

**Carmelo Vázquez
Gonzalo Hervás (Eds.)**



PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA

2ª Edición



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

CARMELO VÁZQUEZ Y GONZALO HERVÁS
(EDS.)

PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA

2ª edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

PARTE I: INTERVENCIONES POSITIVAS: UN MARCO CONCEPTUAL

1. Salud positiva: Del síntoma al bienestar. 17
Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás
2. Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar 41
Gonzalo Hervás, Álvaro Sánchez y Carmelo Vázquez

PARTE II: INTERVENCIONES CLÍNICAS POSITIVAS

3. La perspectiva de la potenciación en la intervención psicológica. 75
Miguel Costa y Ernesto López
4. Aplicaciones clínicas de la Terapia del Bienestar 101
Carmen Berrocal, Chiara Ruini y Giovanni A. Fava
5. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad. 129
Cristina Botella, Rosa María Baños y Verónica Guillén

6. Psicoterapia positiva en situaciones adversas 155
Pau Pérez-Sales
7. Contribuciones de la Psicología Positiva al ámbito de la
Psicología de la Salud y Medicina Conductual 191
Eduardo Remor

**PARTE III:
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y EDUCATIVAS**

8. La personalidad resistente: Promoviendo el crecimiento ante
condiciones de estrés 217
Salvatore Maddi y María Luisa Martínez
9. Del trauma a la felicidad: Pautas para la intervención 237
Darío Páez, Miryam Campos y M. Ángeles Bilbao
10. Programa de promoción del desarrollo personal y social:
la prevención del malestar y la violencia 263
*Félix López, Eugenio Carpintero, Amaia del Campo,
Sonia Soriano y Susana Lázaro*
11. Tomarse el humor en serio. Aplicaciones positivas de la risa
y el humor 283
Eduardo Jáuregui
12. Programa VIP: Hacia una Psicología Positiva aplicada. 311
Helena Águeda Marujo y Luis Miguel Neto

**PARTE IV:
APLICACIONES POSITIVAS EN PERSONAS MAYORES**

13. Memoria autobiográfica, revisión de vida y emociones
positivas en la vejez 339
*José Miguel Latorre, Juan Pedro Serrano, Laura Ros,
María José Aguilar, y Beatriz Navarro*

14. El bienestar de los mayores 371
Rocío Fernández-Ballesteros

PARTE V:

APLICACIONES POSITIVAS EN ORGANIZACIONES

15. Organizaciones saludables: Una aproximación desde la
Psicología Positiva 403
Marisa Salanova
16. Gestión positiva de los recursos humanos: Aplicaciones de la
Psicología Positiva a lo largo del ciclo vital del trabajador . . . 429
Nicky Page, Reena Govindji, Dominic Carter y P. Alex Linley
- Bibliografía 459

Autores

María José Aguilar

Departamento de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Castilla-La Mancha

Rosa María Baños

Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

Carmen Berrocal

Departamento de Psiquiatría, Neurobiología, Farmacología y Biotecnología, Universidad de Pisa (Italia)

M^a Ángeles Bilbao

Universidad Católica de Santiago de Chile

Cristina Botella

Facultad de Psicología, Universidad Jaume I, Castellón

Amaia del Campo

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

Miryam Campos

Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco

Miguel Costa

Ayuntamiento de Madrid y Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

Eugenio Carpintero

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

Dominic Carter

Centre for Applied Positive Psychology (Reino Unido)

Giovanni A. Fava

Departamento de Psicología, Universidad de Bolonia (Italia)

Rocío Fernández-Ballesteros

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

Reena Govindji

Centre for Applied Positive Psychology (Reino Unido)

Verónica Guillén

Centro Clínico PREVI, Valencia

Gonzalo Hervás

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Eduardo Jáuregui

Universidad de Saint Louis (Campus de Madrid)

José Miguel Latorre

Departamento de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Castilla-La Mancha

Susana Lázaro

Facultad de Educación, Universidad de Cantabria

P. Alex Linley

Centre for Applied Positive Psychology (Reino Unido)

Ernesto López

Ayuntamiento de Madrid

Félix López

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

Salvatore Maddi

Universidad de California, Irvine (EE.UU.)

María Luisa Martínez

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Helena Águeda Marujo

Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Lisboa (Portugal)

Beatriz Navarro

Departamento de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Castilla-La Mancha

Luis Miguel Neto

Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Lisboa (Portugal)

Darío Páez

Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco

Nicky Page

Centre for Applied Positive Psychology (Reino Unido)

Pau Pérez-Sales

Hospital Universitario La Paz de Madrid y Grupo de Acción Comunitaria (GAC)

Eduardo Remor

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

Laura Ros

Departamento de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Castilla-La Mancha

Chiara Ruini

Departamento de Psicología, Universidad de Bolonia (Italia)

Marisa Salanova.

Facultad de Psicología, Equipo de Investigación WONT, Universidad Jaume I

Álvaro Sánchez

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Juan Pedro Serrano

Departamento de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Castilla-La Mancha

Sonia Soriano

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

Carmelo Vázquez

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

I INTERVENCIONES POSITIVAS: UN MARCO CONCEPTUAL

1

Salud positiva: del síntoma al bienestar

Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás

Facultad de Psicología

Universidad Complutense

1. Introducción
2. Salud mental positiva
3. Modelos psicológicos del bienestar
 - 3.1. *Modelo de Jahoda*
 - 3.2. *La teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan*
 - 3.3. *Modelo del Bienestar Psicológico de Ryff*
 - 3.4. *Modelo de Bienestar y Salud Mental de Keyes*
 - 3.5. *Modelo de las tres vías de Seligman*
4. Los límites de las intervenciones en el bienestar psicológico
5. Conclusiones

1. Introducción

El interés por desarrollar intervenciones que promuevan el bienestar de las personas no es nuevo. Cualquier intervención psicológica (pero también médica, política, social, o tecnológica incluso) probablemente tiene el interés implícito de mejorar la vida de la gente. Alcanzar y mantener una buena vida puede convertirse en un objetivo profesional legítimo y éticamente deseable entre otras razones porque ése es un objetivo común de la humanidad. No hay nada extraño ni artificial en intentar conseguir que el máximo número de personas disfruten de una buena vida porque ésta es una meta latente en prácticamente cualquier individuo.

Por una serie de razones que tienen que ver con la sociología de la ciencia y con el propio desarrollo profesional de las disciplinas científicas, históricamente el foco de las intervenciones en áreas como la salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento, y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2009a). Pero este objetivo es algo que también ha de competir a los científicos y a todos quienes crean que es posible mejorar la condición humana o, al menos, las condiciones en las que viven los humanos.

En el campo específico de la salud, este objetivo –más centrado en el desarrollo y optimización de los recursos personales y colectivos– ya se hizo explícito en los trabajos constitutivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de la II Guerra Mundial. En una histórica declaración de intenciones, en el preámbulo de los primeros estatutos oficiales de la OMS se afirmaba que:

“la salud es un estado completo de *bienestar* físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía” (WHO, 1948).

Esta definición de algún modo contemplaba la posibilidad de diferenciar entre salud negativa y positiva y su enfoque invita a una reflexión que resulta aún hoy radicalmente necesaria. De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, definió la salud como “el mejor estado posible dentro de las condiciones exis-

tentes”. La OMS no ha perdido interés en este concepto y aparece reiteradamente en muchos de sus documentos oficiales. Por ejemplo, en 1986 se efectuó en Ottawa la primera reunión oficial de la OMS sobre promoción de la salud, y en la declaración final se concluyó que:

“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como la capacidades físicas”. (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

Este interés conceptual de la OMS por acotar de un modo completo e integral el concepto de salud ha tenido algunos desarrollos recientes. En esta dirección, una de las vías más interesantes es el esfuerzo de la propia organización por operativizar el concepto de *calidad de vida* y en desarrollar instrumentos de medida de este concepto (WHOQOL Group, 1994), más centrado en el análisis de los componentes que promueven la salud, pero que sin duda ilustra esta necesidad sentida por el más alto organismo internacional dedicado a la salud humana¹.

La definición de salud de la OMS en 1948 resultaba visionaria, aunque quizás utópica (Vázquez, 1990) y, sobre todo, prematura pues en ese momento no se disponía de instrumentos de medida ni, lo que es más importante, de un reconocimiento generalizado entre los profesionales y la ciudadanía de la necesidad de incorporar esa idea tan renovadora de los conceptos de salud y enfermedad. De cualquier modo, exponía de un modo tan acertado como atrevido la insuficien-

1. Desde 1985 la OMS ha venido trabajando en este proyecto sobre la evaluación de la calidad de vida en contextos asistenciales en el que participan 25 centros de todo el mundo (Orley y Saxena, 1998). La definición consensuada de calidad de vida es básicamente subjetiva y consiste en “El modo en que la persona percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello incorporando, de modo complejo, la salud física de la persona, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales” (WHOQOL Group, 1994, pág. 28).

cia de las definiciones habituales de la salud. Tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos sino en disfrutar de una serie de capacidades y recursos que permitan resistir adversidades (Almedom y Glandon, 2007) y crear las condiciones que permitan el máximo desarrollo posible del individuo. En esa misma dirección, Antonovsky (1987) desarrolló su conocida “teoría salutógena humana” según la cual es necesario reconocer que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad sino a la salud positiva y, por lo tanto, a la investigación sobre los factores patógenos causantes de la enfermedad, hay que añadir la investigación sobre los *factores salutógenos* que causan o mantienen la salud positiva – véase también Avia y Vázquez (1998, Capt. 5).

Desgraciadamente, el término de “salud” se ha convertido en este tiempo más en un eslogan o, en el caso específico de la “salud mental”, en un modo eficaz de reducir el estigma asociado al concepto de “enfermedad mental”. Hablar de “salud mental” forma parte ya de un lenguaje políticamente correcto pero quizás vacío de contenidos. Al igual que existen Ministerios de Defensa que ocultan bajo ese nombre más benigno lo que son ancestrales organizaciones para la guerra, existen Ministerios de Sanidad cuyo objetivo es más el combate de enfermedades que la promoción de la salud. El término de salud física y mental goza de una merecida popularidad pero las prácticas que esconden bajo ese rótulo siguen siendo tradicionales: tanto la Psicología como la Medicina aún centran su intervención primaria en problemas emergentes más que en prácticas preventivas y de promoción de salud. Su objetivo suele ser reducir el dolor y la incapacidad más que promover el bienestar de la gente y desarrollar aquellas capacidades que permitan su crecimiento. Es necesario fomentar una mayor sensibilidad entre los profesionales para que acentúen en la medida de lo posible sus prácticas de evaluación e intervención en esta dirección (Hopper, 2007).

Hay suficientes razones teóricas y empíricas para pensar que el afecto negativo y el positivo, el malestar y el bienestar o, aún de modo más general, la enfermedad y la salud, son relativamen-

te independientes (Vázquez y Hervás, 2009; Keyes y Waterman, 2003) y exigen métodos de medida y estrategias de intervención específicos. Por ejemplo, en un estudio con una muestra representativa nacional de EE.UU., Keyes (2005) ha demostrado que diferentes medidas de bienestar (psicológico, social y emocional) son independientes, aunque correlacionadas, a las medidas de trastornos mentales (depresión mayor, ansiedad generalizada, pánico y dependencia de alcohol). Una de las consecuencias de estos hallazgos es que se pueden reducir eficazmente los problemas clínicos o síntomas de una persona (para lo que se han desarrollado métodos muy eficaces en las últimas décadas) pero eso no conlleva necesariamente una mejora significativa de sus vidas. Este relativo olvido sobre las prácticas eficaces que mejoran el bienestar psicológico de los seres humanos (tengan problemas o no) ya no es aplazable y debe convertirse en un objetivo irrenunciable (Seligman, 1998). Un reconocido investigador psiquiatra recientemente afirmaba que “la Psiquiatría ha fracasado en mejorar los niveles medios de felicidad y bienestar de la población general a pesar del ingente gasto en psicofármacos y manuales de psicoterapia” (Cloninger, 2006, p.71). Aunque el objetivo de la Psiquiatría es explícitamente el de combatir trastornos mentales, no cabe duda de que, en definitiva, promover “buenas vidas” es un formidable reto para cualquier disciplina. Autores clásicos como Freud han sido muy pesimistas al respecto como en la cita que reproducimos a continuación:

“Repetidamente he oído expresar a mis enfermos, cuando les prometía ayuda o alivio por medio de la cura catártica, la objeción siguiente:

–Usted mismo me ha dicho que mi padecimiento depende probablemente de mi destino y circunstancias personales. ¿Cómo, no pudiendo usted cambiar nada de ello, va a curarme?

A esta objeción he podido contestar:

–No dudo que para el Destino sería más fácil que para mí curarla, pero ya se convencerá usted de que adelantamos mucho si conseguimos transformar su miseria histérica en un infortunio corriente.” (Freud, 1895 p. 168).

2. Salud mental positiva

La salud mental es obviamente algo más que la ausencia de trastornos mentales. Como parte de un esfuerzo pionero que viene realizando el gobierno escocés en los últimos años por introducir estos conceptos en las prácticas clínicas de su país, se define la salud mental como:

“la resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y de los demás”. Scottish Executive (2005).

Aunque hay dificultades para definir el concepto de salud mental en términos positivos (al igual que la definición de cualquier otro concepto abierto), no cabe duda de que la aproximación de la denominada *salud mental positiva* tiene en cuenta aspectos que han sido relativamente descuidados en la práctica y en la investigación. Una definición de salud mental en éstos o parecidos términos supone un desafío para la idea tan extendida de que la salud mental es lo opuesto al trastorno mental. La salud mental implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general, un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero también supone disponer de recursos para afrontar adversidades y, aún más importante, para desarrollarnos como seres humanos. Todo esto va más allá de lo que un enfoque basado en el déficit puede ofrecer (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007).

Empleando conceptos tradicionales quizás pueda pensarse que la salud mental positiva se restringe al ámbito de la prevención de enfermedades y de promoción de la salud, no teniendo tanto que ver en el tratamiento y la rehabilitación. Sin embargo, creemos que no es así. Una concepción positiva de la salud es transversal a todos estos momentos de la intervención. Aunque la prevención de problemas y, sobre todo, la promoción de salud evidentemente se centran más en aspectos positivos (capacidades, hábitos saludables,

recursos, etc.), nuestro modo de enfocar las intervenciones clínicas en Psicología probablemente también se transformará empleando esta nueva perspectiva. Si estar bien no es sólo dejar de estar mal, necesitaremos desarrollar y utilizar nuevas aproximaciones y estrategias para lograr ese objetivo deseable (Keyes y López, 2002; Costa y López, 2006).

3. Modelos psicológicos del bienestar

El objetivo de la psicología positiva ha sido dar un impulso al estudio de lo positivo, que hasta hace pocos años era muy escaso. El signo más claro que revela este abandono del estudio de lo positivo es la escasez de modelos sobre el bienestar humano.

De la misma forma, el apoyo empírico recogido por algunos modelos está aún en su fase inicial por lo que en los próximos años se deberían producir avances relevantes teóricos y prácticos relacionados con estas nuevas aproximaciones.

3.1. Modelo de Jahoda

El concepto de salud mental positiva tiene su más claro antecedente en el trabajo de Maria Jahoda (1958), encargada de preparar un informe sobre el concepto de salud mental por la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental). De ahí surgió su imprescindible libro en el que ofrecía una propuesta de salud mental positiva derivada de su propia perspectiva y la de otros expertos participantes².

Aunque el enfoque de Jahoda se centra en la salud mental del individuo, asume la necesidad de tener en cuenta aspectos de salud física y aspectos sociales, aunque su aproximación no haga desarrollos específicos en este sentido. En cualquier caso, plantea que tener una

2. Esta comisión tuvo una importancia capital en el desarrollo del informe *Action for Mental Health* que inspiró las reformas psiquiátricas en EE.UU. en los años 70 y en otros países occidentales en adelante (Vázquez, 1990).

buena salud física es una condición necesaria aunque no suficiente para tener una buena salud mental.

Uno de los aspectos interesantes del modelo de Jahoda es que expuso una serie de criterios (más racionales y teóricos que derivados de investigaciones empíricas) que podrían caracterizar un estado de salud mental positiva. Estos criterios serían aplicables tanto a pacientes con trastornos mentales como a personas sanas. En definitiva, la propuesta de Jahoda intenta dar respuesta a la pregunta crítica de cuáles son los componentes de la salud mental positiva. Según esta autora existirían seis criterios fundamentales y una serie de subdominios relacionados (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la salud mental positiva según Jahoda (1958)

CRITERIOS	DIMENSIONES
<i>1: Actitudes hacia sí mismo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad del yo a la conciencia - Concordancia yo real-yo ideal - Sentimientos hacia uno mismo (Autoestima) - Sentido de identidad (<i>Sense of identity</i>)
<i>2: Crecimiento, desarrollo y autoactualización</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación general hacia la vida - Implicación en la vida
<i>3: Integración</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio de las fuerzas psíquicas (equilibrio entre el ello, el yo y el superyó o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconcientes e inconscientes). - Visión integral de la vida - Resistencia al estrés
<i>4: Autonomía</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregulación - Conducta independiente
<i>5: Percepción de la realidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción no distorsionada - Empatía o sensibilidad social
<i>6: Control ambiental</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de amar - Adecuación en el amor, el trabajo y el juego - Adecuación en las relaciones interpersonales - Eficiencia en el manejo de demandas situacionales - Capacidad de adaptación y ajuste - Eficiencia en resolución de problemas

El interés del modelo de Jahoda radica en que hizo una propuesta detallada sobre las dimensiones o variables que cubrirían esos seis criterios. Además, planteaba la necesidad de emplear diversas estrategias de medida³ y, lo que fue quizás más audaz para su época, sugirió diferentes vías sobre el tipo de diseños que la investigación futura debería acometer para la validación del modelo y los pasos futuros a dar. En cualquier caso, éste fue un punto de partida que prácticamente quedó en el olvido hasta hace pocos años y, con alguna excepción (Lluch, 1999), no fue apenas motivo de investigación y desarrollo teórico.

3.2. La teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan

El movimiento humanista que emergió hace medio siglo propugnaba la atención a la riqueza del ser humano, y el estudio de sus elementos positivos frente a las dos teorías reinantes en ese momento: el conductismo y el psicoanálisis. Aunque autores como Carl Rogers realizaron un importante esfuerzo para validar sus propuestas –sobre todo en el campo de la psicoterapia– muchos de los principios de su teoría de personalidad no fueron abordados desde un punto de vista empírico. Algo parecido sucedió con las propuestas de Abraham Maslow, otro de las cabezas más visibles del movimiento y presidente de la APA en aquella época.

Desde hace algunos años un grupo de investigadores ha desarrollado un intenso programa de investigación para evaluar algunas de las propuestas que dejó el movimiento humanista. Con un sólido apoyo empírico, los autores Edward Deci y Richard Ryan han desarrollado su propia teoría basada en los principios humanistas: La teoría de la autodeterminación. Sus planteamientos se basan en una de las premisas básicas del humanismo: el bienestar es fundamentalmente la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo (Rogers, 1963), y no tanto de la frecuencia de experiencias placenteras.

3. Los métodos propuestos por Jahoda comprenden desde la autodescripción hasta la observación conductual e incluso ¡la descripción del sujeto por parte del psicoanalista que conozca íntimamente a la persona! e incluye procedimientos tanto transversales como longitudinales.