

Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas

Zaida Borges Charepe¹
 Maria Henriqueta de Jesús Silva Figueiredo²

Resumen

Revisión de tema en el que se describen experiencias de evaluación e intervención familiar, enfatizando el *Appreciative Inquiry* como un medio de privilegiar la celebración de competencias y el potencial creativo de las familias, con vistas a un cambio más positivo de sus fuerzas, virtudes y habilidades. En los enfoques que se centran en la psicología positiva se destacan como principales experiencias: los grupos de ayuda mutua, los cuidados hospitalarios, y en los cuidados de atención primaria.

Palabras clave: resiliencia psicológica; familia.

Hope and family resilience promotion. Appreciative practices

Abstract

Review article in which family assessment and intervention experiences are described stressing the *Appreciative Inquiry* as a mean to privilege the competitions celebration, and the families' creative potential with views to a more positive change of their strengths, virtues, and abilities. In the positive psychology approach focus the mutual help groups, hospital care, and primary attention care are highlighted as main experiences.

Key words: resilience, psychological; family.

Promoção da esperança e resiliência familiar. Práticas apreciativas

Resumo

Revisão de tema no que se descrevem experiências de avaliação e intervenção familiar, enfatizando o *Appreciative Inquiry* como um meio de privilegiar a celebração de concorrências e o potencial criativo das famílias, com vistas a uma mudança mais positiva de suas forças, virtudes e habilidades. Nos enfoques que se centram

- 1 Enfermera, Magíster en Enfermería, Magíster en Comunicación en Salud, Doctoranda en Enfermería. Profesora del Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Portugal. email:zaidacharepe@ics.lisboa.ucp.pt
- 2 Enfermera, Magíster en Psicología Social, Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora de la Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. email:henriqueta@esenf.pt

Fecha de recibido: 29 de noviembre de 2009.
 Fecha de aprobado: 4 de junio de 2010.

Cómo citar este artículo: Borges Z, Silva ME. Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas. Invest Educ Enferm. 2010; 28(2): 250-257

na psicologia positiva se destacam como principais experiências: os grupos de ajuda mútua, os cuidados hospitalares, e nos cuidados de atendimento primário.

Palavras chave: resiliência psicológica; família.

Prácticas coevolutivas en la promoción de las competencias familiares

A pesar de todas las transformaciones que ha sufrido la sociedad, la familia, como *“fenómeno culturalmente elaborado”*¹ continúa siendo el instrumento de unión entre el individuo, la naturaleza y la cultura.

Como sistema de relaciones que se inserta y articula en diversos contextos, la familia agrega un sistema de valores, acontecimientos y prácticas, en un espacio relevante de socialización y humanización^{2,3} subyacente a una dinámica contextual y de interacción. Como sistema de interacción que supera y articula varios componentes individuales,⁴ tiene la característica de la multiplicidad, donde las configuraciones familiares basadas en las interacciones entre sus elementos y entre éstos y los suprasistemas, confieren unidad a cada familia en un contexto de diversidad. Es una entidad dinámica, co-evolutiva y coherente en términos funcionales, que se desarrolla en un proceso de interacción con el ambiente. Incorpora una organización compleja, inserta en un contexto social más amplio, que tiene una historia y crea historia, en una red de múltiples relaciones inter-contextuales.

En un abordaje de la familia como ecosistema esta perspectiva se entiende como un sistema de inter-relaciones que tiende al equilibrio entre la cohesión familiar y la individualización de sus miembros.^{5,6} La familia, como grupo, evoluciona de acuerdo con sus finalidades, y ejecuta determinadas funciones que se transforman a lo largo del ciclo vital. Así pues, hay una dualidad funcional en el sentido de que la familia deberá tanto proteger psicológica y socialmente a sus miembros, como promover la adaptación de los mismos a los factores estresantes inherentes a sus procesos de

vida.⁵⁻⁸ Consecuentemente, la familia tiene una doble responsabilidad: dar respuesta a las necesidades de sus miembros y a la sociedad, incorporando un esquema de relaciones integrado en el tiempo, caracterizado por la co-evolución de los miembros y de sus relaciones.²

Las dimensiones sistémicas y ecológicas de las representaciones de la familia como sistema abierto y multidimensional, le confieren complejidad en un contexto de inestabilidad dinámica al que subyacen características de globalidad, totalidad, circulación y autoorganización,⁹⁻¹¹ que permiten la comprensión de los patrones de transacción a partir de sus reglas de funcionamiento. Como sistema autopoyético donde *“los efectos y productos son necesarios para poseer los productos generados”*,¹² se caracteriza por sus procesos, intrínsecos a sus características de totalidad y globalidad que le confieren complejidad y multidimensionalidad.¹³

Las propiedades de la familia como sistema social y humano, nos remiten a un concepto de familia donde los componentes interaccionan; *“(…) no es posible que sean considerados como los instrumentos creados para el estudio de individuos aislados”*,¹⁴ lo que significa que *“las características constitutivas no son explicables a partir de las características de las partes aisladas”*.¹⁵ Por ser las partes interdependientes y por actuar el sistema como un todo, el cambio de uno de sus elementos trae cambios a los demás, lo que implica una reestructuración en las interacciones del sistema. Esto requiere una constante movilización de mecanismos de adaptación, para el cual es necesario un nuevo nivel de funcionamiento ajustado a la complejidad de los procesos de transición, de la familia, normativos o no, en el transcurso de su desarrollo. Se caracteriza, entonces, por un estado de permanente cambio que permite la con-

tinuidad del sistema. La familia se organiza de acuerdo con sus finalidades, en un contexto donde se desarrolla una serie de interacciones que implican *“elementos de crecimiento, de crisis y de creatividad, elementos característicos de una auto-organización en evolución”*.¹⁶

Para la comprensión de la familia como unidad transformadora, enfatizamos la necesidad de conceptualizar mediante un paradigma que permita entender su complejidad y multidimensionalidad en un abordaje que considere tanto la historia de la familia como su contexto. Así concebida la familia, la evaluación e intervención familiar deben permitir una práctica sistemática y de apreciación donde la familia se constituye como una unidad de cuidados,¹⁷⁻¹⁹ considerando un sistema co-evolutivo y coherente con los cambios necesarios para mantener un funcionamiento ajustado de su estructura biopsicosocial y espiritual.

Las situaciones de evaluación de la familia son esencialmente de la vida familiar y están asociadas a transiciones en los procesos de desarrollo o crisis, como enfermedad de uno de los miembros, problemas en la adolescencia, hospitalización, muerte, entre otras.²⁰ Así pues, para que haya un cambio sistemático, los profesionales de la salud deberán ser capaces de evaluar esa necesidad de cambios en el análisis de la organización interna de los recursos de la familia. Efectivamente, la evaluación familiar debe buscar especialmente la identificación de las fuerzas de la familia, centrándose en los patrones de interacción,²⁰⁻²³ promotores del fortalecimiento del sistema.

La intervención familiar basada en un abordaje colaborativo debe enfatizar en las capacidades de las familias en la resolución de sus problemas, interpretando las respuestas afectivas y cognitivas que se dan en el contexto de la interacción entre los profesionales de la salud y la familia.²⁴ Se caracteriza por la creación de un contexto co-evolutivo que facilite el cambio de prácticas basadas en sus recursos, ya que *“las familias tienen las competencias necesarias para efectuar las transformaciones que se requieren, con la condición de que las dejemos experimentar sus auto-soluciones y que activemos ese proceso.”*²⁵ Centrándose en

la capacidad de la familia para sus constantes procesos de cambio, las prácticas centradas en la familia deben basarse en un entendimiento amplio y tener en cuenta sus motivaciones y potencialidades. En la evaluación e intervención familiares emergen paradigmas que impulsan a los profesionales de la salud a mejorar rápidamente la eficacia de los procesos de estructuración de la resiliencia familiar en reciprocidad con la promoción de la esperanza.

Resiliencia y esperanza

La esperanza es dinámica, multidimensional, central en la vida, altamente personalizada, orientada al futuro, confiere empoderamiento y está relacionada con la ayuda externa y el cuidado; está ligada al concepto de fe, central en todas las grandes religiones y culturas del mundo, a la vez que forma parte de la propia esencia del ser humano.²⁶ Por otro lado, se reconoce como una necesidad espiritual.²⁷

El fortalecimiento de las competencias de las familias puede apoyarse en premisas conceptuales que emergen del grupo de sucesos y de la celebración vivencial de sus miembros. Destacamos los resultados obtenidos en algunos estudios de investigación que asocian la esperanza y la resiliencia con la intervención familiar, teniendo en cuenta que la predisposición individual para el desarrollo de niveles más elevados de esperanza, funciona como mecanismo protector ante los obstáculos y adversidades.²⁸

La esperanza se define en una perspectiva de cumplimiento de objetivos y metas reales, como el origen de la motivación para la acción.²⁹ El conjunto de recursos y soluciones alternativas conduce a transiciones saludables en las familias, fomentando la ampliación de emociones positivas como motor de acción ante obstáculos o dificultades, por ejemplo, la extraordinaria fuerza y creatividad de las familias cuando enfrentan el diagnóstico de enfermedad crónica en uno de sus miembros, y sin embargo, en pro de su autonomía y su calidad de vida creen en la curación, aunque se trate de una enfermedad incurable; en los progresos de la medicina, a pesar de que éstos no estén asegurados en el tiempo; en la ayuda divina

que necesitan, y en ofrecer a cambio la voluntad empática de ayudar a otras familias en idénticas circunstancias.

En una revisión teórica y empírica de estudios relacionados con la esperanza,³⁰ el análisis conceptual identificó este concepto en nueve atributos: una respuesta humana básica, proporciona una vida con significado, es un proceso, dinámica y no estática, orientada al futuro, elemento de anticipación, concepto multidimensional, teoría, asociada a Enfermería. A continuación los autores analizaron el concepto de esperanza a partir de estudios sobre personas sometidas a trasplante cardíaco, con lesiones vertebrales y medulares y supervivientes de cáncer de mama. En él describen siete componentes abstractos y universales de la esperanza: evaluación realista de la situación de amenaza, previsión de alternativas y establecimiento de metas, evaluación realista de los recursos personales y de la situación, un estímulo ante los resultados negativos, la socialización para el apoyo mutuo, una evaluación continua que refuerza las metas previamente establecidas, y determinación para afrontar la situación.³⁰

Lo que viven las familias en estas circunstancias es un proceso y deben tenerse en cuenta sus transiciones, las relaciones recíprocas que establecen sus miembros y las que establecen en el contexto social de la familia. Este proceso posibilita que una familia se reorganice y mantenga su funcionamiento en situaciones de riesgo.³¹

La resiliencia familiar, entendida como una cualidad del sistema, se considera un “proceso de enfrentamiento y adaptación de la familia como unidad funcional”.³² De esta forma, el foco de la resiliencia familiar se centra en áreas fundamentales que permiten el fortalecimiento en situaciones de crisis. Son ellas: la atribución de significado ante la adversidad, la esperanza, la espiritualidad, la flexibilidad, la cohesión, la comunicación familiar, el intercambio de ocio, rutinas y rituales, las redes de apoyo y la capacidad de la familia para su manutención,^{32,33} que evidencian sus creencias, sus patrones de comunicación y la organización familiar.

Así pues, la expresión de fuerzas y recursos familiares les permite a sus miembros responder de

modo positivo ante la adversidad. La esperanza, como fuerza humana, permite profundizar en el acontecimiento de las respuestas humanas frente a las enfermedades y en los procesos de la vida, y en las exigencias que las transiciones imponen a la vida cotidiana familiar, Basada en una interacción personal con intencionalidades terapéuticas, dicha reflexión debe incluir, como buena práctica, la valoración, el diagnóstico y la evaluación del soporte emocional, formativo e instrumental.

En cuanto a las actividades caracterizadas como facilitadoras de los procesos de readaptación y aprendizaje de nuevas competencias, permiten la integración de los significados de la esperanza en la gestión de la crisis familiar, en el bienestar y en la calidad de vida.

Descripción de las prácticas apreciativas

En la última década hemos asistido a la emergencia en el análisis de la vivencia de los cuidados como un área susceptible de estudios científicos que tratan de la calidad de vida, el bienestar, el optimismo, la esperanza, entre otros factores, en el ámbito individual y grupal. La contribución y la actuación de las familias para lograr un cambio positivo y un futuro mejor constituyen una tendencia muy actual. En este ámbito tienen capacidad de efectuar cambios cuando promueven su creatividad o su conocimiento y la lucha por un objetivo mediante su propia participación.

Así mismo, las prácticas apreciativas se basan en el *Appreciative Inquiry*. En los años ochenta, con la introducción del *Appreciative Inquiry* en las organizaciones, David Cooperrider y Suresh Srivastva³⁴ señalaron la importancia de las narrativas individuales. Posteriormente emergieron resultados del abordaje en contextos de salud/enfermedad, que complementaban la actuación centrada en la resolución de problemas y en la enfermedad, frecuente en los diagnósticos de los profesionales de la salud.

La clave para describir el *Appreciative Inquiry* es el hecho de que se trata de un proceso vivo, orgánico, regenerativo, práctico y creativo donde todos los participantes contribuyen. Tiene su inicio básicamente como respuesta a dos preguntas: ¿cuál

es el problema? y ¿qué funciona? que marcan la diferencia entre con un abordaje centrado en la resolución de problemas. Lo primero es intentar el cambio para resolver el problema, hecho o diagnóstico, y encontrar soluciones, donde el núcleo es aquello que está mal o no funciona, por ejemplo, una familia intenta un modo cooperativo, mejor que el que se da entre sus miembros, determinante para que un cambio tenga lugar.

De acuerdo con el *Appreciative Inquiry* podemos afirmar que en cada familia existe algo que la mantiene en funcionamiento; aquello en lo que se enfoca, que se convierte en su realidad porque la realidad es co-creada en el momento, pero hay que considerar que existen múltiples realidades y es importante valorar las diferencias entre sus miembros. También hay que tener presente que las familias tienen una mayor confianza para enfrentar el futuro cuando rescatan lo mejor de su pasado. Se trata de un cambio de cara a la innovación, olvidando los aspectos negativos y las críticas no constructivas, y modificando la forma en que se enfrentan los problemas. Es importante destacar que no se trata de que la familia los ignore, sino que los enfrente de modo diferente, permitiendo al sistema familiar identificar cuáles son sus momentos altos, lo que ha hecho y superado, e incrementando la confianza ante el enfrentamiento con potenciales momentos de adversidad.

Es así como reforzamos el establecimiento de prácticas apreciativas en distintos dominios de intervención como un método “(...) *equivalente a la aplicación médica de los procedimientos de resucitación, sólo que en el ámbito de los sistemas humanos* (...)”.³⁵

En un grupo de apoyo

Las intervenciones basadas en la ayuda mutua han crecido exponencialmente, sobre todo en torno a la orientación comportamental en situaciones de abuso de sustancias nocivas, así como en contextos de apoyo social cuando se presenta una situación individual y familiar de enfermedad crónica y/a pérdida.

Los beneficios de este paradigma abarcan los sistemas humanos y grupales, además de conducir la investigación hacia un análisis cualitativo de cariz interventivo. Así, se optó por utilizar una metodología conducida por cinco presupuestos teóricos principales,³⁶ en un estudio con padres de niños con enfermedad crónica, miembros activos de un grupo de apoyo con sede en una organización de salud:³⁷ *el principio constructorista*; *el principio de la simultaneidad* (la investigación y el cambio ocurren simultáneamente); *el principio poético* (las organizaciones de cariz humano son consideradas libros abiertos); *el principio anticipatorio* (la creación de imágenes positivas del futuro de una organización dada es considerada como el aspecto más importante de una investigación); y *el principio positivo* (la investigación debe tener en cuenta las fuerzas positivas y generadoras de vida de una organización; cuanto más positivas sean las realizaciones, mayor duración y mayor éxito tendrá el esfuerzo del cambio); así, en el transcurso de uno de los encuentros de dicho grupo de apoyo se han encontrado varios puntos de énfasis en el discurso de los padres: Lo que hace funcionar el grupo: sus hijos; sus puntos fuertes: el compartir experiencias y el aprendizaje; lo que mejor pueden hacer en conjunto: la mejora de su calidad de vida; lo que quieren llevar en su “equipaje” para el futuro: continuar sintiendo que forman parte de una familia.

El *Appreciative Inquiry* nos entrega así una visión de la vida del grupo enfocada en la recreación de los deseos de sus miembros, padres de niños con enfermedad crónica, despertando su potencial creativo con miras a un cambio positivo de sus actividades, entre ellas: “(...) *actividades de soporte formativo* (acerca de la enfermedad de los niños) y actividades de soporte emocional (compartir experiencias y gestionar emociones). Con el propósito de aumentar la autonomía de los padres en el cuidado de los niños, la intervención junto a ellos se ha traducido en la promoción de emociones positivas: aumento del control, autoconocimiento, confianza y optimismo.”³⁷

En los cuidados hospitalarios

Después de pasar de un modelo centrado en la resolución de problemas (¿cuál es el problema?),

a un modelo capaz de integrar prácticas promotoras de esperanza en los cuidados prestados a la familia (¿qué funciona?, ¿cuáles son los recursos de esperanza movilizados?), fueron identificadas buenas prácticas que promovían la (re)construcción de la esperanza en los padres de niños con enfermedad crónica. Se trató de un trayecto de consolidación de intervención sistematizada centrada en la esperanza, donde fue muy importante el papel de los padres en los cuidados de los niños en un contexto de hospitalización. Se hizo énfasis en el recurso de la esperanza en el ámbito de su integración y trato con los profesionales de salud. En este ambiente, Wright²⁷ aborda el tema de las “prácticas de cuidado espiritual”, destacando resultados de estudios “(...) acerca de la naturaleza de las intervenciones (...) que engloban el «actuar» (...) así como el «ser» (escuchar, estar con, compartir, soportar, respetar (...))”, así como efectuar el reconocimiento de las fuerzas y/o recursos espirituales. De entre las *fuerzas espirituales*, se ha destacado la esperanza como esencial para minimizar los sentimientos de soledad de los padres en la dura tarea de lidiar con la enfermedad de sus hijos y la agudización de sus síntomas.

En un contexto de fortalecimiento de las redes de articulación en los cuidados al niño, el joven, la familia, la evaluación familiar fue fundamental para comprender el significado que tiene la esperanza para estos padres, en la que se destacó el carácter subjetivo de sus vivencias e historias de vida. De los resultados obtenidos, queremos señalar que la expresión de sentimientos y emociones es una excelente fuente de información acerca de la significación de la esperanza; y la deconstrucción de los problemas, que genera una nueva realidad relacional entre los padres y el equipo de salud.³⁸

La importancia del desarrollo de redes y conexiones basadas en un planteamiento capaz de reconocer a la familia como un recurso de esperanza, fomentó un espacio privilegiado para que los equipos de salud pertenecientes a distintos dominios de intervención pudieran compartir experiencias y reflexionar entre ellos, a la vez que se profundizó en las conductas de reciprocidad establecidas en la alianza terapéutica entre los profesionales de salud, el niño, los padres y la familia.

En los cuidados en atención primaria

Ante los retos que enfrentan los enfermeros en el desarrollo de los cuidados centrados en la familia como contexto y unidad de intervención, hicimos un estudio sobre la intervención familiar en el contexto de los cuidados en atención primaria.³⁹ Constatamos que la concepción de cuidados no se cimentaba en modelos conceptuales que permitieran un enfoque sistémico en la familia (porque la evaluación e intervención de enfermería exige la utilización de modelos que permitan la concepción de cuidados orientados tanto para la recogida de datos como para la planificación de las intervenciones),⁴⁰ la co-construcción de un modelo de cuidados centrado en la familia pretendió dar respuesta a los problemas identificados mediante la promoción del cambio en uno o en varios dominios del funcionamiento de la familia: cognitivo, afectivo y comportamental.

Se partió del principio fundamental de que los cuidados de enfermería centrados en la familia como cliente y unidad de intervención, están regidos por un enfoque sistémico con énfasis en el estilo colaborativo, que promueva la potencialización de sus fuerzas, recursos y competencias. Implícito en este principio está el reconocimiento de la competencia de la familia para tomar decisiones en la gestión de su funcionamiento. El Modelo Dinámico de Evaluación e Intervención Familiar, como estructura multidimensional que agrega áreas evaluativas, cruciales en el entendimiento de la reciprocidad de los procesos familiares, co-construido a partir de las necesidades identificadas por los enfermeros y legitimado por su toma de decisiones, se constituyó como contexto de discusión reflexiva de prácticas promotoras de las fuerzas de la familia. Discutiendo con base en un referencial de planteamiento sistémico, donde emergían constantemente la multidimensionalidad y la complejidad inherentes a los cuidados prestados a la familia, la definición de las áreas de intervención permitió la implementación de estrategias conducentes a la producción de resultados concretos.

Emergieron de este estudio áreas fundamentales que deben ser estudiadas en el sentido de posibilitar la evaluación del impacto en la mejora

de la calidad de los cuidados de enfermería a las familias que han estado sometidas a este modelo, concretamente la integración de planes de acción apreciativos enfocados en lo que la hace funcionar, en lo que correspondió o excedió las expectativas y en lo que puede ser mejorado.

Conclusión

Se han construido intervenciones apreciativas con las familias, no ignorando sus problemas sino llevándolas a enfrentarlos de modo diferente. De esta forma, la evaluación e intervención familiar deben enfocarse en las fuerzas de la familia, sus competencias, y, esencialmente, en aquello que la mantiene en funcionamiento en su trayectoria evolutiva, a la cual son inherentes las transiciones, muchas veces asociadas a procesos de salud enfermedad. La creación de un espacio de discusión y reflexión con los profesionales de la salud, promotor de nuevas concepciones sobre la familia, permitió la incorporación de un paradigma de cuidados centrado en el reconocimiento de las competencias de la familia y en sus procesos de auto-organización, como recurso para el cambio transformador y su continuidad como sistema.

La utilización de *Appreciative Inquiry* en las prácticas con las familias propuso un espacio para su transformación, y la impulsó. Así, la recreación de historias de esperanza, superación y recuperación de la adversidad, como factor protector y promotor de esperanza, concretó los principios inherentes en el *Appreciative Inquiry*: la integridad del proceso de evaluación e intervención familiar (responsabilizando y llevando a la familia a participar en las tomas de decisión y en la identificación de recursos); la integridad del cambio individual (cada miembro de la familia debe ser la propia fuente de cambio, un ejemplo vivo de lo que se pretende que cambie); la perseverancia en la actitud de cambio (para que se mantenga en la familia una actitud de apertura al aprendizaje y al descubrimiento de nuevas formas de ver las situaciones y de actuar sobre ellas); dar a las familias la oportunidad de recrear en su discurso, narrativas de esperanza (relatos de experiencias, prácticas e historias personales) y, por último, crear imágenes ricas del futuro, acerca de la persona, la

familia, el grupo, los beneficiarios de los cuidados y, de la propia forma de lidiar con los procesos de transición de salud enfermedad (contemplando en esas imágenes la esperanza, la motivación y el compromiso).

Creemos que la aplicación de prácticas apreciativas constituyó un vehículo para aumentar la confianza relacional y la celebración del papel de los diferentes subsistemas que participan, realizando de esta forma sus competencias, recursos y potencialidades. En suma, la utilización de *Appreciative Inquiry* en la evaluación e intervención familiar, podrá ayudar a las familias a recrear sus historias de esperanza, superación y recuperación de adversidades, lo que les dará más confianza y fortaleza ante nuevos retos.

Para que los profesionales de la salud entiendan de manera profunda la prestación de cuidados a lo largo del ciclo de vida de la familia, es necesario que reconozcan la unidad familiar como meta de sus cuidados. De la inclusión de prácticas apreciativas, en armonía con un paradigma de cuidados centrado en modelos sistémicos, surgirán cuidados integrativos promotores de crecimiento y fortalecimiento de los individuos, las familias y la sociedad.

Referencias

1. Slepov V. *As Relações de Família*. Lisboa: Editorial Presença; 2000.
2. Figueiredo M, Vilar A, Sousa C. Resiliência: Abordagem apreciativa da família como sistema social. En: Sociedade portuguesa de enfermeiros de saúde mental, *A saúde mental e a vulnerabilidade social*. Porto: Sociedade portuguesa de enfermeiros de saúde mental; 2009. p.1-17.
3. Alarcão M. (Des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto Editora; 2002.
4. Andolfi M. *A Terapia Familiar*. Lisboa: Editorial Veja; 1981.
5. Minuchin S. *Famílias. Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
6. Barker, P. *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa: Climepsi; 2000.
7. Gimeno, A. *A família, o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.

8. Minuchin S, Lee W, Simon G. Dominando a terapia familiar. São Paulo: Artmed; 2006.
9. Silva L, Figueiredo M. Cuidar a família: Um compartilhar de experiências Luso- Brasileiras. En: Associação portuguesa de enfermeiros. 9ª Conferência internacional de investigação em enfermagem.2006; p.22-32.
10. Figueiredo, M. Sistema familiar e cuidados de enfermagem. SERVIR. 2006; 54(1):11-14.
11. Osório L, Valle M. Manual de Terapia familiar. São Paulo: Artmed; 2009.
12. Vasconcellos, M. Pensamento distêmico: O novo paradigma da ciência. Campinas, SP: Papirus; 2006.
13. Capra F. A Teia da Vida. São Paulo: Editora Cultrix;1996.
14. Gameiro A. Famílias monoparentais-aspectos sociais. Hospitalidade.1994; 229: 62-76.
15. Bertalanffy LV. Teoria Geral dos sistemas. Petrópolis: Editora Vozes; 1977.
16. Bénoit J. Tratamentos das perturbações familiares. Lisboa : Climepsi; 2004.
17. Whyte D. Explorations in family nursing. London: Routledge; 1997.
18. Hanson, S. Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. Camarate: Lusociência; 2005.
19. Vaughan-Cole B, Jonhson M, Malone J, Walker B. Family nursing practice. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998.
20. Wright L, Leahey M. Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca; 2008.
21. Friedman M. Family nursing : Research, theory and practice. Stamford: Appleton & Lange; 1998.
22. Friedemann M. The concept of family nursing. En: Wegner G, Alexander R. Readings in family nursing. Philadelphia: J.B.Lippincott Company; 1999.
23. International Council of Nurses. Nurses always there for you: caring for families. Geneva: ICN, 2002.
24. Ângelo M, Bousso R. A enfermagem e o Cuidado na saúde da família. Manual de enfermagem. [Internet]. 2008 [acesso em 22 de Maio de 2008]. Disponible en: www.ids-saude.org.br/enfermagem.
25. Ausloos G A competência das famílias. Lisboa: Climepsi; 2003.
26. Cutcliffe J, Grant G. What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment?. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2001; 8 (5):427–36.
27. Wright L. Espiritualidade, sofrimento e doença. Coimbra: Ariadne Editora; 2005.
28. Mednick L, Cogen F, Henderson C, Rohrbec C, Kitezza D, Streisand R. Hope More, Worry Less: Hope as a potential resilience factor in mothers of very young children with type 1 diabetes. Child Health Care. 2007; 36(4):385-96.
29. Snyder C, Lopez S. Psicologia positiva. Porto alegre: Artmed; 2009.
30. Cutcliffe J, Herth K. The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. Br J Nurs. 2002; 11(13):885-93.
31. Silva L, Silva D, Gonçalves L, Costa M, Martins M, Figueiredo M. Família uma unidade de cuidado para seus membros: Inquietações reflexivas. Servir. 2008; 56(5-6):159-166.
32. Walsh F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca; 2005.p.328.
33. Anaut M. A resiliência: ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi; 2005.
34. Whitney D, Trosten-Bloom A. The power of appreciative inquiry. A practical guide to positive change. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2003.
35. Neto L, Marujo H. Optimismo e inteligência emocional. Lisboa: Editorial Presença; 2002.
36. Cooperrider D, Whitney D, Stavros J. Appreciative inquiry handbook. United States of America: Lakeshore Communications; 2003.
37. Charepe Z. O Encontro com a ajuda mútua: Percepções dos pais de crianças com doença crónica. Dissertação de mestrado. Lisboa: Universidade Aberta; 2006.
38. Charepe Z. Construir a esperança nos pais de crianças com doença crónica-guia orientador de boa prática. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. Serviço de Pediatria; 2008.
39. Figueiredo M. Enfermagem de família: Um contexto do cuidar. Tese de doutoramento em ciências da enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2009
40. Figueiredo M, Martins M. Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):615–21.