



PSIENCIA

REVISTA LATINOAMERICANA
DE CIENCIA PSICOLÓGICA

MAYO 2011
VOLUMEN 3
NÚMERO 1

ISSN 1851-9083
PUBLICACIÓN SEMESTRAL
BUENOS AIRES - ARGENTINA

PSIENCIA · REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIA PSICOLÓGICA
VOLUMEN 3 · NÚMERO 1 · MAYO 2011
PUBLICACIÓN SEMESTRAL · COBAND / AACP

PSIENCIA, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica es una publicación científica semestral editada por la Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Está dirigida a investigadores, profesionales, docentes y estudiantes de psicología y áreas asociadas de Argentina y Latinoamérica. Publica artículos relacionados con avances de la psicología a nivel epistémico, científico, disciplinar y social y aborda temáticas de relevancia para su desarrollo estratégico en la región. Su alcance es internacional, a través de su edición en línea e impresa.

PSIENCIA forma parte del catálogo de revistas científicas de Latindex.
Se encuentra indizada en texto completo en las bases DIALNET, IMBIOMED y DOAJ.

EDITOR

Ezequiel Benito

Docente (Universidad Favaloro) / Investigador (COBAND / CIFEP / CESCIP)
editor@psiencia.org

COMITÉ EDITORIAL

Angel Elgier

Docente (UBA) / Investigador (CONICET)

Milagros Martínez

Estudiante de Psicología (UNC)

Fernando Polanco

Docente (UNSL) / Investigador (UNSL)

Luciano García

Docente (UBA) / Investigador (CONICET)

Luis Moya

Docente (UNMDP) / Investigador (UNMDP)

COMITÉ DE REDACCIÓN

Ana Belén Amil

Lic. en Psicología (UBA)

Mariana Elmasian

Docente (UBA) / Investigadora (UBACYT)

Gonzalo Pereyra

Lic. en Psicología (UBA)

Corina Calabresi

Docente (UNSL) / Investigadora (CONICET)

Florencia Giuliani

Estudiante de Psicología (UNMDP)

COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

DAHAB, José - Universidad de Buenos Aires - Argentina

DI DOMÉNICO, Cristina - Universidad Nacional de Mar del Plata - Argentina

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Héctor - Fundación Aiglé - Argentina

GODOY, Juan Carlos - Universidad Nacional de Córdoba - Argentina

KEEGAN, Eduardo - Universidad de Buenos Aires - Argentina

KLAPPENBACH, Hugo - Universidad Nacional de San Luis - Argentina

KORMAN, Guido - Universidad de Buenos Aires - Argentina

MARIÑELARENA DONDENA, Luciana - Universidad Nacional de San Luis - Argentina

MEDRANO, Leonardo - Universidad Nacional de Córdoba - Argentina

MUSTACA, Alba - Universidad de Buenos Aires - Argentina

SAFORCADA, Enrique - Universidad de Buenos Aires - Argentina

TALAK, Ana - Universidad de Buenos Aires - Argentina

URQUIJO, Sebastián - Universidad Nacional de Mar del Plata - Argentina

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

ARDILA, Rubén - Universidad Nacional de Colombia - Colombia

BUNGE, Mario - McGill University - Canadá

GOÑI MAZZITELLI, MARÍA - Universidad de la República - Uruguay

HERRANZ SANZ, Alfredo - Asociación para la Promoción de la Salud Mental - España

POLANCO-CARRASCO, Roberto - Cuadernos de Neuropsicología - Chile

URRA, Marcelo - Universidad de Artes y Ciencias Sociales - Chile

VILLEGAS, Julio - Universidad Central de Chile - Chile

La versión en línea de PSIENCIA puede consultarse con acceso abierto al texto completo en www.psiencia.org

Las notas y artículos publicados son responsabilidad de sus autores

ISSN 1851-9083 (Impresa) · ISSN 1851-9644 (En línea)

© 2011 Departamento de Publicaciones - Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica
Av. Nazca 1425 1ºB (C1416ASD) · Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Teléfonos: (54-11) 4584-8675 · 15-5738-2554 · E-mail: publicaciones@coband.org

COBAND / AACP
Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica

La AACP es una asociación científica sin fines de lucro formada por investigadores, profesionales, docentes y estudiantes que promueven el avance de la ciencia psicológica en Argentina

El portal web de la asociación puede visitarse en www.cienciapsicologica.org

COMITÉ DE ORGANIZACIÓN

Buenos Aires

Ana Belén Amil
Mariana Elmasian
Luciano García
Gonzalo Pereyra
Sebastián Scotti

Córdoba

Milagros Martínez

San Luis (UNSL)

Corina Calabresi
Fernando Polanco

Mar del Plata

Fernando Baldini
Celeste Bogetti
Rocío Cataldo

Mendoza

Leandro Casari

Coordinación general: Ezequiel Benito

PSIENCIA · VOLUMEN 3 · NÚMERO 1 · MAYO 2011

TABLA DE CONTENIDOS

EDITORIAL Más allá del principio del *paper*

Beyond the Paper Principle

Ezequiel Benito

1-8

INVESTIGACIONES ORIGINALES Tipo de expresividad emocional y tendencia a la supresión de la expresión emocional en pacientes diagnosticados con cáncer

RESEARCH ORIGINALS Emotional Expressiveness and Emotional Suppression in Cancer Diagnosed Patients

PAPERS

María Laura Porro-Conforti, María Laura Andrés

10-18

Mujeres que conviven con la desnutrición infantil. Análisis desde sus condiciones de vida

Women Coexisting with Child Malnutrition. Living Conditions Analysis

Stella Maris Orzuza

20-28

Factores protectores y de riesgo en el estrés escolar. Implicancias en el Síndrome de Turner

Risk and Protective Factors in the School Stress. Implications for Turner Syndrome

Verónica Zabaletta, María Elena Gorostegui, Graciela Gasparri, María José Aguilar, Marcela López

30-37

REVISIONES Aportes de la psicología positiva a la terapia cognitiva infanto juvenil

REVIEW

PAPERS

Positive Psychology Contributions to Cognitive Therapy with Children and Adolescents

Gabriela Carrea, Javier Mandil

40-56

DISCUSIONES Ética, relevancia social y psicología organizada

DISCUSSION Ethics, Social Relevance and Organized Psychology

PAPERS

Marcelo Urra

57-59



Carlos Molinari Marotto (1956 - 2011)

En esta edición queremos recordar y rendir homenaje a quien significó para el inicio de nuestra asociación un apoyo fundamental.

Su contacto abierto y reflexivo nos ayudó a conocer el mundo de la psicología científica.

APORTES DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA A LA TERAPIA COGNITIVA INFANTO JUVENIL

POSITIVE PSYCHOLOGY CONTRIBUTIONS TO COGNITIVE THERAPY WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Gabriela Carrea¹ · Javier Mandil²

Recibido: 15 de marzo de 2011

Aceptado: 27 de abril de 2011

Resumen: La Psicología Positiva es un enfoque relativamente reciente propuesto por Martin Seligman, entre otros, a fines de la década del 90. Se focaliza en el estudio de las emociones positivas, fortalezas y recursos que favorecen el bienestar y la mejoría del funcionamiento global. Sus aportes pueden optimizar la práctica clínica en Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes enriqueciendo la conceptualización de los casos, optimizando las estrategias de tratamiento y favoreciendo la manutención y generalización de los resultados de los tratamientos. En este artículo se revisarán los aportes de este marco teórico para la evaluación, la conceptualización de los casos, la psicoeducación, las estrategias preventivas y el diseño de intervenciones en la terapia con niños, adolescentes y sus familias.

Palabras clave: *Psicología Positiva – Terapia Cognitiva – Niños – Adolescentes*

Abstract: Positive Psychology is a relatively recent framework proposed by Martin Seligman, among others, around late 90's. It focus in the study of positive emotions, strengths and human resources that promote well being and better psychological functioning. Positive Psychology contributions can optimize the clinical practice of Cognitive Behavioral Therapy with child and adolescents, providing rich information to case formulations, optimizing treatment strategies and promoting better maintenance and generalization of treatments gains. This article reviews the contributions of this theoretical perspective to assessment, case formulation, psychoeducation, preventive strategies and the desing of interventions in the clinical practice with child, adolescents and their families.

Keywords: *Positive Psychology – Cognitive Therapy – Children – Adolescent*

INTRODUCCIÓN: EL ENFOQUE SALU- GÉNICO COMO APORTE COMPLEMENTARIO

La psicología positiva es un enfoque relativamente reciente, basado en la convergencia de líneas teóricas y de investigación diversas, propuesto por Martín Seligman hacia fines de los 90. Su interés se dirige al estudio y el desarrollo de las emociones positivas, fortalezas y recursos del carácter que promueven "la buena vida", "el bienestar" o "la auténtica felicidad" (Seligman, 1999).

De acuerdo al autor, en el estudio del bienestar y las emociones positivas se pueden distinguir tres dominios plausibles de

ser evaluados científicamente, ya que están basados en actitudes y comportamientos posibles de ser operacionalizados, transmitidos y aprendidos. Estos dominios son mencionados por Seligman (2002) como las vías de acceso de las personas a la felicidad, siendo en sí mismos complementarios.

La primer vía de acceso denominada por el autor "vida placentera" es la vía hedonista, en tanto refiere a las emociones positivas de manera general (diversión, amor, placer, etc.). La propuesta es favorecer el incremento de la experiencia de estas emociones positivas para llegar a la vida plena.

La segunda vía se basa en las expe-

¹ Coordinadora de Admisión y Docencia de Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infanto Juvenil (ETCI). Docente e Investigadora de Fundación Foro (Argentina)

² Plantele directivo de Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infanto Juvenil (ETCI). Docente de Psicología Clínica en las Carreras de Psicología de Universidad Favaloro y Universidad Argentina de la Empresa (Argentina)

riencias de “flujo”, es decir, aquellas actividades en las cuales la persona experimenta auto-eficacia, se ve auto-reforzada por su realización y se sumerge perdiendo, en los casos más notables, el sentido de la propia conciencia y del tiempo. La promoción de estas experiencias de flujo conduce a una “vida comprometida”, en la cual a pesar de que el placer no se experimenta de manera instantánea, se da lugar a emociones positivas de alcance más intenso y generalizado. Seligman (1999) presta especial interés a este dominio de la emoción positiva, en tanto las experiencias de flujo ocurren cuando la persona aplica sus principales fortalezas y talentos para afrontar los obstáculos como desafíos propiciando el aprendizaje.

La tercera vía esta constituida por “la vida con significado”. De acuerdo al autor, se refiere a la búsqueda de sentido que orienta al sujeto humano. Se favorece su desarrollo reconociendo y empleando las propias fortalezas en la relación con los demás, en especial al comprometerse en causas y/o proyectos que trascienden los intereses individuales.

Inscripta dentro del enfoque salutífero, complementario al enfoque patológico

históricamente imperante en la psicología (Gancedo, 2008), las propuestas de la psicología positiva enfatizan la prevención y el desarrollo personal basados en la identificación y promoción de seis virtudes valoradas transculturalmente (Seligman, 1999): sabiduría, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia. Estas virtudes, a su vez, se sustentan en fortalezas personales basadas en rasgos de carácter del sujeto humano, fomentadas en experiencias de aprendizaje a lo largo del ciclo vital y reforzadas por los sistemas de referencia.

Las más destacadas en la literatura especializada son la inteligencia emocional e interpersonal, las experiencias de flujo, la curiosidad e interés por el mundo, la perseverancia, la capacidad de amar y ser amado, el autocontrol y la autorregulación, la gratitud y la capacidad de perdonar, entre otras. La interrelación entre las virtudes y las fortalezas que las integran puede observarse en la Tabla 1.

La Terapia Cognitiva Infanto Juvenil es un modelo de tratamiento orientado a la mejoría clínica de trastornos en niños y adolescentes con soporte empírico creciente. Su objeto de estudio e intervención sería, por

Tabla 1. Clasificación de las Virtudes y Fortalezas humanas. Tomado y Modificado de Carr (2004)

| Clasificación de las virtudes y fortalezas humanas | | | | | |
|--|---------------|-------------------------------|------------------------|----------------|---------------------------|
| Sabiduría y conocimiento | Coraje | Humanidad y Amor | Justicia | Templanza | Trascendencia |
| Curiosidad por el mundo | Valentía | Apego-capacidad de amar | Trabajo en equipo | Humildad | Apreciación de la belleza |
| Amor por el Conocimiento | Perseverancia | Amabilidad generosidad bondad | Sentido de la justicia | Prudencia | Capacidad de perdonar |
| Flexibilidad | Honestidad | Inteligencia emocional-social | Liderazgo | Autoregulación | Gratitud |
| Creatividad | Vitalidad | | | | Esperanza-optimismo |
| Perspectiva | | | | | Humor |
| | | | | | Espiritualidad |

tanto, distinto al de la psicología positiva, aunque desde la perspectiva propuesta por Seligman (1999) complementario, ya que el primero se focaliza en el estudio y tratamiento de la psicopatología y el segundo a las fortalezas.

En la práctica clínica cotidiana, no solo tendemos a favorecer la mejoría sintomática de nuestros pacientes, sino que aspiramos a sentar las bases para la manutención y generalización de las mejorías, la prosecución del desarrollo personal y la promoción de experiencias de bienestar.

La creciente investigación en recursos, fortalezas personales y variables promotoras de la resiliencia, aporta a estos propósitos enriqueciendo la conceptualización de los casos, optimizando las estrategias de tratamiento y proveyendo un norte para el desarrollo de ese estado de compleja definición que es la salud mental en niños, adolescentes y sus familias.

MODELOS TERAPÉUTICOS ENMARCADOS EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Al menos dos importantes raíces históricas podrían destacarse como esfuerzos seminales por valorar las fortalezas del consultante en la práctica psicoterapéutica: los enfoques humanístico-existenciales y los modelos hipnoterapéuticos y estratégicos.

El enfoque humanístico-existencial consiste en la comprensión del ser humano como fuerza orgánica integral y auto-determinada, dirigida a la auto-realización. Desde esta perspectiva se favorece el auto-desarrollo del consultante en un marco de aceptación e interrelación empática. De acuerdo a Rogers (1951), entre otros, este marco de contención terapéutica favorecería la elucidación de los valores personales y proyectos de vida que permitirían incorporar las experiencias de sufrimiento como oportunidades para el crecimiento personal.

Los enfoques hipnoterapéuticos y estratégicos en psicoterapia (Procter, 2001) proponen la "utilización" de los recursos, fortalezas y habilidades naturales del consultante

en pos de alcanzar resultados terapéuticos.

Las investigaciones en resiliencia, la influencia de la perspectiva constructivista en psicoterapia, y finalmente la expansión de la psicología positiva, han reforzado estas direcciones de la metodología terapéutica en los últimos años. Que el terapeuta explore y trabaje más allá de las debilidades y comportamientos desadaptativos enriquece la alianza y despatologiza a los consultantes, delimitando al trastorno como un problema a enfrentar separándolo de su identidad. A medida que las dificultades se externalizan y se internalizan las capacidades de afrontamiento (White, 1994) las expectativas de auto-eficacia se reestructuran.

Si bien la psicología positiva es un paradigma general orientado a refocalizar la perspectiva de la investigación, la prevención y la práctica clínica en los recursos y fortalezas generales, existen una serie de modelos terapéuticos que se sustentan explícitamente en sus planteamientos. Todos ellos apuntan al reforzamiento de los recursos y experiencias orientadas al bienestar y la promoción de emociones positivas.

Uno de los más avalados por la investigación es la "Psicoterapia Positiva" descrita por Rashid (2008), un modelo de intervención estructurado basado en las conceptualizaciones de Seligman (2002) en el cual se enfatiza:

- La elucidación de fortalezas del carácter a partir del empleo de autoinformes por parte del usuario.
- El registro de experiencias en las cuales el paciente podría poner en juego, aprovechar y desarrollar estas fortalezas
- Promoción de la esperanza, reestructuración del estilo explicativo
- Favorecimiento de actividades orientadas al ejercicio de la gratitud, el flujo y las prácticas espirituales.
- El reconocimiento y desarrollo de las fortalezas presentes en los integrantes de los sistemas socio-afectivos del consultante: la pareja y la familia.

De acuerdo a Seligman, Steen, Park y Peterson (2005), estas intervenciones están empezando a mostrar sustento empírico en la mejoría de cuadros de depresión, pero más investigación es necesaria. En la clínica infanto-juvenil se están iniciando los estudios respecto a la eficacia del modelo. Rashid y Anjum (2007) destacan que, una versión corta y grupal de la psicoterapia positiva, aplicada a escolares en la segunda infancia ha mostrado resultados exitosos en el incremento del bienestar general reportado.

Otro marco de incipiente soporte en el área parece ser la "Terapia Familiar Positiva" de Conoley y Conoley (2009), modelo inspirado fuertemente en la terapia familiar sistémica, los modelos orientados a las soluciones, los construccionistas sociales y la psicología positiva. En el tratamiento de múltiples motivos de consulta en esta franja evolutiva, los autores proponen la revalorización de recursos y excepciones a las pautas de interacción familiar que mantienen los problemas, así como prescripciones y técnicas de modelado destinadas a favorecer el desarrollo de fortalezas que la psicología positiva valoriza como promotoras del bienestar. Entre estos se incluye al soporte social familiar, la expresión de afectos positivos, el refuerzo de conductas positivas, la gratitud y diferentes habilidades constitutivas de la inteligencia emocional, es decir, la percepción de las propias emociones, la empatía, la autorregulación y las habilidades interpersonales. Linley y Joseph (2004), plantean que diversos métodos psicoterapéuticos podrían considerarse "positivos" en tanto sus premisas teóricas se sustenten en la valoración integral de las fortalezas y en la concepción del ser humano como un organismo dirigido a la auto-actualización. Desde esta óptica, más allá de la operacionalización del modelo salutígeno en los "modelos oficiales" descriptos hasta aquí, su influencia se está extendiendo a diferentes marcos terapéuticos, que se detallan a continuación.

1. Recientemente, la Terapia Cognitiva se ha hecho eco de la importancia de esta

revisión activa de las fortalezas personales y los proyectos de logro en la conversación terapéutica. Mooney y Padesky (2000), por ejemplo, recomiendan que, inmediatamente después de identificar junto al consultante las reglas y supuestos desadaptativos que determinan las conductas-problema, se favorezca la co-construcción de nuevas creencias orientadas al cambio a partir de preguntas que faciliten la definición de posibles escenarios futuros más saludables: "¿Cómo le gustaría actuar sobre este tipo de problemas en el futuro?", "¿Cómo manejaría una persona o personaje que ud. admira a este tipo de situaciones que lo perturban?" "¿Que tipo de regla o supuesto considera que determinan la conducta de esta persona o personaje ante este tipo de dificultades?" "¿Cuáles serían las ventajas, desventajas, recursos y dificultades para que ud. los adoptase como propios?".

2. Hayes, Strosahl y Wilson (1999), por su parte, destacan la importancia de revisar periódicamente con el paciente, aquellos valores personales que orientan sus proyectos de auto-actualización. Se señala que, conducir la reflexión hacia posibles sentidos de propósito trascendentes, favorecería el afrontamiento activo del dolor inherente a la condición humana.
3. Probablemente, uno de los desarrollos más influenciados por el paradigma salutígeno en la terapia cognitivo comportamental sea la "Terapia del Bienestar" desarrollada por Ruini y Fava (2004). Dicho tratamiento se ha mostrado beneficioso en la reducción de recaídas en la depresión crónica y se está comenzando a investigar como complemento en el abordaje del trastorno de ansiedad generalizada. En este modelo, además de trabajar los aspectos usuales que en la conceptualización cognitiva se señalan como potenciales factores de mantenimiento de las dificultades –creencias y pensamientos distorsionados, ausencia de actividades placenteras y auto reforzantes

tes- se enfatiza la reorientación perceptiva del paciente hacia las experiencias de bienestar. El uso de registros para identificar experiencias positivas pasadas y presentes, y los factores contextuales, cognitivos y comportamentales que las posibilitaron y/o posibilitan y la identificación de los obstáculos que dificultan su manutención y generalización se han demostrado, de acuerdo a los autores, como potentes ingredientes activos en el tratamiento.

4. Desde una perspectiva semejante, Frisch (2006), propone a la "Terapia de la Calidad de Vida" como un modelo cognitivo comportamental dirigido a favorecer el bienestar y el desarrollo personal. En cada etapa de este abordaje se realiza una conexión directa con las metas, necesidades y deseos del usuario para desarrollar las estrategias de intervención. La situación del consultante es conceptualizada considerando sus fortalezas y vulnerabilidades en relación a 16 áreas de funcionamiento cotidiano:

- Salud
- Autoestima
- Metas y Valores. Espiritualidad
- Estándar económico
- Características del Trabajo u Ocupación
- Ocio y Recreación
- Aprendizaje
- Creatividad
- Ayuda e Involucramiento en Actividades Comunitarias
- Amor
- Amistad
- Relación con los Hijos
- Relación con la Familia
- Características de Vivienda
- Características del Barrio
- Características de la Comunidad

En la etapa de evaluación Frisch (1994) propone la implementación del Inventario de la Calidad de Vida (Quality of Life Inventory – QOLI-). A partir del mismo los consultantes

evalúan que dominios son prioritarios para alcanzar bienestar, satisfacción y desarrollo respecto a diferentes áreas.

En la etapa de intervención se asiste al usuario en la reorganización de sus prioridades, distinguiendo las áreas que están bajo su control de las que están fuera de su injerencia y definiendo objetivos viables y razonables de mejoría para cada prioridad. Para asistir en estos desarrollos se implementan las herramientas habituales de la terapia cognitiva: registro y reestructuración de creencias y pensamientos disfuncionales que podrían obstaculizar los logros, desarrollo de habilidades de afrontamiento adaptativas y técnicas de resolución de problemas (Magyar-Moe, 2009).

La comunicación terapéutica devendría, a partir de estos hallazgos, instrumentos y lineamientos, una danza en la cual el consultor se acomodaría al ritmo de las necesidades de los consultantes en, al menos, tres tiempos fundamentales: resonancia empática, valoración de fortalezas, exploración y trabajo respecto a las vulnerabilidades.

Actualmente la literatura cognitivo-comportamental profundiza la reflexión sobre este aspecto interaccional del aprendizaje en psicoterapia (Gomar, Labourt, & Bunge, 2010).

A partir del trabajo sobre el vínculo terapéutico y la motivación de los usuarios se apunta a reforzar, los recursos y actitudes saludables, incompatibles con las modalidades de pensamiento y afrontamiento desadaptativas, en pos de favorecer nuevos procesos de enriquecimiento experiencial.

Tomando en cuenta la diversidad y riqueza de estos aportes, a continuación se plantean algunos desarrollos pendientes que podrían suscitarse en la clínica con niños y adolescentes a partir de la consideración de los mismos.

APORTES A LA CLÍNICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Generalmente solemos pensar el éxito de una psicoterapia con un niño o adolescente desde el modelo patogénico, vale decir:

cuando se ha logrado la supresión o mejoría de la sintomatología presentada por el paciente, consideramos que el tratamiento ha alcanzado razonablemente su cometido. Sin embargo, la mejoría del trastorno o problema presentado a consulta, es solo una de las funciones del clínico infante juvenil. De acuerdo a la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2001) "La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental". En concordancia con esta perspectiva, Riso (2009) plantea que, tanto el diagnóstico, la conceptualización del caso clínico y el abordaje desde una perspectiva cognitivo comportamental debe contemplar tres niveles de complejidad que interactúan sinérgicamente: Un primer nivel que apunta a la mejoría sintomática, un segundo nivel preventivo y un tercero que apunta a la promoción de la salud y la auto actualización del paciente.

En sintonía con estas necesidades, los desarrollos en psicología positiva proveen a la clínica cognitiva con niños y adolescentes aportes en áreas concernientes al diagnóstico y la conceptualización del caso, la psicoeducación de los pacientes y sus familias, la prevención de la psicopatología y las intervenciones terapéuticas. Los mismos serán descritos a continuación.

Aportes para la evaluación y conceptualización del caso

Magyar-Moe (2009) destaca diferentes pro-

puestas para desarrollar evaluaciones, conceptualizaciones clínicas y toma de decisiones terapéuticas basadas en modelos complejos que favorecen la identificación de información relevante más allá de la presencia o ausencia de sintomatología psicopatológica.

En un "enfoque dirigido a la evaluación de cuatro frentes", de acuerdo a la autora se incluirían:

- Las áreas de vulnerabilidad del consultante: déficits en habilidades sociales, déficits cognitivos, desregulación o labilidad emocional, problemas de personalidad
- Áreas de fortalezas del consultante: capacidad para la esperanza, para el perdón, la gratitud, el coraje, resiliencia, áreas de inteligencia desarrolladas, estabilidad emocional y características saludables de la personalidad
- Déficits y fuerzas destructivas en el ambiente del consultante: condiciones de vivienda inseguras, características negativas del entorno, presencia de relaciones abusivas o negligentes, exposición a discriminación o prejuicio
- Fortalezas y recursos presentes en el ambiente del consultante: condiciones de seguridad del entorno y comunidad, relaciones de apoyo, oportunidades para el éxito, empleo estable.

Keyes y Lopez (2002), por su parte, proponen un Modelo Completo de Estado de Salud Mental (Complete State Model of Mental Health), a partir del cual se evalúa el estado de salud mental en base a dos continuos separados.

Desde este marco los consultantes son evaluados de acuerdo a la intensidad de los síntomas psicopatológicos, a la vez que en base a los síntomas de bienestar experimentados en áreas donde las fortalezas y recursos son puestos en juego.

Así mismo, Seligman (1999) y Carr (2004), entre otros, destacan algunos instrumentos destinados a monitorear estas fortalezas en la población infante juvenil y las familias consultantes:

- CASQ: Cuestionario para el estilo atributivo de los niños: Instrumento traducido en nuestro medio (Seligman, 1991) que permite monitorear en sujetos de 8 a 13 años las dimensiones de los estilos explicativos, respecto a acontecimientos positivos e infortunios, que determinan la desesperanza o el optimismo (Seligman et al., 1984).
- Escala Kansas de Satisfacción Parental: Autorreporte en el cual los padres exponen su valoración, en un gradiente que abarca desde la extrema insatisfacción hasta la satisfacción extrema, respecto a parámetros como: percepción del comportamiento de su hijo, de la calidad de la relación padre-hijo y de la autoeficacia parental (James et al., 1985).
- Inventario de Valores en Acción para jóvenes: Inventario dirigido a niños y adolescentes de entre 10 y 17 años que evalúa, en base a una escala de Likert, la respuesta a ítems que monitorean 24 fortalezas del carácter agrupadas en torno a 6 virtudes fundamentales para la consecución del bienestar: sabiduría, humanidad, coraje, sentido de justicia, templanza y trascendencia. (Daalsgard, 2002).
- Diversas escalas destinadas a evaluar la autoestima en la población infanto-juvenil: En una lista no exhaustiva podríamos destacar el Self-Esteem Inventory para niños (Rosenberg, 1979), el Self-Esteem Inventories de Coopersmith (1981), el Children's Self Concept Scale (Piers & Harris, 1969), la Tenesse Self Concept Scale (Fitts, 1988). Carr (2004) destaca la utilidad del Culture-Free Self Esteem Inventory para los niños y sus padres (Battle, 1992) que ofrece puntuaciones respecto a la autoestima general, la autoestima de los padres, la autoestima relacionada con la escuela y en la relación con los pares.

Aportes a la psicoeducación de los pacientes y sus familias

En Terapia Cognitiva Infanto Juvenil la psico-

educación es una parte esencial del trabajo terapéutico (Kendall, 2000). Que pacientes, padres y otras figuras significativas asimilen información basada en la evidencia acerca de los múltiples determinantes que mantienen los trastornos y las diferentes alternativas para mejorar su evolución, favorece la reestructuración de creencias disfuncionales y la participación activa de la familia en el tratamiento.

La información actualizada provista por las investigaciones en fortalezas contribuye, en esta fase del tratamiento, a promover modalidades adaptativas de pensar y afrontar las dificultades, a despejar la incertidumbre de las figuras parentales y a distinguir los problemas como aspectos a trabajar que no han de ser subsumidos a la identidad del niño y/o adolescente. Se pueden señalar aquí diversos ejemplos:

- Investigaciones referentes a que los sucesos traumáticos o negativos vividos por un niño pueden, si este cuenta con adecuado soporte social y recursos de autorregulación afectiva, carecer de consecuencias negativas e incluso favorecer el desarrollo de creencias positivas respecto a sus capacidades de afrontamiento (Páez, Bilbao & Javaloy, 2008)
- Estudios referentes a los sistemas de creencias empoderadoras y estilos de afrontamiento funcionales que favorecen el ajuste de los niños que padecen enfermedades crónicas como el cáncer pediátrico (Phipps, 2007)
- Estudios respecto a valores pro-sociales y marcos religiosos, a los que una familia pudiese adscribir, que reforzasen comportamientos adaptativos y protegiesen respecto al desarrollo psicopatológico (Yoffe, 2008; Zubieta, 2008)
- Estudios referentes a estilos de crianza y modalidades de afrontamiento familiar respecto a crisis situacionales como divorcios y migraciones, que desmitifican prejuicios invalidantes respecto al accionar parental (Shapiro, 1997; Seligman, 1999; Carr, 2004)

- Consideración de las teorías referentes a las inteligencias múltiples, que más allá del tradicional estudio del C.I., orientado a las operaciones verbales-lingüísticas y lógico-matemáticas, promueve la valoración de capacidades prácticas, emocionales, interpersonales, corporales-cines-tésicas y creativas en los consultantes. (Castro Solano & Benatui, 2008)

Los datos de la investigación en psicología positiva, asimismo, sugieren que al favorecer el desarrollo de un niño y/o adolescente en un contexto de bienestar, se disminuyen las posibilidades de contraer psicopatología y se promueve el desarrollo de sus potencialidades. Para que nuestros pacientes prosigan su evolución en torno al mismo, una serie de variables han de alcanzar parámetros óptimos. El trabajo en relación a las mismas durante el proceso terapéutico puede ser un aporte invaluable al resultado del tratamiento. A continuación desarrollamos las mencionadas variables:

- Soporte afectivo que determine la percepción de una base de apego razonablemente segura por parte del niño o joven. Prácticas disciplinarias coherentes y consistentes por parte de los progenitores, determinantes del desarrollo de valores prosociales. Mestre, Sampur y Tur (2008) revisan estudios que ratifican a los ambientes familiares en donde prevalece el soporte afectivo, la expresión emocional positiva y un manejo racional de las contingencias comportamentales, unido a explicaciones que invitan a la toma de perspectiva interpersonal, como favorecedores del desarrollo de la empatía, la autorregulación emocional y la conducta prosocial.
- Promoción de la tolerancia a la frustración y la demora, la empatía, las habilidades sociales y el afrontamiento activo de los estados emocionales displacenteros, habilidades de especial importancia en niños. En los adolescentes se agrega el énfasis en la resolución de problemas

interpersonales, la auto-organización, el desarrollo del pensamiento dialéctico, la perspectiva descentrada y la capacidad de proyección trascendente. (Carr, 2004)

- Estilos explicativos globales, estables e internos respecto a los acontecimientos positivos y específicos, transitorios y externos respecto a los negativos. Estos determinan expectativas de autoeficacia positivas, percepción de control interno y un posicionamiento optimista respecto al futuro. (Metalsky et al., 1982; Seligman, 1995)
- Resolución razonablemente exitosa por parte de la familia de origen respecto a los desafíos y conflictos que plantean las fases del ciclo vital (Carr, 2004).
- Razonable cantidad de experiencias de "flujo", es decir de prácticas en dominios que motivan al niño o joven y que su desarrollo constante resultaría, por lo tanto, autorreforzante (Carr, 2004)

Los estudios de los tratamientos cognitivo-comportamentales dirigidos a diversos trastornos en la población infanto-juvenil muestran evidencia creciente de su eficacia. Lo que aún está en cuestión es el mantenimiento y la generalización de sus resultados, en especial en lo que refiere a problemáticas crónicas como el TDAH, Trastorno Bipolar y otros trastornos conductuales (Ollendick & King, 2000). Es por eso que se recomienda en la clínica la implementación de paquetes combinados que aborden los múltiples factores bio-psico-sociales que inciden en el desarrollo de la sintomatología (Perez Alvarez et al., 2003).

De acuerdo a Seligman (1999) y Carr (2004), el trabajo orientado al desarrollo de las habilidades de autorregulación emocional, valores pro sociales, empatía, promoción de experiencias de flujo y el optimismo, podrían contribuir al mantenimiento y generalización de los resultados de un tratamiento y a la prevención del posterior desarrollo psicopatológico.

Describir en la conversación terapéutica, por ejemplo, las funciones no afectadas, e

incluso especialmente desarrolladas de un niño o adolescente que afronta un trastorno psicopatológico crónico, aumenta la motivación de los padres para enfrentarlo y favorece la reflexión respecto a que áreas orientar su educación y desarrollo personal.

No es lo mismo, llegado el caso, un paciente con TDAH que muestra buenas habilidades interpersonales y/o un buen potencial creativo, que un niño o joven que presenta otras cualidades. Junto a la toma de conciencia de sus puntos débiles, un muchacho que acrecienta la toma de conciencia respecto a sus fortalezas puede orientarse vocacionalmente favoreciendo experiencias de flujo (Carr, 2004) que lo auto-motiven.

Aportes a la prevención de la psicopatología

En lo atinente a la prevención, la problemática más estudiada desde esta perspectiva, tanto en poblaciones de adultos como en niños y adolescentes, son los trastornos en el estado del ánimo. Un ejemplo paradigmático es el diagnóstico de depresión en adolescentes. Los aportes de las investigaciones nos otorgan la posibilidad de recurrir a tratamientos validados para este trastorno. Sin embargo, en los últimos años, el inicio del diagnóstico se da cada vez en edades más tempranas. Lo que podría estar mostrando la necesidad de continuar la investigación no sólo en lo referente a la reducción de los síntomas sino también en relación al abordaje preventivo.

Tomando en cuenta estos hallazgos, en caso de llegar a nuestro consultorio un adolescente deprimido, implementaríamos el tratamiento de primera elección, es decir, tratamiento combinado (TCC + Medicación). Aplicado el mismo, lo que lograríamos es la reducción de la sintomatología en el paciente, sin embargo en lo que respecta al funcionamiento global del adolescente, las investigaciones sugieren que los cambios no son ciertamente significativos (March et al., 2006). Esto conlleva un posible retorno al set point inicial del estado del ánimo de

la persona, es decir, al punto de anclaje del bienestar determinado genéticamente y que sería responsable del 50% del nivel crónico de bienestar de las personas (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005), aumentando de este modo las probabilidades de recaídas. En otros términos, el planteo de Seligman, Steen, Park, y Peterson (2005) es que, si un paciente llega a la consulta en -8 el tratamiento lo llevaría a 0 (set point inicial), y que para llegar a 8 necesitaríamos intervenir en los aspectos que favorecerían una mejoría en el funcionamiento global. Estos están relacionados con el segundo factor que interviene en el bienestar de las personas y que Lyubomirsky (2008) denomina "actividad deliberada" refiriéndose al modo en que actuamos, nuestras estrategias de afrontamiento y el estilo atribucional con el cual interpretamos las situaciones. Estas variables son, de acuerdo a la autora, determinantes del bienestar en un 40%, quedando el 10 % restante sujeto a las circunstancias vitales de los individuos (Lyubomirsky, op cit.).

Una perspectiva prometedora ofrecida por la investigación es la intervención sobre el bienestar de las personas y la promoción de sus fortalezas, las llevaría a experimentar emociones positivas que, sostenidas en el tiempo favorecerían el desarrollo de la resiliencia y los recursos personales (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

En concordancia con esta óptica, la Psicología Positiva tiene como objetivo no sólo intervenir con los individuos, sino también en relación a los ámbitos institucionales. Si pensamos en el trabajo en prevención con niños y adolescentes el espacio de primera elección es, sin duda, la escuela. Esta tiene un importante papel social por la cantidad de tiempo que los niños ocupan allí durante más de diez años de su vida. Es el segundo contexto más influyente durante la infancia, después de la familia.

En general, los programas escolares propuestos para el trabajo en prevención constan de distintos módulos que abarcan las áreas de regulación emocional, habilidades sociales, resolución de problemas y

promoción de distintos valores humanos y fortalezas.

A modo de ejemplo, nos interesa detenernos en el Programa de Prevención para la Depresión Infantil de Pensilvania (Seligman, 1995), ya que el mismo consta de validez empírica, siendo referido por las revisiones meta-analíticas como probablemente eficaz (David-Ferdon & Kaslow, 2008).

Para Seligman (1995), el optimismo y el pesimismo son dos caras de una misma moneda: el estilo explicativo. Su hipótesis inicial al formular el programa se refería a la posibilidad que tenemos los adultos de “inmunizar” a los niños respecto al pesimismo. En este sentido, el programa se basa en la detección e intervención temprana sobre el estilo atribucional de los niños. Consta de dos componentes principales:

- En primer lugar incorpora intervenciones de la TCC, con el objetivo de modificar el estilo explicativo de los niños, poniendo a prueba sus pensamientos, “jugando al detective”.
- En un segundo componente, teniendo en cuenta la correlación entre los déficits en el funcionamiento interpersonal y la depresión, profundiza en el tema dedicando un módulo al entrenamiento en habilidades sociales y otro a las estrategias para la resolución de problemas.

El programa tiene un especial cuidado en la manera en que se transmiten estos contenidos, estando atentos a que el formato difiera de las tareas escolares. Para ello utilizan diferentes recursos entrenados como historietas, marionetas, metáforas y diferentes personajes que representan cada estilo atribucional.

Carr (2004) destaca la proporción inadecuada de profesionales de la salud mental que orientan su trabajo a la clínica psicopatológica en relación a los que se ocupan de áreas orientadas a la prevención. Planteándolo de otro modo: ¿cuántos jóvenes que llegan a nuestro consultorio, podrían haber evitado el desarrollo psicopatológico si el tra-

bajo en prevención con esta franja evolutiva tuviese más difusión? El autor concluye que uno de los desafíos futuros en el desarrollo de prácticas eficaces en salud mental debería orientarse a corregir este desbalance, vale decir: “más vale prevenir que curar”. Mientras tanto, en lo atinente a la clínica cognitivo-comportamental, ¿hasta donde debería el clínico insistir en la promoción del bienestar y la prevención a partir del desarrollo de factores resilientes en niños y adolescentes? Seguramente la respuesta implica, en la conceptualización de los casos, la consideración de los recursos disponibles y la motivación para coincidir en estos objetivos por parte de las familias consultantes.

Intervenciones orientadas a favorecer el bienestar y el funcionamiento global

Realizar un catálogo exhaustivo del tipo de intervenciones terapéuticas propuestas por la psicología positiva excedería los propósitos del presente artículo. Por otra parte, algunas de las mismas, como la reestructuración del estilo explicativo en relación a los eventos negativos y el desarrollo de la inteligencia emocional e interpersonal ya han sido desarrolladas abundantemente por la literatura cognitivo comportamental. Hemos elegido por lo tanto cinco tipos de intervenciones poco descritas en la literatura de habla hispana y cuya eficacia comienza a ser registrada en los estudios (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Reportes prometedores favorecerían la consideración de su implementación en la clínica infanto juvenil (Rashid & Anjum, 2007) en pos de desarrollar el bienestar y el funcionamiento global de los jóvenes usuarios.

- Registrando Experiencias Positivas

Tomando en cuenta el sesgo negativo característico de las personas que sufren dificultades con el estado del ánimo, Seligman, Steen, Park y Peterson (2005) recomiendan la implementación de un registro que denominan “diario de grati-

tud” o “las tres bendiciones”. Así mismo, autores como Magyar-Moe (2004) y Ruini y Fava (2004), lo describen como un complemento al monitoreo de los patrones cognitivos comportamentales y contextuales que rodean las experiencias negativas.

A continuación de la psicoeducación ofrecida a los pacientes respecto al característico sesgo negativo de la depresión, se les solicita que durante una semana anoten tres experiencias positivas que les hayan sucedido en el día. Así, mismo, que documenten que condiciones contextuales, que actitudes y formas de organizarse, y que maneras de pensar los han ayudado a experimentarlas. Una vez que el paciente aporta el resultado de su elaboración semanal se realizan reflexiones sobre cuales son los factores que podría manipular en el futuro para favorecer la continuidad de este tipo de experiencias, que obstáculos frecuentes podrían encontrar en su realización y se revisan alternativas para resolverlos.

- Favoreciendo el flujo

Se psicoeduca a los pacientes acerca de la importancia de las experiencias de flujo en el desarrollo de las emociones positivas duraderas. Así mismo respecto a las características distintivas de estas experiencias: dan lugar a un producto o resultado del cual la persona se sentiría orgullosa, se experimenta un sentido de auto eficacia al realizarlas y el refuerzo es intrínseco, es decir que la tarea se vive como reforzante en si misma más allá de la existencia de una posible recompensa externa. La sensación de “estar sumergido” perdiendo noción de la propia conciencia y del tiempo durante su realización son otros factores a destacar (Magyar-Moe, 2004).

El paciente debe documentar durante la semana que experiencias de flujo vivió, reflexionar acerca de las fortalezas, recursos y capacidades que pudo haber

puesto en juego durante su consecución. En la entrevista psicoterapéutica se reflexiona acerca de las condiciones que podrían favorecerse, los cambios en la agenda y otras variables organizacionales que se podrían modificar para incrementar la cantidad de estas experiencias en la vida diaria. Un ejercicio semejante podría resultar particularmente útil para jóvenes a los cuales un trastorno crónico les afecta la autoestima. Descubrir sus “áreas fuertes” podría conducir a la provisión de factores protectores respecto a los altibajos frecuentemente registrados en estas problemáticas. Así mismo puede ser utilizado como ejercicio dentro de un programa de orientación vocacional y desarrollo personal frecuentemente necesario en la consulta adolescente (Carr, 2004).

- Ejercitando el perdón

De acuerdo a Magyar-Moe (2004), el rencor es una emoción dañina que insufla una gran cantidad de energía emocional al individuo afectado y que dificulta el reprocesamiento de la experiencia. Perdonar no significa minimizar el daño, sino reconocer que el daño ha ocurrido poniendo en perspectiva las circunstancias en las que el evento aconteció. Así mismo, apunta a recoger de la experiencia negativa algún tipo de enseñanza o fortaleza que, experimentada como una ganancia personal, la hace más tolerable e integrable en un relato existencial coherente. Si bien los ejercicios dirigidos al desarrollo de la capacidad de perdonar pueden activar a corto plazo estados emocionales negativos, múltiples investigaciones documentan sus efectos positivos a mediano plazo (Magyar-Moe, op cit.). Una vez que el rencor se abandona, la persona experimenta una sensación de alivio y la percepción de que puede “seguir adelante”.

A posteriori de una psicoeducación en la que se anticipa la posible activación

emocional negativa a corto plazo, se le solicita a la persona que escriba a solas y en un contexto íntimo un relato acerca del acontecimiento que le ha causado daño. En este relato se deben enfatizar las emociones experimentadas en el momento del suceso. Una vez terminada esta primer parte de la tarea el paciente puede dar vuelta la hoja y reflexionar si hubo aspectos positivos, en términos de aprendizaje y de desarrollo personal que pudo haber adquirido a partir de estos sucesos.

El objetivo de la intervención es transmitir que, aunque no podemos evitar que las tragedias sucedan, un valor en términos de aprendizaje y de crecimiento personal suele ser una ganancia que las hace más tolerables. Importantes características que definen nuestra propia identidad, preferencias, actitudes y recursos están determinadas especialmente, de hecho, por algunas de estas circunstancias.

- Ejercitando la Gratitud

Seligman, Steen, Park y Peterson (2006) reportan que el ejercicio de la gratitud hacia personas que hayan sido amables y/o hayan provisto soporte en momentos significativos contribuyen al desarrollo de emociones positivas duraderas. Los autores plantean, como manera de modelarla en el encuadre terapéutico, la sugerencia de que el consultante, en el transcurso de una semana, realice la experiencia de escribir y luego entregar personalmente una carta de gratitud a alguien que haya sido especialmente amable pero al que nunca antes se le haya agradecido en manera apropiada.

- Trascendencia

Ya desde los planteos humanistas existenciales de Frankl (1959), la búsqueda de significados, proyectos y motivaciones trascendentes a la experiencia in-

mediata se ubicaba como un importante factor promotor de la resiliencia. Hayes, Strosahl y Wilson (1999), retoman esta perspectiva al revisar junto al usuario aquellos valores fundamentales que operan como brújula experiencial. Se tratan de potentes agentes motivadores que asisten a la toma de perspectiva respecto a los pensamientos, emociones y circunstancias dolorosas. Para Seligman (1999) "la vida con significado" constituiría un punto culmine en el desarrollo del bienestar, a partir del involucramiento en causas, grupos, espacios y actividades que generan una conexión con el prójimo y lo espiritual. La adolescencia es un periodo de búsqueda de proyectos, marcos de significados definitorios de la identidad, modelos de actuación y espacios de pertenencia (Mandil, 2008). Constituye un momento crítico paradigmático para el desarrollo humano (Mahoney, 1990): el contacto con grupos de pares, marcos ideológicos, culturales y demás modelos de identidad y actuación pueden representar, de acuerdo a su funcionalidad, tanto un peligro como una oportunidad para la evolución saludable hacia la adultez. Motivar el involucramiento del joven paciente en grupos, organizaciones y actividades prosociales puede constituir un importante aporte preventivo y promotor de la salud en psicoterapia infanto juvenil. Prestar atención a los intereses idiosincrásicos del usuario, investigarlos con curiosidad genuina (Bertolino, 2006) y reforzar su puesta en práctica a partir de actividades artísticas, culturales, sociales y/o religiosas favorece en el adolescente la conexión social adaptativa, el sentido de pertenencia, la autoeficacia y las saludables exploraciones vinculares y vocacionales propias de esta etapa evolutiva.

Naturalmente, este tipo de ejercicios deberían implementarse atendiendo a las necesidades específicas y los marcos culturales del consultante y sus sistemas de referencia.

De todas maneras, futuras investigaciones deberán demostrar en manera empírica la eficacia de estas propuestas en nuestro contexto socio cultural sudamericano.

VIÑETA CLÍNICA

Julieta, de 12 años, llega a consulta con un recorrido clínico iniciado tres años antes, en el que se la ha expuesto a cuatro intervenciones quirúrgicas, producto de recurrentes formaciones de hematomas internos en la columna. En la primer entrevista la madre relata los hechos desde el momento inicial, es decir, desde su primera internación, instancia en la que el equipo de profesionales de guardia refieren un diagnóstico presuntivo erróneo en presencia de la joven, en aquel entonces de 10 años de edad: tumor en la médula. Al momento de la consulta, el dolor físico extremo y los cuidados pertinentes a sus cirugías la llevaron a no poder realizar actividades físicas de ningún tipo: no podía cargar su mochila, no podía veranear en la playa, en síntesis, existía una gran dificultad para poder desarrollar actividades placenteras. En este contexto, el estado de ánimo de Julieta sufrió grandes alteraciones, presentando al momento de la consulta un trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

En palabras de la joven: “Me canso de todo esto, siento que no puedo hacer nada de lo que las chicas de mi edad hacen”, “...quiero sentirme mejor y que todo esto termine”.

En una primera etapa del tratamiento las intervenciones apuntaron a regular los síntomas de ansiedad presentes frente a la inminente cirugía (según los médicos, ésta sería la última, en la cual se sellaría el hematoma y se corregiría la desviación de la columna generada por las cirugías anteriores).

En el abordaje psicoterapéutico se implementó entrenamiento en mindfulness (meditación con conciencia plena) y técnicas de relajación orientadas a mantener la calma en los momentos más estresantes. Se implementaron intervenciones cognitivo conductuales para la depresión, trabajando

con sus pensamientos automáticos y modalidades de afrontamiento disfuncionales. En lo concerniente a la activación conductual, el trabajo al respecto implicaba un importante desafío, debido a las limitaciones que Julieta padecía en aquel momento y a las que sufriría posteriormente a la cirugía.

Detengámonos ahora en los aportes de la psicología positiva implementados en el caso:

Desde la entrevista diagnóstica y la conceptualización del caso, se trabajó incorporando las metodologías hasta aquí expuestas. Teniendo en cuenta los cuatro frentes propuestos por Magyar-Moe (2009) podemos destacar:

- Áreas de vulnerabilidad del consultante: cierto grado de labilidad emocional, vulnerabilidades físicas que la exponían a reiteradas intervenciones médicas y costosos períodos de recuperación.
- Áreas de fortalezas del consultante: capacidad para la esperanza, para la gratitud, el coraje y la resiliencia.
- Déficits y fuerzas destructivas en el ambiente del consultante: un padre poco involucrado en la historia y evolución del diagnóstico de la joven.
- Fortalezas y recursos presentes en el ambiente del consultante: fuerte apoyo de su madre, gran cohesión aportada por su grupo de pares, y un sólido equipo de profesionales dispuestos a trabajar interdisciplinariamente.

En el transcurso del proceso terapéutico, al evaluar la presencia de experiencias de flujo, Julieta refirió experimentar las emociones que caracterizan a estas prácticas con el baile, el canto y la música en general (principalmente tocar a guitarra). Debido a las limitaciones que Julieta padecería luego de la cirugía se hacía necesario adaptar estos intereses de la joven a las capacidades limitadas que transitoriamente sufriría. Para ello se trabajó con el neurocirujano la clarificación de estos aspectos del post-operatorio y se fomentaron prácticas orientadas al flujo adecuadas a las condiciones físicas

y emocionales de la joven. Julieta comenzó clases de canto y de guitarra y la terapeuta consensuó con los respectivos profesores la implementación de actividades adecuadas para que Julieta continuara en contacto con estos intereses durante el tiempo posterior a la internación. Es decir, al momento de reflexionar acerca de las condiciones que podían favorecer estas experiencias se tuvo en cuenta los puntos de vista de la consultante, de su familia y del equipo de profesionales.

Partiendo de la hipótesis concerniente a que los afectos negativos y positivos conviven, la intervención principal en relación a su labilidad emocional se basó en la normalización y aceptación de diversas emociones tales como el enojo y la frustración, acompañando esta aceptación del malestar con la promoción de experiencias emocionales positivas. Para ello, una de las intervenciones fundamentales llevadas a cabo fue el ejercicio del perdón.

En el primer paso del ejercicio dedicamos con Julieta algunas sesiones a detallar cada etapa de este proceso procurando enfatizar las emociones experimentadas en cada momento.

“En agosto del 2009, me hacen una resonancia para ver si se reabsorbió el hematoma, y no se había reabsorbido nada. En ese momento sentí que todo lo que había hecho no sirvió de nada (no hacer deporte, no andar en bicicleta, no poder llevar peso ni correr). Sentía incertidumbre. También se dieron cuenta de la desviación de mi cuello. En ese momento sentí que volvía todo para atrás. Me enojé con el médico porque por su culpa estaba así, además me había mentido, porque nada había terminado.”

Una vez terminada esta primer parte de la tarea, la paciente comenzó con el trabajo de reflexión registrando en estas experiencias aspectos positivos, en términos de aprendizaje y desarrollo personal que pudo haber adquirido. Considerando los aspectos mencionados por Seligman (1999) respecto de

la “vida con significado” y la relevancia que tiene en este momento evolutivo el generar proyectos y marcos de sentido, planteamos esta segunda etapa del ejercicio proponiéndole a la paciente la escritura de una carta dirigida a personas que estuviesen atravesando una situación dolorosa como la que ella experimentaba. Para transmitir este “mensaje de esperanza” -de esta forma lo llamaba la paciente- contamos con la ayuda de su médica, la cual solicitó autorización para pegar esta carta en la cartelera del área pediátrica y brindar copias de la misma a otras familias.

De acuerdo a Julieta, la realización de este ejercicio contribuyó a mejorar su estado del ánimo aún al atravesar una situación tan compleja. Teniendo en cuenta la perspectiva provista por los modelos terapéuticos inspirados en la Psicología Positiva, podemos pensar que una parte de esta mejoría se debió a que la joven pudo conceptualizar estas difíciles circunstancias como experiencias de aprendizaje útiles para si misma y para otros. Desde esta óptica, la producción provista por la paciente es una actividad orientada a la trascendencia, es decir, un despliegue de sus fortalezas puesto al servicio de los demás.

“Hola, me llamo July, tengo 13 años y pasé desde hace dos años atrás por situaciones parecidas a las que seguramente estén pasando uds. ahora, si esta carta llegó a sus manos. Por eso quiero compartir estas frases con uds. porque tal vez les sirvan. Son ideas que aprendí al pasar por una situación muy difícil de salud”.

- A veces hay noticias que nos toman por sorpresa y no sabemos como manejarlas. Una buena manera de sobrellevar la situación es tomárselo con calma y tenerse fe.
- Hoy mirando para atrás, aunque me enojan algunas cosas, también puedo agradecer por como salieron las cosas pensando que podrían haber sido aún

peores.

- Los extremos no son buenos. Si nos quedamos con un solo punto de vista nos podemos equivocar en nuestras opiniones. Siempre lo mejor es tener diferentes ópticas.
- Es difícil mantener la paciencia cuando las cosas no salen como uno lo espera, pero lo bueno es saber que esa paciencia, así como se fue vuelve.
- A veces el miedo a lo desconocido nos hace difícil dar pasos, aún sabiendo que son para mejorar nuestra vida.
- A veces las cosas que vivimos nos hacen más maduros y fuertes.
- A veces las cosas que vivimos generan rencor, miedo, enojo o dan ganas de rendirse. Lo importante en esos momentos es acordarse de que las emociones van cambiando y son pasajeras.
- Después de haber vivido situaciones fuertes, aprendí a vivir más el día a día y a no hacerme problema por cosas sin importancia. Las cosas que me pasan tomaron otro valor.
- Lo importante en las situaciones difíciles es no rendirse y no darse por vencido.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los estudios y lineamientos provistos por la psicología positiva constituyen aportes enriquecedores que pueden optimizar la calidad de los tratamientos y brindar nuevos datos para el diseño de estrategias de prevención y promoción del bienestar. Motivar el desarrollo de las fortalezas del carácter y el soporte social de los pacientes afectados favorecería la generalización y mantenimiento de los logros en los tratamientos. Valorar los recursos de los sistemas consultantes en la comunicación terapéutica optimizaría la alianza de trabajo y reforzaría las expectativas de autoeficacia de los niños, adolescentes y sus familias.

Vale la pena señalar aquí un cuestionamiento ético concerniente a la diversidad de posicionamientos respecto hacia donde dirigir nuestras intervenciones en salud mental:

¿Hasta donde llegar en la promoción del bienestar en un tratamiento psicoterapéutico? Probablemente, una vez que las inquietudes de las familias consultantes han sido satisfechas, el profesional tratante podrá sugerir, orientar y negociar en manera transparente, la consecución de una variedad de criterios “salugénicos” sustentados en la literatura basada en la evidencia.

Respecto a la intensidad de la modalidad de seguimiento, desarrollo o prevención subsiguiente, quienes consultan tienen, en estas circunstancias, la última palabra.

REFERENCIAS

- Battle, J. (1992). *Culture-Free Self-Esteem Inventories: Examiner's Manual*. Austin: Proed.
- Bertolino, B. (2006). *Terapia Orientada al Cambio con Adolescentes y Jóvenes*. Barcelona: Paidós.
- Carr, A. (2004). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Castro Solano, A., & Benatui, D. (2008). Teorías Contemporáneas sobre la Inteligencia. En M. Casullo (Ed.), *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Conoley, C. W., & Conoley, J. C. (2009). *Positive Psychology and Family Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Coopersmith, S. (1981). *Self-esteem Inventories*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Daalsagard, K. (2002). *Values in Action Inventory of Strengths for Youth (VIA-Y)*. Cincinnati: Values in Action Institute.
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 62-104.
- Fitts, W. (1988). *Tennessee Self Concept Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Frankl, V. (1959). *Logoterapia y Análisis Existencial*. Barcelona: Herder.
- Frisch, M. (1994). *Manual and Treatment Guide for the Quality of Life Inventory or QOLI*. Minneapolis: Pearson Assessments.
- Frisch, M. (2006). *Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva. Antecedentes, aportes, proyecciones. En M. Casullo (Ed.), *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Hayes S., Strosahl K., & Wilson K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- James, D.E., Schumm, W.R., Kennedy, C.E., Grigsby, C.C., Schectman, K.L., & Nichols, C.W. (1985). *Characteristics of the Kansas Parental Satisfaction Scale among two samples of married parents*. *Psychological Reports*, 57, 163-169.
- Kendall, P. (2000). Guiding Theory for Therapy with Children and Adolescents. En P. Kendall (Ed.). *Child & Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.
- Keyes, C., & Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and intervention. En: C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Linley, A., & Joseph, S. (2004). *Positive Psychology in Practice*. New Jersey: John Wiley, & Sons.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 9 (2), 111-131.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Magyar-Moe, J. (2009). *Therapist guide to positive psychological interventions*. New York: Elsevier.
- Mahoney, M. (1990). Psicoterapia y Procesos de Cambio Humano. En M. Mahoney & A. Freeman (Eds), *Cognición y Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Mandil, J. (2008). *Consideraciones Generales para la Terapia Cognitiva con Adolescentes*. [depsicoterapias.com](http://www.depsicoterapias.com). Recuperado de la web el 9/2/11 en: <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdSeccion=11, &IdArticulo=406>
- March, J., Silva, S., Vitiello, B., & Team, T. (2006). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Methods and message at 12 weeks. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1393-1403.
- Mestre, M, Sampur, P., & Tur, A. (2008). Empatía y Conducta Prosocial. En M. Casullo (Ed.), *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Metalsky, G., Abramson, L. Seligman, M., Semmel, A., & Peterson, C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 612-617.
- Mooney K., & Padesky C. (2000). Applying Client Creativity to Recurrent Problems: Constructing Possibilities and Tolerating Doubt. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 14, 149-161.
- Ollendick, T., & King, N. (2000). Empirically Supported Treatments for Children and Adolescents. En P. Kendall (Ed.), *Child & Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.
- Paez, D., Bilbao, M., & Javaloy, F. (2008). Del Trauma a la Felicidad. En M. Casullo (Ed.), *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pérez Álvarez, M.; Fernández Hermida, J.; Fernández Rodríguez, C., & Vázquez, I. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces III: Infancia y Adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Phipps, S. (2007) Adaptive Style in Children with Cancer: Implications for a Positive Psychology Approach. *Journal of Pediatric Psychology Advance Access published online on August 14, 2007*.
- Piers, E., & Harris, D. (1969). *Piers-Harris Children Self Concept Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Procter, H. (2001). *Escritos Esenciales de Milton Erikson Vol 2*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rashid, T., & Anjum A. (2007). Positive psychotherapy for children and adolescents. In J. Abela y B. Hankin (Eds.), *Depression in Children and Adolescents: Causes, Treatment and Prevention*. New York: The Guilford Press.
- Rashid, T. (2008). Positive psychotherapy. En S. J. Lopez (Ed.), *Positive Psychology: Exploring the Best in People; Vol. 4*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Londres: Constable.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving The Self*. New York: Basic Books.
- Ruini, C., & Fava, G.A. (2004). Clinical applications of well-being therapy. En P.A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Seligman M, Peterson C, Kaslow N, Tanenbaum R, Alloy L., & Abramson L. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Seligman, M. (1991). *El optimismo se adquiere*. Buenos Aires: Atlántida.
- Seligman M. (1995). *The Optimistic Child*. New

York: Harper.

Seligman M. (1999). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.

Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.

Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005) Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.

Shapiro, L. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. Barcelona: Ediciones B.

White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa.

World Health Organization. (2001). *The world health report. Mental Health: New understanding, New Hope*. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2001/en/>

Yoffe, L. (2008). Religión, Espiritualidad y Sentido de la Vida en Duelos. En M. Casullo (Ed.), *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Zubieta, E. (2008). Valores Humanos y Conducta Social. En M. Casullo (Ed.), *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

BIBLIOGRAFÍA

Castro Solano, A. (2010). Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva. En A. Castro Solano (Ed.). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.

De Shazer, S. (1992). *Claves en Psicoterapia Breve*. Barcelona: Gedisa.

Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Ediciones Vergara.

Padesky, C. (1994). Schema Change Processes in Cognitive Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.

Park, N., & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29, 891-909.