como ciertos tipos de historias y sus soluciones pueden encontrarse en la autoría de historias alternativas diferentes.

Nuestras narrativas personales son fluidas y se desarrollan en el contexto de nuestras relaciones interpersonales y los intercambios lingüísticos con otras personas. Esta fluidez de nuestras historias e identidades es una de las premisas centrales de las terapias narrativas, ya que señalan el terreno en el que podemos incidir cómo terapeutas e implica que hay posibilidades de construir diferentes historias sobre las experiencias de los clientes.

Aunque cada una tiene características y estilos diferentes, la Terapia Centrada en Soluciones, la Terapia Colaborativa y la Terapia Narrativa comparten ciertas características (Tarragona, en prensa, b; 2008), entre ellas:

**Concepción relacional del conocimiento y la identidad.** La terapia narrativa, la centrada en soluciones y la terapia colaborativa coinciden en que nuestra experiencia de la realidad o del significado que damos a nuestras experiencias es construida a través de nuestras interacciones con otras personas. El mismo evento puede ser experimentado de manera diferente en contextos culturales, relaciones o lingüísticos diferentes.

**Atención al contexto.** Estas aproximaciones terapéuticas originalmente surgieron de la terapia familiar. Esto hizo que le dieran gran importancia al contexto: el de la cultura, de sus relaciones y de las conversaciones en las que participan. Hoy en día la terapia centrada en soluciones, la colaborativa y la narrativa se utilizan tanto con individuos como con parejas, familias, grupos y comunidades.

**El lenguaje como concepto central de la terapia.** Los proponentes de la terapia colaborativa, centrada en soluciones y la terapia narrativa comparten un interés intenso por el lenguaje. Conceptualizan la terapia como un proceso conversacional y creen que las preguntas, el diálogo y la conversación generan significado. Anderson (2006),

señala que el lenguaje es el vehículo principal a través del cual damos significado a nuestro mundo. Estos enfoques proponen que la manera en la que pensamos y hablamos acerca de nuestros problemas puede contribuir para que nos hundamos en ellos aún más o para que podamos contemplar nuevas posibilidades.

**La terapia como una colaboración.** Los terapeutas que practican la terapia colaborativa, la terapia narrativa, y la centrada en soluciones ven el proceso terapéutico como una “sociedad” o tarea compartida entre clientes y terapeutas. La terapia no es algo que se le hace *a* alguien, sino algo que se hace *con* alguien. Clientes y terapeutas son socios al conversar, construir soluciones, o desarrollar nuevas historias e identidades (Tarragona, en prensa a).

**Inclusión de varias perspectivas o voces.** La terapia narrativa, la terapia colaborativa, y la centrada en soluciones consideran que la inclusión de una multiplicidad de perspectivas o descripciones enriquece el proceso terapéutico. Cada uno de estos enfoques ha desarrollado formas únicas de incorporar diferentes puntos de vista o voces en la terapia, principalmente a través del uso de preguntas (por ej. ¿Quién más ha notado este cambio en tí?, ¿cómo crees que ella valorará tu logro?...) La polifonía también puede lograrse incorporando equipos de más de un terapeuta en la sesión, por ejemplo usando equipos de reflexión (Andersen, 1991; Fernández, London y Tarragona, 2002), equipos “como si” (Anderson, s. f.) y “testigos externos” y “ceremonias de definición” (White, 2000). Estos son formatos en los que los clientes tienen la oportunidad de escuchar las reacciones de otras personas que han presenciado la sesión terapéutica, bien sea detrás de un espejo o en el mismo espacio.

**Valoración del conocimiento local.** Inspirados por el concepto de *conocimiento local* descrito por algunos antropólogos (Geertz, 2000), los terapeutas que trabajan desde estas perspectivas están más interesados en entender las vidas de los clientes desde el punto de vista de los clientes que desde algún supuesto teórico. Los terapeutas quieren aprovechar todo lo que los clientes saben acerca de sus vidas y de sus problemas, historias, posibles soluciones y metas. Esto lleva al terapeuta a adoptar una posición de curiosidad y promueve una relación de respeto y colaboración.

**El cliente como estrella.** El cliente está en el “centro del escenario” de la terapia: se le considera el experto en su propia vida; el trabajo terapéutico empieza con la definición que él tiene acerca de su situación y es él quien define el objetivo de la terapia y cuándo éste ha sido alcanzado. El terapeuta trata de no tomar el papel de experto, sino de ser informado por el cliente.

**Interés en lo que funciona bien.** Una característica que distingue a estas de las terapias tradicionales es el énfasis en lo que está funcionando bien en las vidas de las personas y en lo que los clientes consideran importante y valioso. Los terapeutas narrativos exploran los propósitos, valores, sueños, esperanzas y compromisos de los clientes así como las veces cuando éstos han tenido influencia sobre el problema que los inquieta (White, 2004). Los terapeutas que practican la terapia centrada en soluciones enfatizan la construcción de soluciones (De Jong y Kim Berg, 2002) y los recursos de los clientes (O’Hanlon y Wiener-Davis, 2003). En la terapia colaborativa, Harlene Anderson (2006) dice que su conceptualización del lenguaje como fluido y potencialmente transformador le permite tener una actitud esperanzada en la terapia: “apreciar que los seres humanos son resilientes, que cada persona tiene contribuciones y potenciales, y que la gente valora, persigue y trata de alcanzar vidas y relaciones más sanas y exitosas” (p. 11).

Autores como Anderson (1997), Gergen, Hoffman (Gergen, 1994; Gergen, Hoffman y Anderson, 1995), White y Epston (1989) han señalado que el lenguaje de la psicoterapia históricamente ha sido un discurso de déficit y que la terapia frecuentemente se ha visto como una tecnología para componer a personas defectuosas. También han expresado su preocupación por los efectos negativos que los diagnósticos psicopatológicos pueden tener para las personas.

**El sentido de agencia personal.** Otra idea que ocupa un lugar importante en la terapia centrada en soluciones, la terapia narrativa y la terapia colaborativa es el concepto de agencia personal (Anderson, 2003, 2006; De Jong y Kim Berg, 2002; White, 2004; White y Epston, 1989), que se refiere a la capacidad de tomar decisiones y tener un papel en la dirección de nuestras vidas. White y Epston (White y Epston, 1989) con frecuencia usan la metáfora de “estar en el asiento del conductor de la propia vida”.

## La integración de la Psicología Positiva y las Terapias Constructivas

Una vez expuestas las bases de la psicología positiva y las terapias constructivas, se expondrá cómo estos dos ámbitos se pueden integrar y potenciar mutuamente.

Tanto la psicología positiva como las terapias constructivas son movimientos críticos que han cuestionado énfasis excesivo en el déficit y la patología que tradicionalmente ha caracterizado a la psicología. Su diferencia estriba en sus epistemologías: las terapias constructivas se fundamentan en las ideas constructivistas, construcciónistas y

post-estructuralistas, que proponen que no podemos “aprender” el mundo objetivamente, sino que el conocimiento es un proceso de construcción que se da en un contexto social, cultural y relacional. Metafóricamente hablando, estas epistemologías proponen que siempre tenemos puestos ciertos “lentes” a través de los cuales vemos la realidad: nuestros sesgos, valores, preferencias, género, etc. Esta visión implica que un terapeuta nunca puede conocer “objetivamente” a su cliente, ni ser experto en la vida de otros. El trabajo terapéutico es visto como un proceso relacional y lingüístico a través del cual se pueden generar formas diferentes de entender las cosas, y que el terapeuta y el cliente pueden generar juntos nuevos significados y posibilidades. La psicología positiva, en cambio, cuestiona el objeto de estudio del que se ha ocupado la psicología tradicional (los déficit y patologías), pero no su método. La psicología positiva tiene una epistemología positivista<sup>5</sup>, es decir, que sí cree que se puede observar objetivamente la realidad y su herramienta fundamental es el método científico.

A pesar de esta diferencia epistemológica, que indudablemente es muy importante, creo que en la práctica, la psicología positiva y las terapias constructivas se pueden incorporar, pues en ambas se indaga sobre lo que funciona bien, comparten una misma actitud de aprecio por lo mejor de las personas y de esperanza respecto a las posibilidades humanas. Veamos algunas de sus convergencias en la práctica.

Las terapias constructivas no se enfocan en la patología como eje de trabajo y hay muchos ejemplos de esto:

En la terapia centrada en soluciones (De Jong y Kim Berg, 2002) como el nombre lo indica, la terapeuta sólo averigua sobre el problema lo suficiente para que el cliente se sienta escuchado y entendido, pero la mayor parte del trabajo tiene que ver con establecer metas específicas y explorar las soluciones al problema. Los terapeutas a veces empiezan las sesiones preguntando: “¿Qué ha ido mejor desde que nos vimos?” para conocer las pequeñas mejorías que los clientes pueden estar experimentando. Se le presta mucha atención a las excepciones, a aquellas ocasiones en las que el problema es menor, menos intenso o inexistente, por escasas que sean. Cuando no ha habido mejoría se pregunta qué ha hecho la persona para no empeorar; el énfasis siempre es en lo positivo.

Una de las técnicas más importantes de la terapia centrada en soluciones es la pregunta del milagro, en la que se le pregunta al cliente:

<sup>5</sup> “Positivismo” no se refiere aquí a lo positivo, lo agradable o alegre, sino a la tradición intelectual que proviene de la ilustración y es la base del método científico.

«Suponte que mientras estás durmiendo esta noche y toda la casa está en silencio, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que te trajo aquí se soluciona. Pero como estabas dormido no sabes que el milagro ha sucedido. Así que, cuando te despiertes mañana en la mañana, ¿qué será diferente que te haría darte cuenta de que hubo un milagro y que el problema que te trajo aquí se ha solucionado?» (De Shazer en De Jong y Kim Berg, 2002, p. 85).<sup>6</sup>

Esta pregunta invita al cliente a imaginar cómo serán las cosas cuando estén mejor, y en su respuesta está la clave para la solución.

La terapia narrativa tampoco se centra en los déficits o las disfunciones. Un ejemplo claro es cómo se conceptualizan los problemas en este abordaje. Las dificultades no son vistas como síntomas de un problema psicológico ni como manifestaciones visibles de conflictos profundos e invisibles, sino simplemente como problemas. El problema es el problema y la persona es la persona. Es diferente decir y pensar que alguien es ansioso a pensar que esa persona vive con la ansiedad o tiene que lidiar con la ansiedad. Al hablar del problema como algo separado, lo ubicamos fuera de la identidad de la persona y procedemos a explorar la relación del cliente con el problema. Esto se realiza a través de conversaciones externalizantes en las que se le pide a la persona que le dé un nombre al problema, lo caracterice, casi como si fuera un objeto o un personaje y nos cuente cuáles son los efectos del problema en su vida. Más adelante se explora cuáles son los efectos de la persona en la vida del problema, es decir, cuándo logra que el problema la afecte menos o se haga más pequeño.

Otra manera en la que las terapias constructivas se alejan de las visiones patologizantes es que consideran al cliente como experto en su propia vida<sup>7</sup>. Esta creencia en que cada persona es quien mejor sabe lo que está viviendo, tiene como consecuencia una reducción de la jerarquía entre el cliente y el terapeuta. Harlene Anderson habla de que la postura de un terapeuta colaborativo es la de “no conocer” (Anderson, 2005), en la que el terapeuta está abierto a ser informado por el cliente.

En todas las terapias constructivas los terapeutas tratan de evitar usar un lenguaje complicado y prefieren usar un lenguaje cotidiano. Harlene Anderson (1997) ha hecho especial énfasis en esto en la terapia colaborativa. Al alejarnos

<sup>6</sup> Traducción de la autora.

<sup>7</sup> Ante las críticas que cuestionan la idea de que el cliente pueda ser un experto y preguntan que si el terapeuta no es experto, por qué se le paga, Anderson responde que los terapeutas son expertos en procesos, en facilitar ciertas conversaciones, pero no expertos en las vidas de sus clientes.

de la “jerga” psicológica, nos distanciamos también de las visiones centradas en lo disfuncional.

Otro punto de convergencia entre la psicología positiva y las terapias constructivas está en su interés por el futuro más que en el pasado. Seligman (2011) ha señalado que el problema de la psicología del siglo XX fue pensar que las personas están “empujadas por el pasado”, en vez de que son “atraídas por el futuro”, y la psicología positiva trata de corregir este error. En las terapias constructivas generalmente hay más interés por el futuro que por el pasado. Como ya se ha indicado más arriba, en la terapia centrada en soluciones se le da mucha importancia a que el cliente establezca metas y en ayudarlo a alcanzarlas. En la terapia narrativa se exploran los anhelos y sueños de los clientes, así como los valores y compromisos que se relacionan con éstos.

En la terapia narrativa sí se explora el pasado, pero con un foco diferente del de las psicoterapias tradicionales: mientras que en estas últimas generalmente se ve hacia el pasado para encontrar la causa o la etiología de los problemas, en la terapia narrativa se mira hacia el pasado para investigar los “acontecimientos excepcionales”, las ocasiones en las que el problema no se presentó o era más débil, o cuando la persona fue como prefiere ser (por ej. ver White, 2007).

Otro punto en que coinciden las terapias constructivas y la psicología positiva tiene que ver con los valores. Éstos constituyen una de las áreas de estudio de la psicología positiva (Peterson, 2006). En la terapia narrativa se exploran los valores del cliente y cómo se relacionan con sus “identidades preferidas”, es decir cómo prefiere conducirse en su vida y de qué manera esto se relaciona con lo que valora. En su definición de la terapia narrativa, Alice Morgan (2000) señala que ésta supone que las personas tienen muchas habilidades, creencias, valores y compromisos que les pueden ayudar a cambiar su relación con los problemas. Una herramienta que a veces se utiliza en la terapia narrativa es la de “tomar una postura” (statement of position) (White, 2007), en la que se le pide a la persona que evalúe los efectos del problema y por qué los considera negativos en su vida (o positivos, pero si es un problema generalmente sus efectos son negativos). Una vez que ha justificado por qué los ve así, generalmente se hace explícito lo que valora.

Un concepto más que es importante tanto para las terapias constructivas y la psicología positiva es el de agencia personal. Se trata de la sensación del individuo de que puede tener un impacto sobre su entorno, de que es capaz y competente. La agencia personal juega un papel central en la psicología positiva: ya mencionamos que, según Lyubomirsky (2008), el 40% de nuestra felicidad no depende de nuestros genes ni de nuestras circunstancias, sino de la

volición, de lo que decidimos hacer en nuestras vidas. La falta de agencia personal está en la base de la desesperanza aprendida, propuesta por Seligman como uno de los mecanismos que provocan la depresión, y, por el contrario, tener un sentido de agencia personal promueve el optimismo y la resiliencia (Walsh, 2006).

Tanto la terapia colaborativa, como la centrada en soluciones y la narrativa ven al cliente como un agente en su propia vida. Michael White (2007) dice lo siguiente sobre la agencia personal: “esta noción pone a las personas como mediadores activos y negociadores de los significados y predicamentos de la vida, tanto a nivel individual como en colaboración con otros. También ubica a las personas como quienes dan origen a los desarrollos preferidos de sus propias vidas” (White, 2007, p. 103).

El sentido de agencia personal va de la mano con la intencionalidad. Michael White, en sus últimos trabajos, estaba especialmente enfocado en los “estados intencionales” que tienen que ver con nuestros propósitos, valores y compromisos, y escribió: “Las personas viven sus vidas de acuerdo a las intenciones que tienen al perseguir lo que valoran...activamente le dan forma a su existencia en sus esfuerzos por alcanzar las metas que anhelan” (2007, p.103).

En la terapia, hacer preguntas sobre los valores, sueños y compromisos es una manera de explorar y a la vez fortalecer el sentido de agencia personal de nuestros clientes.

Podemos pensar que los terapeutas constructivos hacen pequeñas investigaciones o etnografías al explorar con sus clientes a nivel micro muchos de los temas que los investigadores en psicología positiva estudian con grandes muestras: ¿en qué medida están satisfechos con sus vidas? ¿cuáles son sus metas, sueños y anhelos?, ¿qué disfrutan hacer y les aporta gozo y significado a su vida?, ¿qué valores sustentan sus decisiones?, ¿cuáles son sus relaciones más importantes y cómo contribuyen a su bienestar?, ¿cómo se han enfrentado a la adversidad y han podido salir adelante?, ¿cuáles son sus fortalezas y talentos?, ¿cómo los pueden aprovechar para superar las dificultades y vivir plenamente?

La psicología positiva, como toda ciencia, es descriptiva, no prescriptiva (IPPA, s.f.). Yo creo que nuestra labor como terapeutas no es convencer a la gente de que sea feliz (aunque la mayoría de las veces no hace falta convencer a nadie, es algo que la mayoría de la gente quiere), ni ofrecerles recetas para lograrlo. Veo la psicología positiva como un gran acervo de conocimientos que se pueden poner al servicio de los clientes cuando son relevantes para su situación y sus metas. El modelo PRISMA del bienestar (Seligman, 2011) nos ofrece un mapa de las áreas sobre las que podemos indagar y las terapias constructivas nos

aportan métodos de entrevista y estilos de conversación que generan nuevos significados (y, perdonando mi sesgo, yo diría que muchas veces no sólo son útiles, sino estéticos). Por ejemplo: cuando un cliente imprime los resultados de un test de fortalezas como el VIA, podemos hacerle una entrevista de corte narrativo sobre sus fortalezas de carácter para que más que “información” o una serie de datos, sus fortalezas sean parte de una historia coherente, el cliente las reconozca, haga propias e identifique cómo han estado presentes en su vida, el impacto que han tenido, cómo las cultiva y quiénes le ayudan a ejercerlas. Hay ya disponible una entrevista de este tipo (Tarragona, 2012, 2010) y David Epston, uno de los creadores de la terapia narrativa, recientemente ha incursionado en cómo ayudar a las personas a “narrar” sus fortalezas (Ingamells y Epston, 2012).

De manera similar podemos investigar en el consultorio sobre las experiencias de *flow* de nuestros clientes, la historia del *flow* en sus vidas y su relación con estas experiencias óptimas. Podemos indagar también sobre sus metas y logros y realizar con ellos actividades que den cuenta y testimonio de los mismos. También es posible explorar sus redes de apoyo y relaciones importantes con el ojo puesto en lo que contribuyen y cómo sostienen a la persona en sus proyectos y en su vida. Estar sensibilizados con las investigaciones sobre la resiliencia nos permite escuchar las historias de dolor y dificultades y al mismo tiempo advertir las respuestas resilientes de las personas. Por distintas vías, combinando los hallazgos científicos de la psicología positiva con los procesos de conversación de las terapias constructivas, podemos trabajar con nuestros clientes a que se acerquen a ser las mejores versiones de sí mismos.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual - text revision (DSM-IV-TR)* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H. (2006). A postmodern umbrella: Language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En H. Anderson, y D. Gehart (Eds.), *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp.7-20). New York: Routledge.
- Anderson, H. (2003). Postmodern social construction therapies. En G. Weeks, Sexton, T.L., y Robbins, M. (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 125-146). New York: Brunner-Routledge.
- Anderson, H. (2005). The myth of not-knowing. *Family Process* , 44, 497-504.
- Anderson, H. (n.d.) As if exercise. Recuperado desde <http://www.harleneanderson.org>
- Bartels, M., Saviouk, V., de Moor, M. H., Willemsen, G., van Beijsterveld, T., . . . Hottenga, J. J. (2010). Heritability and genome-wide linkage scan of subjective happiness. *Twin Research and Human Genetics*, 13, 135-142.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding Flow: The psychology of engagement with everyday life*. Nueva York, NY, USA: Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona:Kairos.
- Csikszentmihalyi, M., y Selega Csikszentmihalyi, I. (2006). *A life worth living: contributions to positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Dahlsgaard, K., Peterson, C., y Seligman, M. (2005). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology* , 9, 203-213.
- Danner, D., Snowdon, D., y Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- De Jong, P., y Kim Berg, I. (2002). *Interviewing for solutions*. Belmont: Brooks Cole.
- Deci, E. L., y Ryan, R. (2000). The ‘what’ and ‘why’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Diener, E., y Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being* , 3, 1-43.
- Emmons, R. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. En C. Keyes, y J. Haidt (Eds.), *Flourishing: The positive person and the good life* (pp. 105-128). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Fernández, E. (2012). La experiencia óptima o el fluir. En A. Tapia, M. Tarragona y M. González, (Eds.), *Psicología Positiva*, (pp. 79-89). México: Trillas.
- Fernández, E., London, S., y Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En H. Selikoff, Y. Paquentin, y G. Licea (Eds.), *Voces, voces y más voces: El equipo reflexivo en México* México: D. F. Alinde (pp.3-26). México, DF: México.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Friedman, S. (1996). Couple's therapy: Changing conversations. En H. Rosen, y K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: Meaning making perspectives for psychotherapists* (pp. 413-453). San Francisco: Jossey-Bass.
- Frisch, M.(2006) Quality of Life Therapy: *Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Geertz, C. (2000). *Local knowledge*. (Original publicado en 1983). New York: Basic Books.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationships*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K., Hoffman, L., y Anderson, H. (1995). Is diagnosis a disaster?. A constructionist trialogue. En F. Kaslow, *Handbook of relational diagnosis* (pp.102-118). New York: Wiley.
- Gottman, J., y Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work*. New York: Three Rivers Press.
- Harker, L., y Keltner, D. (2001). Expression of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 112-24.
- Hyvärinen, M., y Korhonen, A. (2006). *The travelling concept of narrative*. The Helsinki Collegium for Advanced Studies. Helsinki, Finland.
- Ingamells, K., y Epston, D. (2012). Placing strengths into storylines. Building bridges between strengths based and narrative approaches. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3, 50-60.
- IPPA (s.f.). *Frequently asked questions*. Recuperado desde <http://www.ippanetwork.org/faq/#7>

- Joseph, S., y Linley, A. P. (2006). *Positive Therapy: A meta-theory for positive psychological practice*. New York: Routledge.
- Kashdan, T., Ciarrochi, J. (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: the seven foundations of well-being*. Oakland, CA: Context Press.
- Losada, M., y Heaphy, E. (2004). The role of positivity and connectivity in the performance of business teams a nonlinear dynamics model. *American Behavioral Scientist*, 47, 740-765.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. México, DF: Urano.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre.
- O'Hanlon, B., y Wiener-Davis, M. (2003). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- Pawelski, J. (noviembre 2008). Una (muy) breve introducción a la Psicología Positiva. Presentación in the Diplomado en Psicología Positiva, Universidad Iberoamericana. México, DF, México.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Peterson, C., y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: SUNY Press.
- Seligman, M. E. P. (2007). Conferencia plenaria, Gallup Summit. Washington, DC, USA: Gallup Summit.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En C.R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and wellbeing*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Parks, A., y Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society*, 359, 1379-1391.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., y Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Seligman, M. E.P., Steen, A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Steger, M. (2009). Meaning in life. En S. Lopez, y R. Snyder (eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology, Second Edition* (pp. 679-687). New York: Oxford University Press.
- Tarragona, M. (2009). Hacia una psicología equilibrada. Recuperado desde <http://www.psychologytoday.com/blog/psicolog-y-bienestar/200911/hacia-una-psicolog-equilibrada>
- Tarragona, M. (en prensa, a). La Psicología Positiva: un marco conceptual para su aplicación en la psicoterapia. En F. García, *Terapia Sistémica Constructivista. Fundamentos y Aplicaciones* Chile.
- Tarragona, M. (en prensa, b). La Terapia Narrativa: Re-escribir nuestras historias para ser como preferimos ser. En A. Roizblatt. *Terapia Familiar*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Tarragona, M. (2012). *Positive Identities: Positive psychology and narrative practices*. Milwaukie, OR, USA: Positive Acorn.
- Tarragona, M. (2010). Psicología positiva y psicoterapia. En A. Castro-Solano, *Fundamentos de Psicología Positiva* (pp.183-206). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Tarragona, M. (2008). Postmodern/Post-Structuralist therapies. En J. Lebow, *21st Century Psychotherapies* (pp. 167-205). Hoboken , NJ, USA: John Wiley y Sons.
- Vázquez, C. (2006). La Psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27, 1-2.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2009). *La Ciencia del Bienestar. Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Vaillant, G. E. F. (2009). Yes, I Stand by My Words, "Happiness Equals Love. Full Stop". *Positive Psychology News Daily*. Recuperado desde <http://positivepsychologynews.com/news/george-vaillant/200907163163>
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2 ed.). New York, NY, USA: Guilford Publications.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton. New York, NY, USA: Norton.
- White, M. (2004). *Narrative practice and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide, South Australia, Australia: Dulwich Centre.
- White, M. (2000). *Reflections on narrative practice: Essays and interviews*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre.
- White, M., y Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre.