

INTERVENCIONES CLÍNICAS POSITIVAS: ¿POR QUÉ SON IMPORTANTES Y CÓMO FUNCIONAN?

POSITIVE CLINICAL INTERVENTIONS: WHY ARE THEY IMPORTANT AND HOW DO THEY WORK?

E.T. Bohlmeijer¹, L. Bolier^{1,2}, S.M.A. Lamers¹ y G.J. Westerhof¹

¹Twente University. ²Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

En este artículo hablamos de psicología clínica positiva como un campo emergente dentro de la psicología clínica. La psicología clínica positiva está basada en investigaciones que demuestran que la salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental, en investigaciones que muestran que el bienestar tiene efectos protectores en la incidencia de psicopatología y enfermedad mental y en estudios que demuestran que características positivas, como emociones positivas y gratitud, pueden predecir patología además del valor predictivo de características negativas. En este artículo presentamos tres formas diferentes de bienestar: emocional, psicológico y social. Además examinamos tres tipos de intervenciones clínicas positivas: terapia del bienestar, psicoterapia positiva y terapia de aceptación y compromiso. El artículo termina con una llamada a la transformación de la asistencia en salud mental en la cual los tratamientos orientados a la enfermedad son complementados con tratamientos orientados al bienestar.

Palabras clave: Psicología positiva clínica, Bienestar, Intervenciones clínicas positivas, Salud mental.

In this paper we discuss positive clinical psychology as an emerging field within clinical psychology. Positive clinical psychology is based on research demonstrating that mental health is more than the absence of mental illness, on research showing that well-being has buffering effects on the incidence of psychopathology and mental illnesses and on studies demonstrating that positive characteristics, such as positive emotions and gratitude, can predict pathology beyond the predictive power of negative characteristics. In this paper we present three distinct forms of well-being: emotional, psychological and social. In addition we review three types of positive clinical interventions: well-being therapy, positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy. The paper ends with a call for a transformation of mental health care in which illness oriented treatments are complemented with well-being oriented treatments.

Key words: Positive clinical psychology, Well-being, Positive clinical interventions, Mental health.

Ha sido debatido que la práctica e investigación en psicología clínica ha estado predominantemente basada en el modelo médico. En el siglo XX el foco de la psicología clínica ha estado principalmente en lo desviado, anormal o inadaptado (Maddux, 2009). Por un lado, este foco ha ofrecido numerosos tratamientos valiosos y efectivos de los trastornos mentales. Sin embargo, del otro lado, existe un reciente reconocimiento de que aspectos positivos de la salud mental han sido ignorados (Seligman y Csikszentmihaly, 2000) y merecen más atención en psicología clínica (p.ej. Fava et al., 1998; Slade, 2010). Recientemente, se ha introducido el concepto de psicología clínica positiva (p.ej. Wood y Tarrrier, 2010). Un enfoque dentro de la psicología clínica positiva es estudiar cómo características positivas y funcionalidad están relacionadas con trastornos. Wood y Tarrrier (2010) revisaron varios estudios que demuestran que características positivas, como emociones positivas y gratitud, pueden predecir patología más allá del valor predictivo de características negativas. Un segundo enfoque es centrarse en promover la salud mental o el bienestar como una importante consecuencia de la asisten-

cia en salud mental además del tratamiento de los trastornos. En este artículo nos centramos en este segundo enfoque. Empezamos introduciendo el concepto y la operacionalización del bienestar. Luego revisamos estudios recientes que demuestran que el bienestar y la enfermedad mental pueden ser mejor vistos como dos dimensiones relacionadas pero diferentes de la salud mental y presentamos evidencia inicial del impacto longitudinal del bienestar en la patología. En la segunda parte de este artículo introducimos algunas intervenciones clínicas positivas que tienen como objetivo promover el bienestar además de reducir el malestar y la patología y revisar la evidencia actual sobre la eficacia de estas intervenciones.

QUÉ ES BIENESTAR?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza el definir la salud mental no sólo como la ausencia de trastorno mental. La OMS describe la salud mental desde una perspectiva positiva como "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2005, p.2).

Esta definición de la OMS abarca tres componentes: 1) bienestar; 2) buen funcionamiento del individuo mediante la autorrealización; y 3) buen funcionamiento en la sociedad. Como

Recibido: 15 Febrero 2016 - Aceptado: 6 Mayo 2016

Correspondencia: Prof. Dr. E.T. Bohlmeijer. Twente University.

Address: P.O. box 217, 7500 AE, Enschede, The Netherlands.

E-mail: e.t.bohlmeijer@utwente.nl

el funcionamiento es normalmente estudiado mediante autoinformes, estos tres componentes pueden ser referidos como componentes del bienestar: bienestar emocional, bienestar psicológico, y bienestar social (Keyes, 2005). Estos tres componentes están teóricamente y empíricamente interrelacionados, pero son componentes distinguibles del bienestar. Más abajo, describiremos los tres componentes del bienestar y la asociación entre bienestar y psicopatología.

Bienestar Emocional

Estudios sobre bienestar emocional derivan de una tradición de cincuenta años de investigación sobre calidad de vida. En adición a indicadores más objetivos como ingresos, educación y salud, desde 1960 son estudiados indicadores subjetivos en estudios poblacionales a gran escala (p.ej., Campbell, Converse, y Rogers, 1976). La meta de estos estudios fue y todavía es monitorizar el cambio social y mejorar las normas políticas.

Desde la importante publicación de Diener (1984) existe consenso en que el bienestar emocional comprende tres aspectos: la presencia de afecto positivo, la ausencia de afecto negativo, y estar satisfecho con la propia vida. El sociólogo Ruut Veenhoven ha jugado un destacado papel en la investigación sobre felicidad. Su libro *World Database of Happiness* es una bibliografía de más de 6,000 publicaciones en este campo, en el que se incluyen muchos estudios sobre felicidad en diferentes países. Esta base de datos muestra que en países con un más alto producto interior bruto, más respeto por los derechos humanos, más igualdad social, y más individualismo y libertad de elección, existe un mayor nivel de bienestar emocional (Veenhoven, 1999). Finalmente, las diferencias individuales juegan un importante papel. En un meta-análisis, Steel, Schmidt, y Schulz (2008) llegaron a la conclusión de que el neuroticismo es el correlato negativo más fuerte a satisfacción con la vida, y la extraversión con afecto positivo.

En los últimos años, ha quedado claro que el bienestar emocional es altamente importante para el funcionamiento de las personas. Por ejemplo, Diener y Chan (2011) concluyeron que las personas con un alto bienestar emocional (mayormente la presencia de afecto positivo) son más sanas y viven más años. Lamers et al. (2012) muestran en un meta-análisis de diecisiete estudios que el bienestar emocional tiene un efecto positivo en la recuperación y supervivencia de las personas con enfermedades físicas.

Aunque la investigación en bienestar emocional tiene una larga tradición y se sabe mucho sobre sus causas y consecuencias, existen también críticas a la visión restringida de este (hedónico) acercamiento al bienestar. Los indicadores de felicidad y satisfacción con la vida nos dan poca información sobre como la persona se desarrolla o participa en un contexto social más amplio (Huppert y So, 2013; Ryff, 1989). Por estas razones, ha habido una considerable atención al otro (eudaimónico) acercamiento al bienestar.

Bienestar psicológico

La definición de la OMS de la salud mental menciona la autorrealización como el segundo componente importante de la salud mental. Autorrealización se refiere al funcionamiento de un individuo de acuerdo a estándares psicológicos normativos. No se refiere a tener una vida placentera, sino a tener una vida buena y con sentido desde un punto de vista psicológico.

Una pionera en operacionalizar este enfoque de la salud mental desde una perspectiva psicológica fue Carol Ryff (Ryff, 1989; Ryff y Singer, 1996). Ella estudió extensivamente el trabajo de psicólogos dedicados a la esperanza de vida, humanísticos, y clínicos, buscando las dimensiones centrales en sus descripciones de individuos óptimamente desarrollados y funcionales. Ryff ha extraído seis criterios que son esenciales en el esfuerzo por alcanzar el propio potencial (ver Tabla 1).

Como los trabajos clásicos que Ryff estudió fueron principalmente descripciones o insights terapéuticos, ella desarrolló un cuestionario para medir las seis dimensiones del bienestar psicológico. Los estudios poblacionales usando este cuestionario muestran que el bienestar psicológico está sistemáticamente relacionado a la edad, sexo, estatus socio-económico, y etnia (p.ej., Ryff y Singer, 2008). Es decir, adultos mayores puntúan de media más alto en autonomía y dominio del entorno, pero más bajo en crecimiento personal y propósito en la vida que los adultos jóvenes. Y aunque existen pocas diferencias de sexo en bienestar psicológico, las mujeres puntúan de algún modo más alto en relaciones positivas con los otros y más bajo en dominio del entorno que los hombres. Un estatus socio-económico

TABLA 1
LAS SEIS DIMENSIONES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Bienestar psicológico	
<i>Auto-aceptación</i>	Manteniendo una actitud positiva hacia uno mismo y la vida pasada y admitiendo y aceptando diversos aspectos de uno mismo.
<i>Dominio del entorno</i>	Exhibiendo la capacidad de manejar un entorno complejo, y la habilidad de elegir o manipular y amoldar el entorno según las necesidades personales.
<i>Relaciones positivas con los otros</i>	Teniendo relaciones personales afectuosas, satisfactorias, de confianza y siendo capaz de empatía e intimidad.
<i>Crecimiento personal</i>	Mostrando visión sobre el propio potencial personal, teniendo un sentido de desarrollo, y estando abierto a experiencias nuevas y desafiantes.
<i>Autonomía</i>	Exhibiendo una dirección personal que a menudo es guiada por estándares personales propios socialmente aceptados y estándares internos convencionales y resistiendo presiones sociales desagradables.
<i>Propósito en la vida</i>	Manteniendo metas y creencias que afirman el propio sentido de dirección en la vida y sintiendo que la vida tiene propósito y sentido.

mico más alto, medido como el nivel educativo, está asociado con un mayor bienestar psicológico en todas las seis dimensiones, pero principalmente con propósito en la vida y crecimiento personal.

En un reciente artículo exhaustivo Ryff (2014) revisa muchos estudios que apoyan las características protectoras sobre la salud del bienestar psicológico reduciendo el riesgo de enfermedad y promoviendo la longevidad.

Bienestar Social

Además del bienestar psicológico, el bienestar social se distingue como el tercer componente del bienestar. Mientras bienestar psicológico se refiere a la evaluación de un funcionamiento individual óptimo, bienestar social se refiere a la evaluación de un funcionamiento social óptimo en la sociedad.

Corey Keyes aplicó un enfoque similar al de Ryff, centrándose en el trabajo de sociólogos clásicos y psicólogos sociales. Keyes (1998) distingue cinco dimensiones que constituyen nuestro bienestar social. Estas dimensiones describen a una persona que tiene una visión positiva de los otros y cree en el progreso social, que entiende la sociedad y participa en ella, y que se siente en casa en sociedad y en los grupos sociales de su alrededor. Del mismo modo, Keyes desarrolló un cuestionario para medir este componente del bienestar. El estatus socio-económico y las actividades sociales son los correlatos más fuertes del bienestar social (Keyes, 1998; Cicognani et al., 2008).

BIENESTAR Y PSICOPATOLOGÍA

En resumen, los nuevos puntos de vista sobre el bienestar contienen los componentes centrales de experiencia de felicidad, crecimiento personal, e implicación social. Esta perspectiva evoca el planteamiento de cómo el bienestar se relaciona con síntomas psicológicos, desórdenes y trastornos. Para medir los tres componentes del bienestar se desarrolló un corto cuestionario, el continuo de salud mental-versión corta (MHC-SF), para medir las 14 dimensiones de la salud mental con una pregunta por dimensión (Keyes, 2002). Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido excelentes (p.ej. Lamers et al., 2011). Este instrumento también permitió el desarrollo de un modelo de clasificación de salud mental (Keyes, 2007) que distingue entre personas que están creciendo prósperamente, personas con una salud mental moderada y personas que están decayendo. Cuando los individuos puntúan alto en al menos una de las dimensiones de bienestar emocional y al menos seis dimensiones de bienestar psicológico y social, son clasificados como "creciendo prósperamente". Cuando los individuos puntúan bajo en la menos una dimensión de bienestar emocional y al menos seis dimensiones de bienestar psicológico o social, son clasificados como "decayendo". Aquellos que no cumplen el criterio para clasificarse como creciendo prósperamente o decayendo son clasificados con "salud mental moderada".

Keyes (2005) condujo un estudio sobre bienestar y psicopatología basado en el MIDUS-study (*Midlife Development in the United States*). En este estudio, más de 3,000 Americanos con edades comprendidas entre los 25 y los 75 años rellenaron cuestionarios sobre bienestar emocional, psicológico y social. Además, se determinó la presencia de cuatro de los trastornos mentales más comunes mediante una entrevista diagnóstica: trastornos afectivos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, y dependencia al alcohol.

Basado en análisis factoriales confirmatorios, el llamado "modelo de dos continuos" encajó mejor con los datos. En este modelo, bienestar y psicopatología son dos factores relacionados pero distinguibles entre sí. Aunque una puntuación más alta en bienestar se relaciona con menos síntomas psicopatológicos, y viceversa, esta relación está lejos de ser perfecta. Keyes (2005) mostró que el diez por ciento de las personas no presentaban un trastorno sino que experimentaban bajo bienestar, y que las personas con un trastorno tenían más a menudo un bienestar moderado en vez de bajo.

En los últimos años este modelo ha sido repetido en otras poblaciones, como adolescentes Americanos (Keyes, 2006) y adultos Holandeses (Lamers et al., 2011). Estudios adicionales mostraron que los niveles de bienestar están relacionados al uso de asistencia sanitaria y productividad laboral, incluso cuando se controlan los niveles de psicopatología (Keyes, 2005; 2007). Al ser éste un estudio transversal usando una única medida, no se han extraído conclusiones causales.

En un estudio en una muestra representativa de población Holandesa, fueron medidos bienestar y psicopatología cuatro veces en nueve meses (Lamers et al., 2015). Bienestar emocional, psicológico y social fueron medidos mediante el MHC-SF y los síntomas psicopatológicos fueron medidos mediante el Inventario Breve de Síntomas (BSI; De Beurs, 2006). Ambas escalas estuvieron moderadamente negativamente correlacionadas ($r = -.33$). En el mismo estudio, se investigó la relación recíproca entre bienestar y síntomas psicopatológicos a través del tiempo. El cambio en bienestar en un periodo de tres meses entre las medidas, fue un predictor significativo de los síntomas psicopatológicos. El cambio en bienestar fue incluso un predictor más fuerte de la psicopatología que el nivel de bienestar en línea base (Lamers et al., 2015). Estos descubrimientos corroboran la hipótesis de que el bienestar amortigua el impacto de los acontecimientos vitales negativos y previene el desarrollo de psicopatología y trastornos (Keyes et al., 2011; Wood y Joseph, 2010).

INTERVENCIONES CLÍNICAS POSITIVAS

El modelo de dos continuos, el efecto protector del bienestar en general, y el impacto adaptativo de ciertas características positivas como emociones positivas (Garland et al., 2010), bondad (Alden y Trew, 2013), optimismo (Carver et

al., 2010) y gratitud (Wood et al., 2010) tiene importantes implicaciones para la psicología clínica y la asistencia en salud mental. Se justifica un modelo más balanceado de investigación y práctica clínica (ver también Rashid, 2009; Wood y Tarrrier, 2010). La recuperación debería estar definida como la ausencia de o hacer frente a trastornos y la presencia de bienestar (Fava et al. 2007; Slade 2010). Las intervenciones clínicas han de apuntar a reducir los síntomas y promover el bienestar. Pero qué intervenciones clínicas positivas están disponibles y cuál es la evidencia actual de que funcionan? Nosotros introducimos tres tipos de intervenciones: terapia del bienestar, psicoterapia positiva y terapia de aceptación y compromiso.

Terapia del bienestar

Una de las primeras intervenciones clínicas positivas fue la terapia del bienestar (WBT, Fava, 1999). Fava argumentó que la recuperación en tratamiento no sólo debería estar definida en términos de ausencia de sintomatología sino también en términos de presencia de bienestar (Fava et al., 1998). Varios estudios mostraron que los clientes que fueron tratados pero recayeron y necesitaron nuevo tratamiento para la depresión y la ansiedad tenían niveles sustancialmente más bajos de bienestar psicológico que grupos sanos emparejados (Rafanelli et al., 2000; Fava et al., 2001). La ausencia de bienestar psicológico puede entonces ser considerada como un factor de riesgo para la recaída que un grupo grande de clientes experimenta en los años que siguen al tratamiento (Labbate y Doyle, 1997; Ramana et al., 1995).

WBT consiste en ocho sesiones de treinta a cincuenta minutos. Utiliza auto-observaciones, diarios, y técnicas de la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en soluciones. Consta de tres fases: monitorizar períodos de bienestar, analizar las razones de porqué esos períodos terminaron, e intervenir en esas razones. Durante la primera fase de tratamiento se le pide al cliente que monitorice diariamente períodos de bienestar y que los escriba en un diario, sin importar cuán cortos sean éstos. El cliente valora en una escala de 0 a 100 cómo de fuertes fueron los sentimientos de bienestar (0 = completamente ausentes a 100 = completamente presentes). Muchos clientes creen que dichos períodos están completamente ausentes en sus vidas, pero normalmente se muestra que de hecho están presentes. Esta fase lleva como promedio dos semanas.

En la segunda fase, se le pide al cliente que evalúe cogniciones y creencias que pueden frenar un periodo positivo. Fava (2003) da el ejemplo de un cliente que visitó a sus dos sobrinos a los que les gustó mucho su visita. Él se sintió bien cuando se dio cuenta de que a ellos él realmente les gustaba. La cognición que alteró esto fue que este era el caso sólo porque él había llevado regalos para ellos. El terapeuta gana agudeza

durante las primeras dos fases en las cuales aspectos del bienestar psicológico son amenazados mayoritariamente por creencias irracionales. Ella o él pueden usar el método Socrático para enfrentar al cliente a sus ideas irracionales y buscar en su lugar creencias más racionales. La segunda fase lleva entre dos y tres semanas.

En la tercera fase, el terapeuta explora junto con el cliente cómo componentes del bienestar psicológico pueden ser fortalecidos. Las primeras fases han mostrado generalmente en qué dominios esto es más deseable. El cuestionario de bienestar psicológico (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995) puede ser rellenado para completar el cuadro. Como ejemplos estarían planificar actividades placenteras, fortalecer competencias centradas en soluciones mediante recuerdos de soluciones pasadas exitosas, identificar y desafiar creencias socavadas, o entrenar en asertividad.

Varios estudios, generalmente pequeños, han sido llevados a cabo sobre los efectos de la terapia WBT. Por ejemplo, Fava et al. (1998) llevaron a cabo un RCT con veinte clientes que habían sido exitosamente tratados para trastornos de la ansiedad o del estado de ánimo. Diez clientes recibieron WBT y los otros diez recibieron una terapia cognitivo-conductual suplementaria (CBT). Después de éste tratamiento suplementario, aquellos clientes que recibieron terapia WBT tenían puntuaciones más altas en bienestar psicológico (en particular en crecimiento personal) y puntuaciones más bajas en síntomas depresivos que aquellos clientes que recibieron terapia CBT suplementaria.

Fava et al. (2005) estudiaron la eficacia de WBT en 20 clientes con trastorno de ansiedad generalizada. Estos clientes fueron aleatorizados o bien a cuatro sesiones de CBT y cuatro sesiones de WBT o bien a ocho sesiones de CBT. Tras el tratamiento, el bienestar psicológico era significativamente más elevado y las quejas psicológicas (depresión, ansiedad, somatización, hostilidad) eran significativamente más bajas entre aquellos que recibieron la combinación de CBT con WBT que entre aquellos que sólo recibieron CBT.

WBT ha sido recientemente adaptada en los Países Bajos (Meulenbeek, Christenhusz y Bohlmeijer, 2015). En el protocolo adaptado la tercera fase de la terapia del bienestar está más estructurada. Esta terapia del bienestar adaptada está actualmente siendo estudiada en varias poblaciones.

Psicoterapia positiva

Un segundo grupo de intervenciones clínicas positivas puede ser definido como psicoterapia positiva. Estas intervenciones están típicamente dirigidas a mejorar el bienestar y el crecimiento mediante la promoción de características positivas y de comportamiento, como emociones positivas, utilizando fortalezas, optimismo, bondad y gratitud (Linley y Joseph, 2004).

Seligman et al. desarrollaron un paquete de cortos ejerci-

cios de psicología positiva que llamaron “psicoterapia positiva” (Seligman et al., 2006). Estas intervenciones están dirigidas a la mejora de una vida agradable, comprometida y con sentido.

Unos ejemplos de éstas intervenciones son:

Usando tus fortalezas. El participante es animado a evaluar sus cualidades personales y talentos mediante un cuestionario validado de fortalezas. La tarea consiste en utilizar éstas fortalezas más a menudo en la vida diaria.

Tres cosas positivas. Las personas son asignadas a escribir tres cosas positivas al final de cada día y la razón por la cual estas cosas les pasaron a ellas.

Aviso de muerte. Se le pide al participante que imagine que él o ella ha muerto tras una vida fructífera y agradable. Qué dirían los familiares y la gente de su alrededor en el aviso de muerte? Se les pide a los participantes que escriban un ensayo corto de cómo les gustaría ser recordados.

Visita de gratitud. En esta intervención, el participante piensa en alguien a quien le esté muy agradecido pero nunca le haya dado las gracias adecuadamente. La tarea consiste en escribir una carta dirigida a esta persona dándole las gracias y leer esta carta por teléfono o cara a cara.

Respondiendo de manera activa/constructiva. Se le pide a los participantes que respondan al menos una vez al día de manera constructiva y activa a las buenas noticias de sus conocidos.

Saboreando. Se le pide al participante que disfrute de una actividad diaria que él o ella normalmente realiza de manera apresurada, por ejemplo desayunar o caminar al trabajo o a la escuela. Tras ello, se le pide a la persona que escriba lo que hizo, cómo se sintió y cómo fue de diferente comparado con hacerlo apresuradamente.

Seligman et al. examinaron la eficacia de la psicoterapia positiva en un grupo de estudiantes que presentaban síntomas depresivos de leves a moderados. Los estudiantes fueron aleatorizados a un grupo de PPT ($n=19$) y a un grupo control de no tratamiento ($n=21$). Los estudiantes en el grupo de PPT siguieron un curso grupal de seis semanas. En general, la PPT fue más eficaz en reducir síntomas depresivos y en aumentar la satisfacción con la vida comparado con el grupo control, hasta el seguimiento de un año. El efecto en la satisfacción con la vida fue menos pronunciado que el efecto en los síntomas depresivos, ya que la satisfacción con la vida aumentó en ambos grupos con el tiempo. El efecto sostenido en la depresión puede sugerir que importantes factores de prevención de recaídas están incrustados en los ejercicios positivos.

En otro estudio, se ofreció PPT en formato individual de 14 sesiones a estudiantes diagnosticados con trastorno de depresión mayor. Los estudiantes fueron aleatorizados entre un grupo de PPT y un grupo de tratamiento regular control. Había también un tercer grupo emparejado no aleatorizado que recibió tratamiento regular y antidepresivos. PPT se mostró eficaz

al reducir la depresión y mejorar la felicidad (pero no en mejorar la satisfacción con la vida) comparado con los grupos control. Los tamaños del efecto fueron grandes. Sin embargo, la proporción de desgaste en los grupos control fue bastante grande, por lo tanto estos resultados deben ser considerados cautelosamente.

Trew y Alden (2013) demostraron que una intervención centrada en incrementar actos de bondad en la gente con ansiedad social fue eficaz en aumentar el afecto positivo en comparación con un grupo que llevó a cabo experimentos conductuales o tuvo una tarea de monitorización. Santos et al. (2009) revisaron varios estudios de intervenciones y encontraron que existe una evidencia inicial de que intervenciones positivas reducen la sintomatología depresiva en varios grupos poblacionales.

La psicoterapia positiva ha sido también adaptada para personas con trastornos psiquiátricos severos. La viabilidad de una versión adaptada del grupo PPT para gente con esquizofrenia (llamada ‘Positive Living’) fue examinada en un pequeño estudio pre-post con 16 pacientes (Meyer, Johnson, Parks, Iwanski, y Penn, 2012). La intervención fue bien aceptada por los pacientes y asociada con mejoras en bienestar psicológico, recuperación psicológica, autoestima, y síntomas psiquiátricos. Recientemente, PPT fue evaluada en un ensayo controlado aleatorio para personas con psicosis (Schrank et al., 2014). En un proceso iterativo con expertos se desarrolló una versión adaptada de PPT, llamada WELLFOCUS PPT (Riches, Schrank, Rashid, y Slade, 2015). En comparación con el grupo control ($n = 41$), las personas en el grupo PPT ($n = 43$) mostraron una reducción significativa en síntomas psiquiátricos y mejora del bienestar (en una de dos medidas). Sin embargo, en varias de las otras medidas como autoestima y esperanza (Schrank et al., 2015) no se encontraron efectos significativos. Por lo tanto, los autores concluyeron que deben realizarse mejoras de la intervención para mejorar la eficacia.

Otro estudio pre-post evaluó la viabilidad de ejercicios psicológicos positivos en una población de pacientes ($n = 61$) hospitalizados por pensamientos y conductas suicidas (Huffman et al., 2014). Se encontraron efectos significativos en optimismo y desesperanza, especialmente en el ejercicio de gratitud, agradecer lo que se tiene y un ejercicio de fortalezas personales (y no para una carta de perdón). La intervención pareció bastante adecuada ya que el 85% de los participantes completaron al menos uno de los ejercicios; por el otro lado un número considerable de sujetos ($n=8$) se sintieron abrumados con la participación.

En general, llevar a cabo intervenciones psicológicas positivas en personas con trastornos mentales severos requiere de un proceso cuidadoso y co-productivo de adaptación a sus necesidades y preferencias.

Otro nuevo desarrollo es ofrecer intervenciones positivas en formato online como estrategia de salud mental pública. En di-

ferentes ensayos controlados aleatorizados se encontraron efectos significativos tanto en bienestar como en malestar (e.g. Mitchell et al., 2009; Bolier et al., 2014). Bolier et al. (2013) también condujeron un riguroso meta-análisis para evaluar el efecto de intervenciones psicológicas positivas en bienestar emocional y psicológico y depresión. Las intervenciones incluían autoayuda, formato terapéutico individual y de grupo. Se encontraron pequeños pero significativos tamaños del efecto a través de los estudios para los tres resultados.

Terapia de aceptación y compromiso

Un tercer enfoque terapéutico que encaja bien con un marco de promoción de la salud mental es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). ACT ha sido definida como un modelo diferente de terapia cognitivo-conductual con un fuerte foco en el contexto donde se lleva a cabo la conducta (Hayes et al., 2013). Se basa en un modelo de marco relacional que une principios conductuales tanto a la patología como al crecimiento próspero (Ciarrochi y Kashdan, 2013; Hayes et al., 2013). "La meta de ACT es, sencillamente, maximizar el potencial humano para una vida rica, plena y con sentido" (Ciarrochi y Kashdan, p. 2). La aceptación experiencial o mindfulness es un proceso central dentro de ACT y se ha encontrado relacionada al bienestar (Carmody y Baer, 2008). Adicionalmente, promover una vida valiosa o comprometida es un foco central de la ACT. Se ha encontrado que un compromiso con elecciones y metas basados en valores intrínsecos y motivaciones predice el bienestar (Ryan y Deci, 2000; Steger et al., 2013). La capacidad de vivir conscientemente o de aceptar las experiencias presentes y de actuar de acuerdo a valores personales esenciales ha sido definido como flexibilidad psicológica (Ciarrochi y Kashdan, 2013; Hayes et al., 2013). Ensayos controlados aleatorizados han mostrado la eficacia de ACT como tratamiento del malestar (p.ej. Bohlmeijer et al., 2010; Trompeter et al., 2014) y como intervención que mejora el bienestar (Fledderus et al., 2011, 2012). Bohlmeijer et al. (2015) condujeron un post-análisis de un ensayo controlado aleatorizado anterior de una muestra de adultos con sintomatología depresiva quienes participaron en una intervención ACT de autoayuda guiada. Este post-análisis mostró un aumento del 5% al 28% en crecimiento próspero de los participantes. Además, los efectos en crecimiento fueron mantenidos en el seguimiento de tres meses. Los participantes en el grupo control de lista de espera, aumentaron del 5% al 14% en crecimiento tras nueve semanas.

CONCLUSIÓN

Nosotros concluimos que la psicología clínica positiva es un nuevo acercamiento interesante y prometedor tanto para la práctica como la investigación. Nosotros hemos presentado investigación que subraya la necesidad de un rediseño de la

asistencia en salud mental. Se justifica una asistencia en salud mental más balanceada en la que las evaluaciones y los tratamientos orientados a la enfermedad son complementados con evaluaciones y tratamientos orientados al bienestar. Un buen paso al frente sería implementar una medida del bienestar en los controles rutinarios en salud mental. Al mismo tiempo nosotros debemos reconocer que la psicología clínica positiva es todavía un campo nuevo. Son todavía escasos los estudios epidemiológicos que investiguen la relación entre psicopatología y bienestar a través del tiempo. Se necesitan más estudios de alta calidad sobre los efectos de intervenciones clínicas positivas. Para el profesional, el modelo completo de salud mental amplía el alcance de las intervenciones. En nuestra colaboración con psicólogos y psicoterapeutas en asistencia en salud mental hemos experimentado que aplicar intervenciones de psicología positiva puede ser gratificante tanto para el cliente como para el terapeuta.

REFERENCIAS

- Alden, L.E. y Trew, J.L. (2013). If it makes you happy: engaging in kind acts increases positive affect in socially anxious individuals. *Emotion*, 13, 64-75.
- Bohlmeijer ET, Fledderus, M, Rokx, A. y Pieterse M. (2011). The effects of ACT as an early intervention for adults with psychological distress, results of a randomized controlled trial. *Behaviour Research Therapy*, 49, 62-67.
- Bohlmeijer, E.T., Lamers, S.M.A. y Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 101-106.
- Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Westerhof, G.J., Riper, H., Walburg, J.A., Boon, B. y Bohlmeijer, E.T. (2013). An internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet research*, 15, 9: e200.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F. y Bohlmeijer, E.T. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31: 23-33.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Ciarrochi, J. y Kashdan, T.B. (2013). The foundations of flourish-

- hing. En T.B. Kashdan y J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance and positive psychology* (pp. 1 – 29). Oakland: New Harbinger Press .
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R. y Nosratabadi, M. (2008) Social participation, sense of community and social well-being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research*, 89, 97-112.
- De Beurs, E. (2006). *Brief Symptom Inventory: Handleiding*. Leiden: PITS.
- Diener, E. y Chan, M.Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 3, 1-43.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., Grandi, S. (1998). Well-being therapy A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28: 475-480.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolina, F. Ruini, C., Cazzaro, M. y Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 65, 185-190.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Magnelli, L., et al. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
- Fledderus M, Bohlmeijer ET. y Westerhof GJ. (2011). The effects of acceptance based behavioural therapy on positive mental health, results of a pragmatic RCT. *American Journal of Public Health*, 100, 2372-2378
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Pieterse, M.E. y Schreurs, K.G.M. (2012) Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 485 – 495.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L. y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-198.
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Healy, B. C., Boehm, J. K., Kashdan, T. B., Celano, C. M. et al. (1-1-2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36, 88-94.
- Huppert, F.A., So, T.T.C. (2013). Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110, 837-861.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61: 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2011). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371.
- Labbate, L. A. y Doyle, M. E. (1997). Recidivism in major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 145-149.
- Lamers, S.M.A., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F. y Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 538 – 547.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M. y Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Dutch Population. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Glas, C.A.W. y Bohlmeijer, E.T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *Journal of Positive Psychology*, doi.org/10.1080/17439760.2015.1015156
- Linley, P. y Joseph, S. (2004). Applied positive psychology: a new perspective for professional practice. En P. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 3-12). Hoboken, NJ: Wiley
- Maddux, J. (2009). Stopping the 'madness': Positive psychology and deconstructing the illness ideology and the DSM. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology (2nd ed.)* (pp. 61-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Meulenbeek, P., Christenhusz, L., Bohlmeijer, E.T., (in press). Well-being therapy in the Netherlands, letter to the editor. *Psychotherapy and Psychosomatics*.

- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C. y Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology, 7*, 239-248.
- Mitchell, J., Stanimirovic, R., Klein, B. y Vella-Brodick, D. (2009). A randomized controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. *Computer in Human Behavior, 2*, 749-760.
- Rafanelli, C., Park, S. K., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro, M. y Fava, G. A. (2000). Rating well-being and distress. *Stress Medicine, 16*, 55-61.
- Ramana, R., Paykel, E. S., Cooper, Z., Hayhurst, H., Saxty, M. y Surtees, P. G. (1995). Remission and relapse in major depression: A two-year prospective follow-up study. *Psychological Medicine, 25*, 1161-1170.
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology: in session, 65*, 461-466.
- Riches, S., Schrank, B., Rashid, T. y Slade, M. (2015). WELLFOCUS PPT: Modifying Positive Psychotherapy for Psychosis. *Psychotherapy 53*, 68-77.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 54-67.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (2014) Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*, 10-28.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.
- Ryff, C.D. y Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*, 14-23.
- Ryff, C. D. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*, 13-39.
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Nardi, A.E. y Machado, S. (2013). The role of positive emotions and contributions of positive psychology in depression treatment: a systematic review. *Clinical practice and epidemiology in mental health, 9*, 221-237.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Seligman, M., Rashid, T. y Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*, 774-788.
- Schrank, B., Brownell, T., Jakaitė, Z., Larkin, C., Pesola, F., Riches, S. et al. (2015). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, FirstView*, 1-12.
- Schrank, B., Riches, S., Coggins, T., Rashid, T., Tylee, A. y Slade, M. (2014). WELLFOCUS PPT - modified positive psychotherapy to improve well-being in psychosis: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials, 15*, 203.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research, 10*, 1-14.
- Steel, P., Schmidt, J. y Schultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 134*, 138-161.
- Steger, M.F., Merriman, L. y Kashdan, T.B. (2013). Using the science of meaning to invigorate values-congruent, purpose driven action. In: T.B. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance and positive psychology* (pp. 240-266). Oakland: New Harbinger Press .
- Trompeter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Veehof, M.M. y Schreurs, K.M.G (in press). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine 38*, 66-80.
- Veenhoven, R. (1999). Quality-of-life in individualistic society: A comparison of 43 nations in the early 1990's. *Social Indicators Research, 48*, 157-186.
- Wood, A. M. y Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders, 122*, 217-225.
- Wood, A.M. y Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: a new vision and strategy for research and practice. *Clinical Psychology Review, 30*, 819 – 829.
- Wood, A.M., Froh, J.J., Geraghty, A.W. (2010). Gratitude and well-being: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 30*, 890-905.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.