

INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA: FUNDAMENTOS Y APLICACIONES

Carmelo Vázquez¹, Gonzalo Hervás¹ y Samuel M. Y. Ho²

¹Universidad Complutense de Madrid (España); ²University of Hong Kong (China)

Resumen

Las intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva están ya apareciendo en la literatura científica. En esta revisión, defendemos que tanto por razones teóricas como prácticas es necesario tener en cuenta los aspectos negativos y positivos del funcionamiento humano para comprender mejor los aspectos clínicos. Se discutirán tres modelos complementarios y relevantes en relación a sus implicaciones directas para las intervenciones psicoterapéuticas: El modelo de las tres vías hacia la felicidad de Seligman (2002), el modelo multidimensional del bienestar psicológico de Ryff (1995) y el modelo motivacional de Deci y Ryan (2000). Las intervenciones positivas en el área clínica deberían estar sólidamente guiadas por los datos empíricos guiados por la ya abundante investigación sobre felicidad y bienestar psicológico. Además, las novedosas y prometedoras intervenciones y programas destinadas a aumentar el bienestar de las personas, algunas de las cuales son descritas en esta revisión, deben ser evaluadas con los diseños más estrictos (ensayos clínicos aleatorizados, preferiblemente) para probar su eficacia. Finalmente, también discutimos las implicaciones de las intervenciones positivas para abordar importantes problemas clínicos (e.g. recaídas y recurrencias) y presentamos algunos desafíos que la investigación futura en este campo emergente necesita abordar.

PALABRAS CLAVE: *Intervenciones positivas, psicología positiva, bienestar, felicidad, emociones positivas.*

Abstract

Clinical interventions based on positive psychology are increasingly the subject of scientific literature. In this review we argue that, both for theoretical and practical reasons, it is necessary to take into account negative and positive aspects of human functioning for a better understanding of clinical issues. Three relevant

Correspondencia: Carmelo Vázquez, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid (España). E-mail: cvazquez@psi.ucm.es

Nota: Este trabajo ha sido posible, en parte, a una financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología (BSO2003-07516) y de la Fundación Lafourcade-Colegio Oficial de Psicólogos.

and complementary models of psychological well-being are discussed in regard to their direct implications for psychotherapy interventions: Seligman's model of the three ways to happiness (Seligman, 2002), Ryff's multidimensional model of psychological well-being (Ryff, 1995) and Deci and Ryan's motivational model of well-being (Deci and Ryan, 2000). Positive interventions in the clinical arena should be strongly guided by empirical data derived from the existing abundant research on happiness and psychological well-being. Furthermore, promising new interventions and programs to enhance people's well-being, some of which are described in this review, should be tested with the most stringent designs (namely, randomized clinical trials) in order to prove their efficacy. Finally, we discuss the implications of positive interventions to tackle important clinical problems (e.g., relapses and recurrences) and present some challenges that future research in this emerging field needs to address.

KEY WORDS: *positive interventions, positive psychology, well-being, happiness, positive emotions.*

Psicología, psicología clínica y psicología positiva

Lo que se ha denominado Psicología Positiva, a iniciativa de Martin Seligman en su discurso inaugural como presidente de la APA (Seligman, 1999), supone dar un impulso definitivo a una aproximación que no es nueva en Psicología (ver Vázquez, 2006a) pero que surge como una necesidad complementaria al modo habitual de contemplar la realidad psicológica. Sin duda, muchos de los temas en los que la Psicología se ha centrado en estas últimas décadas (creatividad, optimismo, amor, inteligencia emocional, capacidades de afrontamiento,...) entran de lleno en esta perspectiva positiva (Fernández-Ballesteros, 2002). Pero hay otras áreas de la experiencia humana (flujo, perdón, gratitud, asombro, curiosidad, o humor) que también se están incorporando por primera vez como temas de investigación por propio derecho (Gable y Haidt, 2005) abriendo vías hasta ahora insospechadas.

Pero los antecedentes de este impulso renovado no proceden sólo de una declaración de intenciones o de un voluntarismo idealista. Por ejemplo, la investigación en Psicología cognitiva ya había dejado claro, en los años ochenta y noventa que la información positiva tiene en sí misma una enorme relevancia en muchos procesos psicológicos. Se comprobó entonces que sesgos positivos en la sensación de control (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenwald, 2000), el recuerdo de elementos positivos (Matt, Vázquez y Campbell, 1992) o las atribuciones causales (Mezulis, Abramson, Hyde y Hankin, 2004), estaban ligados de un modo posiblemente protector a la salud física y mental. Una gran cantidad de estudios experimentales ponía de manifiesto que el procesamiento de la información positiva parece tener sus propias reglas (Isen, 1987; Vázquez y Avia, 1998) y afecta a la mayoría de las personas. Irónicamente, se descubría que quienes participaban como sujetos control en estudios cognitivos sobre la ansiedad o sobre la depresión, gente normal y sin ningún tipo de problema mental diagnosticable, presentaban de modo bastante consistente sesgos al procesar información congruente con su estado de ánimo. De

modo incidental, este tipo de sesgos inesperados en las muestras control normales abriría un nuevo reto a las intervenciones psicológicas pues parecen indicar que las diferencias cognitivas entre la anormalidad y la patología son aún mayores de lo que tradicionalmente se ha supuesto (Vázquez, 2006b). Además, es probable que estos sesgos cognitivos tan extendidos (por ejemplo, recordar mejor las cosas buenas que las malas, hacer predicciones positivas sobre el futuro, etc.) estén en la base de por qué la mayor parte de las personas se sienten satisfechas con sus vidas (Cummins y Nistico, 2002).

En el caso concreto de la Psicología Clínica, su modo de habitual de hacer y, sobre todo, de pensar, se ha mostrado hasta cierto punto insuficiente para abordar nuevos retos. Un buen ejemplo de estas limitaciones son los modelos de vulnerabilidad que, de una forma innegablemente fructífera, han establecido un modo estándar de pensamiento en la psicología clínica en ámbitos como la depresión (Ingram, Miranda y Segal, 1998), las psicosis (Bentall, 2002), o los trastornos de ansiedad (Barlow, 2001). El planteamiento básico de los modelos de vulnerabilidad consiste en encontrar «factores de riesgo», es decir, factores que incrementen de algún modo la probabilidad de desarrollar un trastorno dado. Este tipo de pensamiento, derivado de la investigación epidemiológica, ha tenido un enorme impacto en la investigación en Psicología. Sin embargo, este énfasis puede que haya tenido un cierto coste. Al resaltar los aspectos de vulnerabilidad, se ha marginado un tanto la investigación de los *factores de protección* (Keyes y López, 2002). Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, es bien sabido que el riesgo de padecer un problema de esta naturaleza se incrementa por 10 si el padre o la madre presentan este trastorno (Gottesman y Shields, 1982). Pero aún así, la tasa de prevalencia de esquizofrenia en estas «muestras de alto riesgo» es *sólo* del 10%, frente al 1% o menos de la población general. Aun siendo importante este incremento de riesgo y la investigación con muestras de alto riesgo tiene una importancia sustancial en Psicología Clínica, se olvida que el 90% de las personas con un elevado riesgo «a

Tabla 1

Mapa de resultados en el estudio de factores de vulnerabilidad. La mayor parte de los estudios analizan los resultados confirmatorios de las teorías etiológicas, ignorando los casos de resistencia (casilla c), que indica un resultado de resistencia

		FACTORES DE VULNERABILIDAD	
		SÍ	NO
PROBLEMAS DETECTADOS	SÍ	a Casos confirmatorios de la teoría	b Casos debidos a otros factores
	NO	c VULNERABLES SANOS (Resilientes)	d Sanos, confirmatorios de la teoría

priori» no desarrollarán nunca en su vida un trastorno de esta naturaleza (ver Tabla 1). Desgraciadamente se sabe poco de los factores, sin duda importantes, que protegen a estas personas de incurrir en un problema psicopatológico de esa magnitud. Algo similar ocurre, por ejemplo, en el ámbito de los trastornos por estrés postraumático (TEPT), cuya aparición es mucho menor de lo que inicialmente podría pensarse en términos de riesgo o de exposición a sucesos altamente estresantes (Vázquez, 2005; Vázquez *et al.*, 2006).

Por tanto, la Psicología clínica se ha centrado de modo casi exclusivo en las debilidades bajo el supuesto de que lo positivo o es irrelevante o, aún peor, es inexistente (ver Ryff y Singer, 1998). De hecho, si analizamos los modelos explicativos de cualquier tipo de cuadro clínico podremos observar que hay poco espacio para otros elementos que no sean los síntomas. Las intervenciones van, igualmente, orientadas a aliviar o hacer desaparecer tales síntomas. La definición de «recuperación», «respuesta al tratamiento», o «mejoría» que se hace desde la Psiquiatría y desde la Psicología clínica están centradas de modo casi exclusivo en una reducción porcentual de síntomas en escalas «ad hoc» (Vázquez *et al.*, 2005). Sin embargo, si miramos los datos más en profundidad, probablemente estaremos de acuerdo en que éste es un modelo científicamente inadecuado. Creemos que es hora de construir una mirada más completa y más compleja sobre los fenómenos psicopatológicos pero también, consecuentemente, de la normalidad y la resistencia y todo ello, con el objetivo de mejorar nuestra comprensión así como las intervenciones que realizamos.

La funcionalidad de las emociones positivas

No haber prestado atención a los aspectos positivos del funcionamiento humano puede que tenga su origen, al menos en parte, en que no ha sido fácil saber qué utilidad tienen esos procesos y contenidos positivos. Así pues, una cuestión inicial importante es la de plantear para qué sirven las emociones positivas y, por extensión, los estados de ánimo y cogniciones de esa misma tonalidad hedónica. ¿Por qué un psicólogo y aún menos un clínico, debería preocuparse por lo positivo? ¿*Para qué sirven las emociones positivas?*

Aunque se discute aún el significado evolutivo y supervivencial de dichas emociones, la Teoría de la Ampliación y Construcción (*Broaden and Build Theory*) de Barbara Fredrickson (1998, 2001) plantea que mientras que la finalidad de las emociones negativas es básicamente disminuir repertorios de conducta (y permitir así una huida o una lucha eficaz ante un estresor), las emociones positivas justamente existen para *ampliar* y *construir* repertorios de pensamiento y acción. La alegría, por ejemplo, permite explorar más situaciones, jugar, tener relaciones más abiertas con otras personas, etc., pero, además, alienta el *crecimiento* de recursos intelectuales, emocionales, interpersonales. El juego, por ejemplo, puede favorecer el desarrollo cognitivo, el uso de interacciones complejas, o la exploración de nuevas capacidades. En términos generales, las emociones positivas están menos ligadas a tendencias de acción específicas (Frijda, 1986) que las negativas y tam-

bién menos vinculadas a patrones psicofisiológicos precisos (Power y Dalglish, 1997). Pero justamente esa puede ser la gran virtud de las emociones positivas: facilitan la puesta en marcha de conductas más flexibles, menos predeterminadas y, en último término, ayudan a ampliar nuestros repertorios de conducta (Isen, 1999). En el ámbito clínico, parece clara la hipótesis de que si somos capaces de instalar, mantener, o apoyarnos en esos elementos positivos, se puede favorecer la cristalización de repertorios adaptativos y de un mejor funcionamiento en general.

Pero otro aspecto de gran interés clínico es que las emociones positivas tienen también un efecto amortiguador del estrés (Fredrickson, Mancuso, Branigan y Tugade, 2000) como han demostrado diversos estudios de laboratorio sobre, por ejemplo, la reactividad cardiovascular (Fredrickson y Levenson, 1998). Los efectos del humor en condiciones de alto estrés (Carbelo y Jáuregui, 2006; Martin, 2007) son un buen ejemplo de este papel aún no siempre explorado con el rigor necesario pero de un gran interés clínico (Salameh y Fry, 2004).

Tabla 2

Algunos efectos derivados de experimentar estados afectivos positivos, hallados en la literatura experimental (Avia y Vázquez, 1998; Isen, 1993, 1999; Aspinwall y Staudinger, 2003; Fredrickson, 2001)

- El juicio hacia los demás y hacia uno mismo es más indulgente
- Hace codificar y recuperar mejor recuerdos positivos
- Amplía el campo visual
- Genera un pensamiento más flexible y creativo
- Genera más repertorios de conducta
- Permite el cambio por razones positivas, no como huida.
- Reduce la duda
- Se generan conductas altruistas
- Permiten contrarrestar afectos negativos
- Se tolera mejor el dolor físico
- Favorece la resistencia ante las adversidades

En definitiva, los estados de ánimo y emociones positivas han mostrado, en muchos estudios controlados, tener unos efectos significativos sobre el comportamiento humano (ver Tabla 2) a los que, en cierto modo, no se les ha prestado la atención debida.

Emociones negativas, emociones positivas y psicología clínica

Hablar de emociones positivas, cogniciones positivas, o Psicología Positiva, pudiera parecer redundante para quien ya se ocupa de lo negativo. ¿Para qué le puede servir a un clínico reconocer, explorar, o incluso intervenir en el grado de

bienestar si ya está interviniendo sobre su aparente reverso, es decir, el malestar y la enfermedad?

Un ejemplo particularmente interesante de la necesidad de tener en cuenta las emociones positivas para poder entender la naturaleza de algunos casos clínicos es la aportación de Watson y Clark (1998), en su denominado «modelo tripartito». Estos autores han demostrado que el mejor modo de distinguir teóricamente y empíricamente la ansiedad de la depresión es apelando a la estructura de las emociones positivas y negativas: mientras que las emociones negativas (o disforia) son *comunes* a ambos tipos de condiciones, la depresión se caracteriza por una ausencia de placer (anhedonia) que no está presente en la ansiedad. Así pues, evaluar la depresión sólo con instrumentos sensibles a la presencia de elementos negativos (tristeza, culpa, falta de relaciones sociales, etc.) parece definitivamente incompleto. Se requiere, por tanto, prestar atención a elementos positivos (placer, disfrute, alegría, bienestar) y en estos aspectos apenas se insiste en la evaluación, formulación y tratamiento estándar de la depresión (ver Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2005; Vázquez, Hernangómez, Nieto y Hervás, 2006).

Creemos por tanto que la investigación psicológica sobre lo positivo está perfectamente justificada y, para ello, nos serviremos además de un pequeño análisis sobre la arquitectura emocional de las emociones. La investigación sobre la estructura de las emociones es de una gran importancia para poder entender correctamente la naturaleza de muchas alteraciones psicológicas. En este sentido, las emociones positivas y negativas no son parte de una balanza, de tal modo que la presencia de unas restaría peso a la existencia de las otras, sino que son relativamente independientes (ver Avia y Vázquez, 1998). Hay datos clínicos que demuestran sin lugar a dudas que las emociones positivas pueden perfectamente estar presentes en situaciones de extrema adversidad (ansiedad, experiencias de trauma, etc.).

La Psicología Clínica intenta describir, explicar y comprender la conducta, las cogniciones y las emociones anómalas. Sin embargo, la existencia de elementos negativos no implica necesariamente una ausencia de elementos positivos. Sistemas diagnósticos como los sucesivos DSM están centrados en el déficit, la carencia, o el rendimiento problemático y, aunque esta visión puede ser adecuada, es sólo parte de la realidad (ver Maddux, 2002). Se suele hacer poco énfasis en lo que está ileso, en las virtudes y fortalezas de las personas que tienen problemas (Aspinwall y Staudinger, 2003; Peterson y Seligman, 2004) y este enfoque basado en la disfuncionalidad puede ser poco operativo para sacar el máximo rendimiento a nuestras intervenciones. Tenemos instrumentos completos y refinados para evaluar síntomas pero muy pocos para evaluar capacidades, bienestar y fortalezas psicológicas (Peterson y Seligman, 2004; Lopez y Snyder, 2003).

Los aspectos positivos están presentes en la clínica aunque no estemos, como clínicos, muy sensibilizados para apreciarlos y manejarlos adecuadamente. Por ejemplo, se ha hallado que se produce una mejor resistencia ante estresores intensos cuando quienes los sufren perciben, además de las consecuencias negativas de la experiencia traumática, algunos elementos positivos en lo sucedido (Folkman, 1997; Vázquez y Pérez-Sales, 2003). En concreto, experimentar emociones positivas cuando se ha perdido a un ser querido (por ejemplo, agradecimiento ante la expre-

sión de cariño por parte de los demás, sentimientos de solidaridad, etc.) predice un mayor bienestar psicológico al cabo de 12 meses (Stein, Folkman, Trabasso y Richards, 1997). Igualmente, ser capaz de dar un significado positivo a la adversidad mejora la salud e incrementa el bienestar (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998) y es posible que incluso permita mejorar y crecer psicológicamente a pesar de lo sucedido (Vázquez, Castilla y Hervás, 2007).

Tener en cuenta los aspectos positivos, diferenciada e independientemente de los negativos, va a ser una tarea importante para la Psicología y, en aún mayor medida, para la Psicología Clínica y de la Salud. Distinguir, aunque sea de modo general, emociones positivas y negativas puede ayudar a comprender mejor el funcionamiento humano y sus problemas. Por ejemplo, Huppert y Whittington (2003) comprobaron que los ítems positivos incluidos en el Goldberg Health Questionnaire (GHQ), un instrumento de *screening* de depresión y ansiedad ampliamente utilizado en Europa, tenían un valor predictivo diferente a los ítems de contenido negativo. Así, ítems relacionados con experimentar dicha o felicidad en las últimas semanas eran mejores predictores de mortalidad, al cabo de 7 años, que los ítems negativos directamente relacionados con depresión o ansiedad.

El valor informativo y predictivo de lo positivo es diferente al de lo negativo y esto empezamos a conocerlo ahora. Por ejemplo, en un estudio pionero bien conocido, Danner, Snowdon y Friesen (2001) analizaron retrospectivamente los escritos efectuados por unas novicias explicando sus razones para entrar en una orden religiosa décadas atrás. Lo que se observó es que aunque las emociones negativas contenidas en tales escritos no tenían ningún poder predictivo, el grupo de monjas que expresaban un afecto más jubiloso en su juventud morían 7,9 años más tarde que el grupo que presentaba una menor positividad emocional. Esto demostraba por primera vez el efecto de las emociones positivas sobre un parámetro fuerte de salud como es la mortalidad (véase una revisión de estudios en Vázquez, Hernangómez y Hervás, 2004). En un estudio, también pionero, Harker y Keltner (2001) codificaron las expresiones emocionales de un grupo de licenciadas en las fotos de orla de fin de carrera y correlacionaron estos datos con información sobre su satisfacción marital y bienestar psicológico 30 años más tarde. Quienes mostraban una mayor expresividad positiva en las fotos de juventud mostraban mejores resultados en las otras variables medidas cuando ya sobrepasaban los 50 años de edad. Volviendo al argumento inicial, estos estudios probablemente demuestran también que los efectos de los estados positivos puede que sean menos inmediatos y menos visibles que los de los estados negativos y quizás se demoren más en el tiempo o sean más sutiles (Gable y Haidt, 2005) y de ahí las dificultades que han tenido los científicos para detectarlos y analizarlos.

Modelos descriptivos del bienestar psicológico

Los modelos de evaluación y de conceptualización de las intervenciones pueden encuadrarse en modelos teóricos diferentes lo que, a su vez, puede tener diferentes implicaciones sobre el modo de actuar y las estrategias a desarrollar. Comentaremos

algunos de los más relevantes y los que, en nuestra opinión, tienen una mejor aproximación al ámbito clínico.

Modelo de Ryff

¿Cuáles son los dominios fundamentales del funcionamiento óptimo humano? Dibujar el mapa de esas áreas esenciales fue la tarea que Carol Ryff se propuso hacer en los años 90 para poder definir la Salud Mental Positiva (Ryff, 1989, 1995; Ryff y Singer, 1998). Como es bien sabido, la salud se ha definido históricamente más por sus carencias (v.g., la ausencia enfermedad) que por los atributos positivos que la podrían definir y el esfuerzo de Ryff ha ido encaminado a hacer una propuesta en este sentido. Apoyándose en una revisión de las áreas que autores como Maslow, Rogers, Allport, Jung, Jahoda y otros han hecho desde hace décadas, esta autora ha realizado una propuesta sobre los aspectos que conformarían un estado de salud mental óptimo. Uno de los motivos de la popularidad del modelo de Ryff es que se diseñaron escalas de medida cuya estructura factorial apoya las dimensiones de bienestar propuestas (Ryff y Keyes, 1995).

Como exponemos brevemente en la tabla 3, el modelo de Ryff plantea seis dimensiones básicas que delimitarían el espacio de la salud mental, diferenciando a su vez lo que se entendería por un funcionamiento óptimo (algo típicamente no delimitado en el trabajo clínico) frente a un funcionamiento deficitario. Aunque el modelo de Ryff descarta prácticamente los aspectos *hedónicos* de la experiencia humana así como los componentes psicosociales del bienestar (p.ej.: sensación de que uno contribuye al bienestar comunitario) —ver Keyes, 2005— sus seis dimensiones de un modo sintético reflejan elementos *eudaimónicos* de un gran interés para cualquier clínico (p.ej.: sensación de control, relaciones positivas con los demás, o autonomía). Además, el comportamiento de éste y otros instrumentos de bienestar en muestras de pacientes con problemas psicológicos refleja, incidiendo en lo ya hemos discutido sobre las emociones humanas, que la salud mental positiva es relativamente independiente de la salud mental negativa (Keyes, 2005).

El modelo de las tres vías hacia la felicidad de Seligman

Martin Seligman (2003) ha propuesto un marco desde el cual pretende mostrar de forma ordenada diversas vías que parecen conducir al bienestar y la felicidad. Sin embargo, su propuesta no está dispuesta como una teoría, ni siquiera como un modelo, sino más bien como una forma de estructurar inicialmente la investigación realizada en este campo y de proyectarla hacia el futuro (Duckworth, Steen y Seligman, 2005). Según este autor, la investigación ha mostrado que hay al menos tres vías fundamentales por las cuales las personas se pueden acercar a la felicidad; la vida placentera (*pleasant life*), que incluiría aumentar las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; la vida comprometida (*engaged life*), que se refiere a la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo

Tabla 3
Dimensiones propuestas en el modelo de bienestar de Carol Ryff. Se describen los modos óptimos y modos deficitarios en cada área

DIMENSIÓN	NIVEL ÓPTIMO	NIVEL DEFICITARIO
<i>Control ambiental</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de control y competencia • Control de actividades • Saca provecho de oportunidades • Capaz de crearse o elegir contextos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de indefensión • Locus externo generalizado • Sensación de descontrol
<i>Crecimiento personal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de desarrollo continuo • Se ve a sí mismo en progreso • Abierto a nuevas experiencias • Capaz de apreciar mejoras personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de no aprendizaje • Sensación de no mejora • No transferir logros pasados al presente
<i>Propósito en la vida</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos en la vida • Sensación de llevar un rumbo • Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de estar sin rumbo • Dificultades psicosociales • Funcionamiento premórbido bajo
<i>Autonomía</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de resistir presiones sociales • Es independiente y tiene determinación • Regula su conducta desde dentro • Se autoevalúa con sus propios criterios 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de asertividad • No mostrar preferencias • Actitud sumisa y complaciente • Indecisión
<i>Autoaceptación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva hacia uno mismo • Acepta aspectos positivos y negativos • Valora positivamente su pasado 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionismo • Más uso de criterios externos
<i>Relaciones positivas con otros</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones estrechas y cálidas con otros • Le preocupa el bienestar de los demás • Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit en afecto, intimidad, empatía

de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas («flow»); y la vida significativa (*meaningful life*), que incluiría el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo.

Aunque se especifica que estas tres vías no tienen por qué ser ni exclusivas, ni exhaustivas, sí se realiza un énfasis importante en que el desarrollo de la vida comprometida y de la vida significativa pueden tener una mayor importancia para la construcción del bienestar (Duckworth *et al.*, 2005). Quizá lo más relevante es que este esquema está siendo usado experimentalmente por este equipo de investigación para crear distintos ejercicios destinados a elevar el bienestar en cada una de dichas áreas. Por ejemplo, para aumentar las emociones positivas en el presente se ha propuesto una tarea que consiste en anotar todos los días tres hechos positivos que se han descubierto en ese día, así como las causas. Para aumentar el nivel de «flow», se propone un ejercicio que consiste en pensar cómo usar más a menudo en el día a día cotidiano sus fortalezas personales.

La teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan

Esta teoría —de marcado carácter motivacional y con evidentes conexiones con la psicología humanista— propone que el bienestar psicológico es fundamentalmente la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo (Rogers, 1963). Es decir, el bienestar psicológico no estaría necesariamente relacionado con experimentar situaciones placenteras o con satisfacer deseos, lo cual generaría un afecto positivo pasajero (Ryan y Deci, 2001), sino con un funcionamiento psicológico sano basado en: (a) una adecuada satisfacción de las necesidades psicológicas básicas (i.e., autonomía, vinculación y competencia), y (b) un sistema de metas congruente y coherente; es decir, las metas deben ser (b₁) mejor intrínsecas que extrínsecas, (b₂) coherentes con los propios intereses y valores así como con las citadas necesidades psicológicas básicas y (b₃) coherentes entre sí.

Uno de los elementos centrales es el concepto de necesidad básica que, como es bien sabido, tiene su origen en autores como Maslow (1943) o White (1959). Según esta teoría, las necesidades básicas son los nutrientes básicos e innatos esenciales para el bienestar psicológico (Deci y Ryan, 2000). Esto significa que un déficit importante en alguna de estas áreas tenderá a aparecer asociado a diversas consecuencias negativas, como un menor bienestar y un mayor nivel de afecto negativo y de sintomatología física y psicológica. Es importante destacar que, de forma adicional, otros autores proponen la existencia de otras necesidades básicas, como por ejemplo, la seguridad (p.ej.: Andersen, Chen y Carter, 2000; Maslow, 1943) —la cual puede jugar un papel muy relevante en muchos problemas de ansiedad—, o el sentido vital (ej.: Baumeister, 1991; Frankl, 1946/2004), que también aparece a menudo afectado en la población clínica.

Desde una perspectiva evolutiva, estos autores proponen que experiencias de privación en una o varias de estas áreas básicas puede generar la aparición de *necesidades substitutivas o motivos compensatorios* con el objetivo de reducir la sensación de insatisfacción (Deci y Ryan, 2000), como la valoración excesiva de la imagen

física, la admiración por parte de los demás, o la dominación social¹. Las consecuencias de la creación de estos motivos compensatorios pueden ser muy negativas a largo plazo ya que la persona adulta puede seguir valorando en exceso las metas compensatorias (p.ej.: deseo de admiración, éxito económico) y obviar ciertas necesidades básicas lo cual mantendría su sensación de insatisfacción, aumentando en consecuencia aún más la intensidad de dichas motivaciones compensatorias, generándose un círculo vicioso. En el ámbito clínico, se pueden observar algunas de estas motivaciones compensatorias en ciertos trastornos de personalidad, como por ejemplo en los trastornos narcisistas (i.e. deseo de grandiosidad) e histriónicos (i.e. deseo de atención); más en general, también se puede observar a menudo la falta de «insight» de muchos pacientes para reconocer sus necesidades básicas y trabajar por ellas (p.ej.: Cloninger, 2006).

Sin duda, lo más importante es que a lo largo de la última década un intenso programa de investigación ha validado numerosas hipótesis derivadas de esta teoría (ver revisión en Deci y Ryan, 2000). Por ejemplo, se ha observado que las personas que muestran una mayor satisfacción percibida en dichas necesidades básicas presentan mayores niveles de bienestar cotidianos (Sheldon, Ryan y Reis, 1996; Reis *et al.*, 2000). Además, se ha comprobado que incluso controlando el nivel de satisfacción de necesidades de partida, las fluctuaciones diarias en la satisfacción de dichas necesidades se asocian a fluctuaciones en el bienestar experimentado día a día (Sheldon *et al.*, 1996; Reis *et al.*, 2000). Por otra parte, recientemente también se ha observado que, en la predicción del bienestar, es más importante la existencia de un equilibrio en la satisfacción de las necesidades que un alto nivel de satisfacción en alguna de ellas (Sheldon y Niemiec, 2006). De igual forma, varios estudios han mostrado que presentan mayores niveles de bienestar aquellas personas que presentan metas coherentes con sus intereses, valores y necesidades (Kasser y Ryan, 1996; Brunstein, Schultheiss y Grassman, 1998; Sheldon y Elliot, 1999; Sheldon y Kasser, 1995) y además internamente congruentes entre sí (Emmons y King, 1988; Sheldon y Kasser, 1995). Aunque escasean los estudios aplicados en el ámbito clínico desde este marco, los sólidos resultados encontrados en estudios con población general podrían indicar la importancia de estos factores para el ámbito clínico al menos en lo concerniente a la potenciación del bienestar.

En todo caso, de esta teoría se pueden obtener importantes implicaciones clínicas. Por ejemplo, aunque muchas personas, aún sin explicitar de forma consciente sus necesidades básicas, mantienen de forma intuitiva un sano equilibrio en la satisfacción de éstas, es posible que otras personas puedan ignorar o relegar a un segundo plano dichas necesidades sufriendo como consecuencia una mayor desorientación, frustración, agresividad, e incluso sintomatología depresiva. Tras discutir en el entorno terapéutico el papel de las distintas necesidades en el bienestar, e incluso tras comprobarlo a través de experimentos conductuales, estas personas podrían regular mejor sus actividades, sus decisiones y sus metas en el

1 Desde la perspectiva cognitiva, se podría añadir además que dichas experiencias de privación favorecen la aparición de esquemas disfuncionales.

futuro. También es posible que ciertas creencias del individuo puedan obstaculizar una adecuada satisfacción de sus necesidades, por lo que su modificación podría eliminar una fuente de insatisfacción crónica en ciertos individuos (Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2005). Por ejemplo, la creencia de que uno debe ser totalmente autónomo y eso implica no depender afectivamente de nadie, pone en oposición dos necesidades básicas minimizando una de ellas lo cual dificulta enormemente el equilibrio global en la satisfacción de necesidades.

Estas aplicaciones pueden ser relevantes en el marco de la prevención de recaídas así como en la psicoeducación o en la reestructuración cognitiva y puede ser de aplicación en trastornos como el depresivo, ansiedad generalizada, obsesiones, adicciones, etc. y quizá especialmente cuando aparecen con un trastorno de personalidad comórbido.

Intervenciones positivas

Una base crucial para poder comprender y desarrollar intervenciones desde esta perspectiva son los estudios sobre bienestar subjetivo. Los datos sobre las condiciones psicológicas que mantienen el bienestar son ya muy numerosos y han demostrado consistentemente algunas cuestiones que hay que tener en cuenta desde la Psicología en general y la Psicología clínica en particular. Algunos de los más relevantes son, a nuestro entender, los siguientes:

- a. La mayor parte de la gente, en la mayor parte del mundo, se encuentra por encima del punto medio de las escalas en medidas de satisfacción vital (Diener y Diener, 1996).
- b. El paisaje emocional habitual de los seres humanos es positivo. La frecuencia e intensidad de las emociones positivas es mayor que la de las negativas en cualquier edad (Charles *et al.*, 2001).
- c. Los factores como sexo, ingresos económicos, inteligencia, la salud, etc. tienen un peso muy pequeño en la explicación del BPS (Myers, 2002; Argyle, 1999; Diener y Seligman, 2004). Los procesos psicológicos y las variables motivacionales y de personalidad (i.e. Extraversión) juegan un papel más significativo en el BPS (Avia, 1997; Avia y Vázquez, 1998).
- d. Aunque la emocionalidad positiva está ligada a factores genéticos, hay una parte importante que depende de circunstancias vitales y, sobre todo, de factores controlables intencionalmente (Lyubomirsky *et al.*, 2005).
- e. Otras variables psicológicas como el optimismo, la inteligencia emocional, o una baja tendencia a la comparación social, aparecen habitualmente ligados a un mayor bienestar subjetivo (Avia y Vázquez, 1998; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Lyubomirsky, 2001).
- f. El número y calidad de las relaciones sociales es un factor muy importante en la predicción del bienestar subjetivo (Diener *et al.*, 1999). De hecho, es una característica necesaria —aunque no suficiente— de las personas más felices (Diener y Seligman, 2002).

Éstos son algunos de los hechos que, en relación con la satisfacción con la vida y con las condiciones que la propician, deberíamos tener en cuenta y sobre algunos de ellos volveremos más adelante. Creemos, como punto de partida, que resulta difícil poder hacer intervenciones sólidas sobre el bienestar humano si no están dirigidas y vertebradas por lo que la investigación va consistente y progresivamente descubriendo sobre los factores y condiciones ligados a la felicidad de los seres humanos (Gilbert, 2006; Kahneman *et al.*, 1999; Seligman, 2003; Peterson, 2006; Huppert *et al.*, 2005; Haidt, 2006; Layard, 2005; Gilham, 2000; Snyder y López, 2002).

Es importante tener en cuenta que el trabajo de aspectos positivos aparece desde el momento de la evaluación. Situar el marco terapéutico de forma que se incluyen también las fortalezas del individuo y sus experiencias positivas, pueden tener un importante efecto en el paciente ya que no sólo se ponen de manifiesto sus debilidades sino también sus fortalezas. Como hemos apuntado, salvo excepciones, es muy poco frecuente usar instrumentos que evalúen aspectos positivos del funcionamiento en el ámbito clínico².

Los límites de las intervenciones en el bienestar psicológico

Incrementar y sostener la felicidad de los seres humanos parece una empresa loable y deseable. Sin embargo, uno de los problemas con cualquier intervención es considerar si los cambios en el bienestar pueden ser efectivamente sostenibles y duraderos, lo que constituye un asunto de un gran alcance empírico pero también teórico.

Aunque la mayoría de la gente cree que la felicidad o el bienestar personal se puede incrementar de un modo sostenido y casi ilimitado (Sheldon y Houser-Marko, 2001) existen límites (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005). En primer lugar, los estudios sobre gemelos han demostrado que el bienestar tiene un componente de heredabilidad genética que establece límites o rangos de cambio. Aunque la heredabilidad se ha situado en el 80% por los autores de los estudios originales (Lyken y Tellegen, 1996), algunas correcciones de esos datos pueden situarla en un 50% (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Pero, en cualquier caso, la capacidad de disfrute, la emocionalidad positiva y otros elementos relacionados con el afecto positivo pueden estar limitados por elementos difícilmente cambiables.

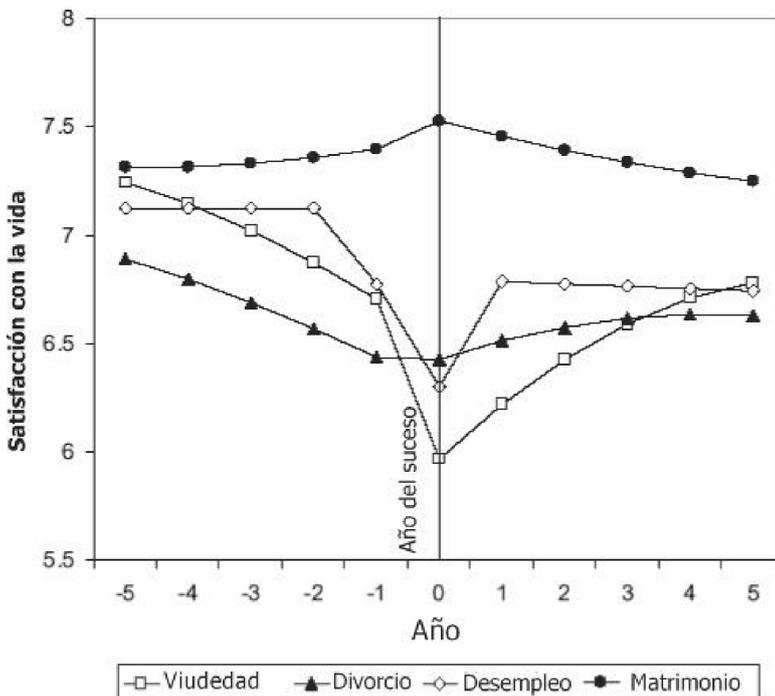
En segundo lugar, algunos de los rasgos de personalidad típicamente ligados al BPS, como la Extraversión o el Neuroticismo son sorprendentemente estables a lo largo del tiempo (McCrae y Costa, 1990) lo que, en cierto modo, permite concluir que el bienestar psicológico es igualmente estable (Diener y Lucas, 1999).

2 En estos últimos años, se ha producido un énfasis por ejemplo en la medida de lo positivo, y un ejemplo es la página www.psicologiapositiva.org (derivada de la original en inglés www.authentic-happiness.org) en donde se encuentran disponibles una gran variedad de escalas y cuestionarios sobre aspectos positivos para su aplicación y corrección on-line.

En tercer lugar, un elemento de gran importancia es el de la denominada adaptación hedónica (Diener y Lucas, 2006). Según esta idea, las ganancias o pérdidas en felicidad son casi siempre temporales pues el sujeto tienden a volver, tarde o temprano, a su punto de anclaje o referencia (el denominado *set-point*). Un conocido ejemplo del funcionamiento de estos mecanismos homeostáticos (ver Cummins y Nistico, 2002), es que los ganadores de lotería tienen el mismo nivel de felicidad que la muestra control 1 año después de haber ganado los premios (Brickman *et al.*, 1978). No obstante, estudios recientes longitudinales demuestran que este punto de anclaje no es totalmente estable. Determinados hechos (como enviudar, o el divorcio) tienen un impacto tal que el individuo no vuelve, al menos en los años inmediatamente posteriores al suceso, al mismo punto de satisfacción en el que estaba en los años previos al suceso mientras que para otros sucesos, como el contraer matrimonio, los cambios positivos son transitorios y se vuelve en unos años al punto de satisfacción que se gozaba en los años previos a casarse (Diener, Lucas y Scollon, 2006) –ver Figura 1. Además, estudios longitudinales recientes también muestran que aunque la estabilidad es la norma, quizás para un 25% o más de personas hay cambios sustanciales en el transcurso del tiempo en cuanto a su punto de anclaje de bienestar (Fujita y Diener, 2005). Sin duda la investigación sobre qué

Figura 1

Cambios en satisfacción con la vida en los años anteriores y posteriores a vivir diferentes sucesos positivos y negativos (Diener *et al.*, 2006)



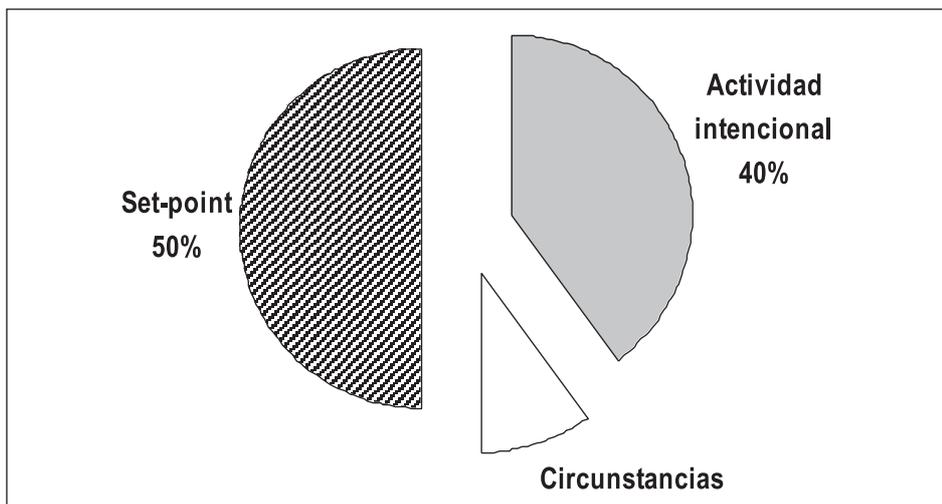
tipo de características personales están asociadas a esta posibilidad de cambio y qué momentos son más propicios para el cambio, podrá permitir introducir estrategias más eficaces de intervención y en momentos en los que dichos cambios puedan maximizarse.

Todos estos límites han hecho pensar a muchos científicos, pero también corrientes filosóficas, que cualquier intento por mejorar o maximizar la felicidad puede ser en vano (véase Lyubomirsky *et al.*, 2005). Sin embargo, el hecho de que haya intervenciones que mejoren de un modo sostenido el estado de ánimo y el bienestar de, por ejemplo, personas con depresión (p.ej.: Jacobson *et al.*, 1996), o que se puedan modificar aspectos *actitudinales* y *motivacionales* ligados al bienestar (p.ej.: optimismo, evitación de comparaciones con otros, etc.; Avia y Vázquez, 1998; Seligman, 1991; Taylor y Brown, 1988; DeNeve y Cooper, 1998) permiten incrementar nuestra confianza en que determinados hábitos de conducta y actitudes son modificables y, eventualmente, producen cambios sostenibles. Además, existe evidencia de que hay cambios evolutivos significativos en el afecto positivo y negativo (ver Vázquez, Hervás y Hernangómez, 2004): las personas mayores muestran un menor afecto negativo y un mayor afecto positivo que los más jóvenes, lo que indica la existencia de posibles cambios en las emociones, sobre todo si se tiene en cuenta que dichos cambios pueden deberse a cambios de actitud importantes observables en las personas mayores.

Existe un margen notable para intervenciones sostenibles incluso aunque descontemos el papel que las variables demográficas y *circunstancias* generales de la vida (situación económica, sexo, nivel educativo, etc.), cuya influencia sobre el bienestar probablemente no es mayor del 10% de la varianza (Argyle,

Figura 2

Los tres factores principales relacionados con el nivel crónico de bienestar (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005)



1999; Diener *et al.*, 1999; Diener y Seligman, 2004; Kahneman *et al.*, 2006), así como el papel de elementos relacionados con el *set-point* o punto de anclaje del individuo —sea más o menos estable, como hemos discutido— dado que este punto parece más ligado a elementos genéticos (extraversión, temperamento, nivel de activación o *arousal*, etc.) —Ashby *et al.*, 1999; Depue y Collins, 1999. Sin embargo, aún en el peor de los casos, como se observa en la Figura 2, al menos un 40% de la varianza del bienestar parece deberse a elementos modificables como, por ejemplo, actitudes, actividades intencionales y hábitos cotidianos que contribuyen a mejorar consistentemente el estado emocional (Lyubomirsky *et al.*, 2005; Lyubomirsky, King y Diener 2005), siempre que se pueda dar significado personal a dichos elementos (Deci y Ryan, 2000).

Intervenciones para aumentar la felicidad

Fue un psicólogo norteamericano, Michael Fordyce (1977, 1983) quien efectuó los intentos pioneros para probar en diseños experimentales controlados la eficacia de intervenciones dirigidas a mejorar la *felicidad* de los participantes (estudiantes universitarios). Aunque los resultados demostraban que la felicidad es «educable» (Fordyce, 1997), dados los ingredientes multicomponentes del programa psicoeducativo de Fordyce (véase Tabla 4), resulta difícil cuáles son los elementos eficaces

Tabla 4

Las 14 «Reglas fundamentales» del programa cognitivo-conductual de mejora de la felicidad diseñado por Fordyce (1977, 1983)

1. Mantenerse más activo y ocupado:
 - a. En actividades placenteras.
 - b. Actividades físicamente demandantes.
 - c. Hacer actividades novedosas.
 - d. Actividades en compañía mejor que en soledad.
 - e. Actividades con sentido mejor que triviales.
2. Emplear más tiempo en actividades sociales.
3. Ser productivo en trabajos a los que se dé un significado.
4. Organizarse, manejar bien el tiempo.
5. Detener preocupaciones.
6. Ajustar expectativas y aspiraciones.
7. Desarrollar un estilo de pensamiento optimista y positivo.
8. Estar más centrado en el presente que en el pasado o el futuro.
9. Trabajar en desarrollar una personalidad saludable.
10. Desarrollar una personalidad sociable y con actividades fuera de casa.
11. Ser auténtico.
12. Eliminar sentimientos negativos y problemas.
13. Fomentar y conservar relaciones íntimas.
14. Dar valor a la felicidad y a su mantenimiento.

y en qué medida lo son, de esas «reglas fundamentales» del programa. Como se puede apreciar en dicha Tabla, además, existe un cierto solapamiento en algunas de esas recomendaciones que, por otro lado, incorporan sólo los elementos que se conocían sobre las bases empíricas del bienestar subjetivo hasta los años 80.

Los estudios de Fordyce no tuvieron un gran eco y hasta recientemente no se han retomado los esfuerzos por empezar a encontrar estrategias eficaces de intervención positivas. Desgraciadamente, aunque el campo de investigación sobre el bienestar y la felicidad se ha expandido enormemente en los últimos 5 años, las intervenciones controladas son aún escasas (Seligman *et al.*, 2005; Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005). No obstante, cada vez hay más estudios en los que se someten a comprobación diversas intervenciones de este tipo respecto a su eficacia para elevar el bienestar de las personas.

El primero que analizaremos, inspirado en la teoría de la autodeterminación y aplicado en un grupo de estudiantes universitarios, consistió en una intervención diseñada para potenciar y aumentar los logros en las metas de los participantes (Sheldon, Kasser, Smith y Share, 2002). Aunque no hubo cambios globales en la condición experimental, se obtuvo una interacción interesante. Sólo los participantes que presentaban de partida metas congruentes con sus valores e intereses, mejoraron en sus logros fruto de la intervención y mostraron un mayor bienestar al finalizar el estudio. Esto pone de manifiesto que no todas las personas se pueden beneficiar de las mismas intervenciones y, en este caso concreto, sugiere que si no hay una base mínima desde donde trabajar (i.e. metas intrínsecas) en ocasiones las intervenciones pueden no ser eficaces. En consecuencia, en el futuro será interesante explorar si es posible aplicar una estrategia de intervención para potenciar las metas intrínsecas en los participantes con problemas en esa área.

En otro estudio se propuso a otros dos grupos de estudiantes la puesta en práctica durante 6 semanas consecutivas de dos ejercicios destinados a mejorar el nivel de emociones positivas de los participantes: uno relacionado con la amabilidad (i.e. mostrar amabilidad en la vida cotidiana) y el otro el agradecimiento (i.e. reconocer y anotar las cosas positivas que la vida te da) —ambos aspectos asociados a un mayor bienestar según diversos estudios (Emmons y McCullough, 2003; Lyubomirsky, King y Diener, 2005). En general, ambas estrategias fueron eficaces en el incremento de la felicidad en periodo pre-post de 6 semanas pero con algunas notables diferencias. En primer lugar, en la condición de los actos de amabilidad o de agradecimiento, los participantes fueron subdivididos a su vez en dos subgrupos. A uno se le pidió realizar 5 actos de dar las gracias en un mismo día y al otro se le pidió hacer los cinco actos a lo largo de una semana. Los resultados obtenidos mostraron aumentos significativos en el bienestar subjetivo en las dos tareas aunque mayores en los participantes que hicieron cinco actos amables un día a la semana que en los que realizaron los 5 actos de amabilidad en el mismo día de la semana. Por su parte, el grupo control, que durante ese periodo no fue sometido a ninguna intervención, experimentó descensos en su nivel de bienestar. En la segunda condición experimental, consistente en el agradecimiento de aspectos positivos, también se subdividió a los grupos. A uno de ellos se le pidió hacer el ejercicio de reconocimiento una vez a la semana y al otro se le pidió hacerlo 3 veces por semana. En este

caso, sólo los del subgrupo de «una vez por semana» mostraron un incremento en felicidad; de hecho, los de la condición de 3 veces por semana mostraron un ligero decremento en su nivel de felicidad. Estos resultados, en su conjunto, sugieren que ciertos ejercicios, basados en la puesta en marcha de aspectos positivos no tenidos en cuenta en la clínica hasta ahora, pueden servir para aumentar el bienestar de los individuos. Además, ponen de relieve la importancia del diseño y la forma de aplicación de las intervenciones puesto que los resultados parecen estar mediados por las dosis de la intervención o, en otras palabras, la frecuencia y periodicidad de los ejercicios.

Recientemente, un estudio similar realizado por Seligman *et al.* (2005) evaluó la eficacia de 5 ejercicios positivos diferentes con el objetivo de incrementar niveles de bienestar y reducir la sintomatología depresiva. En este caso, a diferencia del estudio anterior, se realizaron diversos seguimientos —hasta seis meses—, y se incluyó una intervención placebo que consistía en anotar todas las noches algunas memorias de la infancia. Los 5 ejercicios positivos incluían:

(a) escribir una carta de agradecimiento a una persona importante en la vida del participante y compartirla con él;

(b) escribir una vez al día durante una semana tres cosas positivas dignas de agradecer y sus causas;

(c) escribir recuerdos sobre una época en la que el participante mostrara sus mejores características y leerla cada noche durante una semana con el objetivo de reflexionar sobre las fortalezas presentes;

(d) realizar un cuestionario sobre fortalezas para así poder identificar las más salientes;

(e) realizar ese mismo cuestionario de fortalezas y reflexionar sobre nuevas formas de usar en la vida cotidiana las fortalezas principales de la persona.

Los resultados mostraron que curiosamente aquellos ejercicios que generaron aumentos en bienestar significativos y superiores al placebo al final de la intervención (carta de gratitud, recuerdo vital positivo, identificación de fortalezas) no mostraron cambios significativos en el seguimiento. Por su parte, los ejercicios que no parecían eficaces justo en el momento de terminar la intervención (agradecer tres hechos positivos al día, aplicar las fortalezas personales en otras áreas) generaron aumentos significativos en bienestar tras el periodo de seguimiento de 6 meses. El patrón de resultados en cuanto a la reducción de sintomatología depresiva fue casi idéntico (Seligman *et al.*, 2005).

En resumen, ambos estudios de Lyubomirsky *et al.* (2005) y de Seligman *et al.* (2005), a pesar de ser aún preliminares, tienen un extraordinario interés pues demuestran que: 1) no todas las intervenciones diseñadas como «positivas» tienen los mismos efectos (incluso puede haber *decrementos* de bienestar en algunas), y 2) la eficacia de las intervenciones parece depender, al menos en parte, de la frecuencia e intensidad de las estrategias utilizadas.

Intervenciones clínicas

La aplicación clínica de las investigaciones dentro del marco de la psicología positiva son, a pesar de las necesarias cautelas que debemos tener aún, de gran interés por distintas razones. En primer lugar, puede ayudar a aumentar la tasa de remisión de los tratamientos psicológicos. Un reciente meta-análisis mostró por ejemplo que la tasa de recuperación para el tratamiento psicológico de la depresión es de un 46% (Casacalenda, Perry y Looper, 2002), lo cual nos indica que la mejora de los tratamientos psicológicos disponibles sigue siendo una tarea muy relevante. La importancia de las emociones positivas, así como otras de las razones anteriormente comentadas, sugieren que nuevos elementos terapéuticos positivos podrían completar los actuales tratamientos de forma que éstos alcancen mayores cotas de eficacia.

Por otra parte, incluir estrategias dirigidas a aumentar el bienestar podrían tener también un importante efecto como reductor de recaídas. Aunque diversos estudios sugieren que los tratamientos psicológicos previenen de forma más eficaz las recaídas que los tratamientos farmacológicos, las tasas observadas son aún importantes en ambos casos. Por ejemplo, en diversos estudios con pacientes depresivos se ha observado que, en un plazo de 12-24 meses, la tasa de recaídas tras un tratamiento farmacológico oscila entre un 50-78%, mientras que tras una intervención cognitiva, la tasa de recaídas varía entre un 20-36% (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Es decir, una persona de cada cuatro sufre una recaída en los primeros dos años tras el tratamiento psicológico. Esta tasa podría reducirse si además de reducir su sintomatología, la intervención psicológica fuera capaz de devolver a la persona a sus niveles previos de funcionamiento y bienestar.

La forma concreta de insertar elementos positivos en la intervención terapéutica puede variar mucho, y va a depender en parte de los objetivos concretos de dicha intervención. Se puede introducir por ejemplo como un módulo independiente tras un programa de intervención estándar para reducir así el riesgo de recaídas. Otra posibilidad es integrar intervenciones positivas junto con otras estrategias terapéuticas de forma que la reducción de sintomatología, la potenciación del bienestar e incluso de otros elementos más difíciles de operativizar, como la autoconciencia y la madurez emocional (Cloninger, 2006), se realicen simultáneamente a lo largo del tratamiento. Quizá la forma más completa y avanzada sería aquella que integrara aspectos relativos a la salud y el bienestar, junto con otros aspectos más habituales, desde el comienzo del proceso de evaluación pasando por todas las fases de la intervención, e incluyendo dichos aspectos en la propia formulación del caso. Aunque a día de hoy no existen estudios de eficacia con protocolos de este tipo, quizá en un futuro próximo podamos tener datos con este tipo de filosofía de intervención.

La terapia del bienestar («Well-being therapy»)

La terapia del bienestar propuesta por Fava y cols. (1998) fue planteada inicialmente como una estrategia de prevención de recaídas en pacientes con trastor-

nos afectivos los cuales, tras un tratamiento farmacológico, experimentaban aún síntomas residuales. Más adelante se ha planteado también como un ingrediente que puede ser añadido a paquetes de tratamiento cognitivo-conductual. En ambos casos, esta modalidad terapéutica tiene como objetivo potenciar la sensación de bienestar de los pacientes (a) mejorando la conciencia de los momentos positivos, (b) discutiendo y modificando los pensamientos disruptivos que bloquean dichas experiencias, y (c) mejorando las carencias del paciente en las 6 áreas del bienestar propuestas por Ryff (1989). Es una intervención sencilla estructurada en 8 sesiones, a lo largo de las cuales se van introduciendo diversos elementos en un autorregistro: comenzando por dos columnas en un primer momento (i.e. situación positiva/intensidad del bienestar experimentado), posteriormente se añade una columna para identificar el pensamiento disruptivo, y finalmente una columna dedicada a la interpretación del observador (reestructuración cognitiva). Su similitud con otros procedimientos cognitivo-conductuales hacen que esta propuesta sea especialmente adecuada para ser combinada con otras estrategias derivadas de este enfoque.

La investigación desarrollada para probar la eficacia de este método muestra por ejemplo que tras un tratamiento farmacológico, la combinación de terapia cognitivo-conductual más terapia del bienestar previene las recaídas en mayor grado que el cuidado clínico habitual en pacientes depresivos (Fava *et al.*, 1998). Además, también se ha observado que en pacientes con ansiedad generalizada, al combinar la terapia del bienestar con un programa cognitivo conductual, parece ser más eficaz que cuando se aplica únicamente el programa cognitivo-conductual (Fava, Ruini, *et al.*, 2005).

Quizá lo más novedoso de este planteamiento es enfocar una intervención dentro de un contexto terapéutico desde un punto de vista exclusivamente centrado en el bienestar. Se podrían sugerir algunos mecanismos por los cuales la terapia del bienestar podría estar potenciando la mejoría del paciente. Por ejemplo, el hecho de centrar la atención del paciente en sus emociones positivas puede aumentar la tasa de ocurrencia de las mismas por un efecto de auto-observación de conductas. Por otra parte, el planteamiento de buscar los elementos que interrumpen el bienestar puede estimular y asentar el uso de mecanismos de regulación afectiva destinados a mantener un estado de ánimo positivo (Wood, Heimpel y Michela, 2003). Además, de forma implícita, el marco terapéutico puede sugerir que el estado natural del ser humano es un estado de ánimo positivo lo cual probablemente genere ciertas expectativas que favorezcan la aparición más frecuente de este tipo de estados de ánimo.

Terapia positiva para la depresión

Sin duda la depresión es probablemente el problema psicológico en el que mejor encajan las intervenciones positivas. Desde un punto de vista teórico, muchos de los modelos explicativos existentes (véase una revisión en Sanz y Vázquez, 1995) consistentemente conectan con estas aproximaciones terapéuticas. Recordemos que de acuerdo al modelo de reforzamiento de la depresión (Lewinsohn, 1975;

Lewinsohn y Amenson, 1978), las personas deprimidas realizan pocas actividades placenteras y demasiadas actividades desagradables en su vida cotidiana. Esta disminución de actividades reforzantes se debe a que el entorno no proporciona los suficientes reforzadores positivos o bien a que el individuo no es capaz de apreciarlos debido a, por ejemplo, sesgos perceptivos. Las intervenciones positivas del tipo de «Saborear un día perfecto», en el que al individuo se le pide que se deje libre un día para dedicarse a hacer cosas agradables podría, por ejemplo, incrementar las actividades reforzantes en el propio entorno (Seligman, 2003). Otros ejercicios, como «Reconocer las propias fortalezas» o el de «Tres cosas para agradecer a la vida», en el que se pide a la persona contemplar y anotar las cosas por las que uno debería estar agradecido, deberían ser útiles para incrementar la propia sensibilidad y conciencia hacia aspectos reforzantes y positivos del entorno y de uno mismo. Tanto la teoría del estilo atribucional (Seligman *et al.*, 1984; Peterson, Buchanan y Seligman, 1995) como la teoría del autocontrol (Rehm, 1990) proponen que las personas depresivas tienen un estilo atribucional negativo para los sucesos negativos. En concreto, las personas deprimidas tienden a atribuir sucesos negativos a factores explicativos más internos, globales y estables que las personas no deprimidas y a dar a estos sucesos, además, más importancia (Vázquez *et al.*, 2001). Las técnicas positivas encaminadas a incrementar el optimismo (Seligman, 1990; Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham, 1995) y la esperanza (Snyder, 2000) deberían ser muy relevantes para modificar los estilos atribucionales depresivos. Por último, el conocido modelo cognitivo de Beck (Beck, 1976; Beck, 1995) plantea que las personas depresivas poseen una triada cognitiva negativa consistente en una visión negativa de sí mismas, expectativas negativas del futuro, y una interpretación negativa del mundo. Creemos que las técnicas de intervención destinadas a identificar y utilizar las propias fortalezas (Seligman *et al.*, 2005) podrían ser muy útiles para aliviar o combatir estos sesgos cognitivos. Recientemente, David y Szentagotai (2006) han propuesto diversas técnicas para generar construcciones positivas y (re)generar los sesgos positivos típicamente asociados a las personas sin una patología emocional presente (Cummins y Nistico, 2002), algo que podría ayudar a reducir la sintomatología depresiva. En este contexto, las técnicas de intervención positivas podrían tener un papel importante.

Al menos dos grupos de investigadores están investigando activamente en esta línea, a través de la comparación de programas clásicos de intervención con un programa centrado en aspectos positivos y, algo muy importante metodológicamente, empleando ambos una deseable estrategia de ensayos clínicos aleatorizados. En Estados Unidos, Rashid, Seligman y Rosenstein (2005) asignaron de forma aleatoria a pacientes depresivos provenientes de una clínica a tres tipos de tratamientos: psicología positiva sólo (TPP, $n = 13$), tratamiento psicológico estándar sólo (TPE, $n = 16$), y tratamiento psicológico estándar más medicación (TPE + Med; $n = 17$). La psicoterapia positiva en este estudio consistió en un tratamiento individual en el cual se aplicaron principalmente las 5 intervenciones positivas que mencionamos anteriormente (Seligman *et al.*, 2005) en un protocolo manualizado de 12 sesiones. El grupo de TPE recibió un tratamiento psicológico estándar como el que se puede recibir en una clínica. Rashid *et al.* (2005) mostró que el tratamiento positivo fue

más eficaz que las otras dos modalidades (TPE y TPE + Med) en cuanto a la reducción de síntomas depresivos así como en el resto de indicadores de resultado.

En Hong Kong, Samuel Ho y sus colegas (Ho, Tong y Lai, 2006) intentaron responder a esa misma pregunta (v.g., ¿puede la psicoterapia positiva ser eficaz en la reducción de síntomas depresivos en pacientes clínicamente deprimidos?) aunque desde un ángulo ligeramente diferente. Estos investigadores estaban más interesados en comparar la eficacia de la psicoterapia positiva (TPP) en comparación con un tratamiento empíricamente validada como es la terapia cognitiva-conductual (CBT) y quizás el tratamiento más conocido para la depresión (Barlow, 2004; Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Chambless *et al.*, 1998). Para hacerlo, incorporaron además en cada sesión de ambos tratamientos los elementos que suelen considerados esenciales en la terapia cognitivo-conductual: evaluar el estado de ánimo antes y después de cada sesión, establecer una agenda, asignar y revisar las tareas para casa, trabajar en los elementos de la agenda, resumir la sesión y solicitar «feedback» (DeRubeis y Feeley, 1990; Persons, Joan y Tompkins, 2001). La intervención positiva, basada en lo realizado por Rashid *et al.* (2005) pero con un mayor énfasis en el trabajo sobre las fortalezas en la vida cotidiana y en el reconocimiento de los aspectos positivos de uno mismo, estaba manualizada y constaba de 10 sesiones. El manual de CBT fue adaptado del manual chino publicado previamente (Tong, Ho, Li y Lee, 2004) que está basado en la propuesta de Beck (Beck, 1976; Beck, 1995). La pregunta de investigación fue: Estando todos los componentes básicos controlados, ¿cómo funcionaron cada una de las dos modalidades —una centrada en las fortalezas y en las experiencias positivas, y la otra centradas en los pensamientos negativos y las distorsiones cognitivas— en cuanto a la eficacia para reducir la sintomatología de los pacientes depresivos? Los participantes provenían de una clínica ambulatoria del Departamento de Psiquiatría del United Christian Hospital, uno de los hospitales más grandes de Hong Kong. Todos los pacientes fueron diagnosticados con un trastorno depresivo por un psiquiatra o un psicólogo clínico en base a una entrevista clínica estructurada y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck y Steen, 1987). Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a uno de los dos tratamientos, y cada uno de ellos completó el BDI-II cinco veces durante el curso del tratamiento. Los resultados preliminares para 8 pacientes (cuatro en el grupo de TPP y cuatro en el grupo de CBT) muestran que los niveles de depresión de todos los pacientes en ambas modalidades se redujeron hasta alcanzar el margen de normalidad del BDI-II tras el tratamiento. El test de Friedman mostró que de media, se produjo un descenso significativo en el nivel de depresión entre los pacientes en el grupo de CBT ($\chi^2(4) = 12$; $p = 0,017$) siendo los resultados similares aunque sólo marginalmente significativos en el caso de la TPP ($\chi^2(4) = 8,44$, $p = 0,077$). Además, usando los métodos propuestos por Jacobson y Traux (1991), la reducción de sintomatología de todos los pacientes en el grupo de CBT fue clínicamente significativa, mientras que todos los pacientes menos uno en el grupo de TPP lograron mejoría clínicamente significativa. Por otra parte, los pacientes que recibieron el tratamiento positivo parecieron tener un mayor cumplimiento terapéutico así como una mejor valoración del tratamiento que aquellos que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual. Ho *et al.* (2006) concluyeron, a partir de estos resultados preliminares,

que la psicoterapia positiva aunque parece ser también eficaz en la reducción de sintomatología depresiva, puede tener una mayor fluctuación en cuanto a los resultados terapéuticos en comparación con la terapia cognitivo-conductual estándar.

En conclusión, los actuales resultados sobre la eficacia de la psicoterapia positiva para la depresión son bastante prometedores. Sin embargo, la mayoría de estudios con muestras clínicas son con tamaños muestrales pequeños por lo que los resultados son aún preliminares. Los estudios futuros deberían incluir muestras mayores, y realizar un mayor control sobre el efecto del terapeuta (v.g., alianza terapéutica) e incluir el mayor número posible de centros (Barlow, 2004).

Implicaciones para la investigación futura

De lo ya apuntado, se puede observar que la investigación sobre las intervenciones positivas tanto en el ámbito de la promoción y la prevención, como en el ámbito de la intervención está empezando a emerger. En este sentido, puede ser interesante realizar algunos comentarios que pueden servir para orientar la investigación futura en este campo. En primer lugar, el diseño de intervenciones positivas en el área clínica deberían estar guiadas por los datos empíricos recogidos por la ya abundante investigación sobre felicidad y bienestar psicológico. En este sentido, en el futuro se podría incorporar nuevas intervenciones más complejas integrando también, por ejemplo, el conocimiento que disponemos proveniente de otras áreas de la psicología (i.e. psicología del desarrollo, psicología social, etc.). Además, será importante también atender a las diferencias culturales que puedan existir para así poder adaptar las intervenciones al contexto específico en donde sean aplicadas.

Por otra parte, las intervenciones deben ser evaluadas con los diseños más estrictos (ensayos clínicos aleatorizados) para probar su eficacia. Es importante insistir de nuevo en la importancia de usar un grupo control con tratamiento placebo (mejor que el método de lista de espera) ya que en este tipo de intervenciones las expectativas pueden ejercer un importante efecto. Del mismo modo, realizar un adecuado seguimiento es un requisito casi imprescindible para lograr datos fiables sobre la eficacia de las intervenciones ya que como hemos visto, los resultados obtenidos inmediatamente tras el tratamiento pueden no mantenerse pasados unos meses, y al revés, en ocasiones los incrementos en bienestar pueden aparecer tras pasado un cierto tiempo.

Comentarios finales

Las intervenciones en Psicología Positiva tienen, de modo general, la finalidad de reducir y prevenir problemas, conflictos, o síntomas pero *también* la mejora de las condiciones subjetivas de vida, el estado emocional, las fortalezas psicológicas y, en último término, la satisfacción con la vida. En el caso de la Psicología clínica, a pesar de los indudables avances en el tratamiento de los problemas mentales (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), la inmensa mayoría de los estudios sobre la eficacia

de las intervenciones miden su eficacia sólo por la reducción de síntomas en escalas clínicas o psicopatológicas, lo que supone una aproximación muy restrictiva y superficial a lo que significa la «mejoría clínica» de un problema (Vázquez, 2006b). No cabe duda de que uno de los grandes retos en Psicología es el de encontrar métodos que permitan incrementar y/o sostener el bienestar psicológico de los seres humanos más allá de la disminución de síntomas. Además, la eficacia lograda por los tratamientos psicológicos en la reducción de síntomas y la prevención de recaídas no es aún totalmente satisfactoria por lo que estas nuevas aproximaciones podrían ser útiles para ampliar y mejorar los tratamientos disponibles.

El futuro de la psicología positiva consistirá en comprender los factores que sustentan y ayudan a construir las fortalezas humanas, los elementos que explican la resiliencia humana ante la adversidad, y las intervenciones que desde el ámbito terapéutico o preventivo podemos hacer para recuperar, incrementar o sostener nuestro bienestar y nuestra salud, incluyendo en el término «salud» una serie de aspectos positivos de funcionamiento psicológico y social. El reto de la Psicología es por tanto aún muy importante y, sea la Psicología Positiva o, como muchos creemos, la Psicología en sí misma una vez absorbido y metabolizado el impulso de esto que se ha denominado Psicología Positiva (Linley, 2006; Vázquez, 2006a), estas tareas han de ser abordadas como una empresa de envergadura en la conquista de un espacio psicológico y social mejor para todos.

Referencias

- Andersen, S. M., Chen, S. y Carter, C. (2001). Fundamental human needs: Making social cognition relevant. *Psychological Inquiry*, 11, 269-275.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (dirs.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*, (pp. 353-373). Nueva York: Russell Sage.
- Ashby, F. G., Isen, A. M. y Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529-550.
- Aspinwall, L. G. y Staudinger, U. M. (dirs.) (2003), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Avia, M. D. (1997). Personality and positive emotions. *European Journal of Personality*, 11, 33-56.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. (Prefacio de Martin E.P. Seligman). Madrid: Alianza.
- Barlow, D. (2001). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª edic.). Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Baumeister, R. (1991). *Meanings of life*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. y Steen, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Nueva York: Guilford.

- Bentall, R. P. (2002). *Madness explained: Psychosis and human nature*. Londres: Allen Lane.
- Brickman, P., Coates, D. y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C. y Grassman, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 494-508.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Colegio*, 27, 18-30.
- Casacalenda, N., Perry, J. C. y Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: A comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1354-1360.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daluto, A., DeRubels, R., Detweiler, J., Haaga, D. A., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologists*, 51, 3-16.
- Charles, S.T., Reynolds, C.A. y Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136-151.
- Cloninger, C.R. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5, 71-76.
- Costa, P. T. y McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Cummins, R.A. y Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. y Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A., Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- David, D. y Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies: toward an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 26, 284-298.
- Davis C. G., Nolen-Hoeksema S. y Larson J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-74.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Nueva York: Plenum Publishing Co.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- DeNeve, K. M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Depue, R. A. y Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*, 22, 491-569.

- DeRubeis, R. J. y Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- Diener, E., Lucas, R. y Scollon, C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Diener, E. y Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (dirs.), *Well-being: The foundations of a hedonic psychology* (pp. 213-229). Nueva York: Russell Sage.
- Diener, E., Lucas, R.E. y Scallon, C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. y Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E. y Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 80-83.
- Diener, E. y Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science*, 5, 1-31.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. y Seligman, M. E. (2005) Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Emmons, R. A. y King, L. A. (1988). Conflict among personal strivings: Immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1040-1048.
- Emmons, R. A. y McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality Psychology*, 86, 295-309.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L. y Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. y Grandi, S. (1998) Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. y Belluardo (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002): Light and dark in the psychology of human strengths: The example of psychogerontology. En L. G. Aspinwal y U. M. Staudinger (dirs.), *A psychology of human strength: perspectives on an emerging field*. Washington, DC: APA.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 511-521.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Frankl, V. (1946/2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L., Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C. y Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fujita, F. y Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 158-164.
- Gable, S.L. y Haidt, J. (2005). What (and why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9, 103-110.
- Gilbert, D. (2006). *Tropezar con la felicidad*. Barcelona: Destino. (Orig. 2006).
- Gillham, J.E. (2000). (dir.). *The science of optimism. Research essays in honor of Martin E. P. Seligman*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Gottesman, I. I. y Shields, J. (1982). *Schizophrenia, the epigenetic puzzle*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Haidt, J. (2006). *The happiness hypothesis. Finding modern truth in ancient wisdom*. Nueva York: Basic Books.
- Harker, L. y Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 112-124.
- Held, B. S. (2004). The negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 9-46.
- Ho, S. M. Y., Tong, A. K. K. y Lai, W. Y. K. (2006, Mayo). *From positive psychology to positive intervention - some reflections*. Paper presented at the 1st Asian Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Conference: Evidence-based Assessment, Theory and Treatment, Hong Kong, China.
- Huppert, F. A. y Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8, 107-122.
- Huppert, F. A., Baylis, N. y Keverne, B. (2005). *The science of well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Nueva York: Guilford.
- Isen, A. M. (1987). Positive-affect, cognitive processes, and social behavior. En L. Berkowitz (dir.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 203-253). Nueva York: Academic Press.
- Isen, A. M. (1993). Positive-affect and decision making. En M. Lewis y J. Haviland (dirs.), *Handbook of emotions* (pp. 261-277). Nueva York: Guilford.
- Isen, A. M. (1999). Positive affect. En T. Dagleish y M. Powers (dirs.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 521-539). Sussex, England: Wiley.
- Isen, A. M. (2001). An influence of positive affect on decision making in complex situations: Theoretical issues with practical implications. *Journal of Consumer Psychology*, 11, 75-85.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.

- Jacobson, N. S. y Traux, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D., Schwarz, N. y Stone, A. A. (2006). Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science*, 312, 1908-1910.
- Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N. (1999). *Well-being. The foundations of hedonic psychology*. Nueva York: Russell Sage.
- Kasser, T. y Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 80-87.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. y Haidt, J. (dirs.) (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well lived*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M. y López, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (dirs.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). Londres: Oxford University Press.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología*. Madrid: Dykinson, S.L.
- Layard, R. (2005). *La felicidad. Lecciones de una nueva ciencia*. Madrid: Taurus. (Orig. 2005).
- Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 729-731.
- Lewinsohn, P. M. y Amenson, C. S. (1978). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 644-654.
- Linley, P. A., Joseph, S. y Word, A.M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 3-16.
- Lopez, S. J., Snyder C. R. (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lykken, D. y Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational factors in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Lyubomirsky, S., King, L. A. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Maddux, J. E. (2002). Stopping the «madness»: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (dirs.), *Handbook of positive psychology* (pp. 13-25). Nueva York: Oxford University Press.
- Martin, R.A. (2007). *The psychology of humor: an integrative approach*. Nueva York: Academic Press.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Matt, G., Vázquez, C. y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-256.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. Nueva York: Guilford.
- Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S. y Hankin, B. J. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin*, 130, 711-747.

- Myers, D. (2002). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Persons, J. B., Joan, D. y Tompkins, M. A. (2001). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington DC: American Psychological Association.
- Peterson, C. (2006). *A primer in Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Peterson, C., Buchanan, G. M. y Seligman, M. E. P. (1995). Explanatory style: History and evolution of the field. En G. M. Buchanan y M. E. P. Seligman (dirs.), *Explanatory style* (pp. 1-20). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Power, M.J. y Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: from order to disorder*. Hove: Psychology Press.
- Rashid, T., Seligman, M. E. P. y Rosenstein, I. C. (2005, junio). *Positive psychotherapy for depression*. Paper presented at the Medici II. Positive Psychology Templeton Fellows Program, Philadelphia, Pennsylvania, USA.
- Rehm, L. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. En B. B. Wolman y G. Stricker (dirs.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods* (pp. 64-91). Oxford, England: Wiley.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J. y Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- Rogers, C. R. (1963). Actualizing tendency in relation to «motives» and to «consciousness». *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Russell, J. A. (1979). Affective space is bipolar. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 345-356.
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Russell, J. A. y Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125, 3-30.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (dir.), *Annual Review of Psychology* (vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- 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. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. D. y 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. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Salameh, W.A. y Fry, W.F. (2004) (dirs.). *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología*, vol. 2 (pp. 341-378). Madrid: McGraw Hill.
- Schmuck, P. y Sheldon, K. M. (dirs.). (2001). *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving*. Seattle, WA: Hogrefe y Huber.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. Sydney: Random House Australia. (Trad. esp. en Ed. Atlántida, 1991).
- Seligman, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, *54*, 559-562.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (dirs.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Nueva York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. y Peterson, C. (2002). Positive clinical psychology. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (dirs.), *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field* (pp. 305-318). Washington DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 235-238.
- Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L. y Gillham, J. (1995). *The optimistic child. A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. Nueva York: Harper Collins.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B. (Orig. 2002).
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, *60*, 410-421.
- Sheldon, K. M. y Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: the self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 546-557.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K. y Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal-attainment and personality integration. *Journal of Personality*, *70*, 5-31.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M. y Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22*, 1270-1279.
- Sheldon, K. M. y Houser-Marko, L. (2001). Selfconcordance, goal-attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*, 152-165.
- Sheldon, K. M. y Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 531-543.
- Sheldon, K. M. y King, Diener, E. y Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, *7*, 181-185.
- Sheldon, K. M. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, *56*, 216-217.
- Sheldon, K.M. y Niemiec, C.P. (2006). It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *91*, 331-341.
- Snyder, C. R. y López, S. J. (2002). (dirs.), *Handbook of positive psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Nueva York: Academic Press.

- Stein, N. L., Folkman, S., Trabasso, T. y Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological well-being in bereaved caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 872-884.
- Taylor, S. E. y Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, *103*, 193-210.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. y Gruenewald, T. L. (2000) Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, *55*, 99-109.
- Tellegen, A., Watson, D. y Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, *10*, 297-303.
- Tong, A., Ho, S. M. Y., Li, C. y Lee, R. (2004). *Pursuit your happiness: a practical guide to manage emotions*. Hong Kong: Breakthrough.
- Tugade, M. M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*, 320-333.
- Vázquez, C. (2006a). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, *27*, 1-2.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S (USA) y del 11M (Madrid): Mitos y realidades. [Stress reactions of the general population after the terrorist attacks of 9/11 (USA) and 3/11 (Madrid, Spain): Myths and realities]. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology*, *1*, 9-25. (http://www.us.es/apcs/doc/APCS_1_esp_9-25.pdf).
- Vázquez, C. (2006b). Ciencias cognitivas y psicoterapias cognitivas: Una alianza problemática. *Revista de Psicoterapia*, 43-63.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 231-254.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2007, en prensa). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (dir.), *Las emociones positivas*. Madrid.
- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 313-328.
- Vázquez, C., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador-Carulla, A. Cano y J.R. Cabo (dirs.), *Longevidad: Un tratado integral sobre promoción de la salud en la segunda mitad de la vida* (pp. 752-761). Madrid: Panamericana.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. y Nieto-Moreno, M. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 89-114). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Jiménez, F., Saura, F. y Avia, M. D. (2001). The importance of «importance»: A longitudinal confirmation of the attributional-stress model of depression measuring the importance of the attributions and the impact of the stressor. *Personality and Individual Differences*, *31*, 205-214.
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J. P. Espada, J. Olivares, J. y F. X. Méndez (dirs.), *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 201-231). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Pérez, P., and Matt, G. (2006). Post-Traumatic stress reactions following the Madrid March 11 terrorist attacks: Epidemiological effects of exposure and use of multiple diagnostic criteria in a Madrid community sample. *Spanish Journal of Psychology*, *9*, 161-174.

- Watson, D. y Tellegen, A. (1999). Issues in the dimensional structure of affect-Effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll (1999). *Psychological Bulletin*, 125, 601-610.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Wood, J. V., Heimpel, S. A. y Michela, J. L. (2003). Savoring versus dampening: Self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 566-580.