

VIABILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA POSITIVA PARA SÍNTOMAS DEPRESIVOS. UNA SERIE DE CASOS

FEASIBILITY OF A POSITIVE CLINICAL PSYCHOLOGY INTERVENTION FOR DEPRESSIVE SYMPTOMS. A SERIES OF CASES

Adriana Mira¹, Ángel Enrique¹, Amanda Díaz-García¹,
Iryna Rachyla¹, Alberto González-Robles¹,
Juana Bretón-López^{1,2} y Cristina Botella^{1,2}

Resumen

Introducción: Tradicionalmente, los tratamientos basados en la evidencia para la depresión se han centrado en los síntomas clínicos. La combinación de estrategias de psicología positiva y los enfoques tradicionales han recibido poca atención empírica en el ámbito clínico. *Objetivo:* El desarrollo e implementación de un protocolo basado en la psicología clínica positiva para síntomas depresivos. *Método:* El protocolo fue aplicado en 5 pacientes con síntomas depresivos. La depresión, la ansiedad, el afecto y la orientación al disfrute se evaluaron antes, después del tratamiento, y a los 3 meses de seguimiento. También se evaluó la opinión sobre este programa. *Resultados:* La intervención fue viable, no sólo para la reducción de depresión, la ansiedad y el afecto negativo, sino también en el aumento del afecto positivo y la orientación al disfrute. *Conclusiones:* Es importante continuar con el desarrollo de intervenciones centradas tanto en los aspectos negativos como positivos del funcionamiento humano.

Palabras clave: Terapia cognitivo-conductual, síntomas depresivos, tratamientos manualizados, psicología clínica positiva, bienestar.

Abstract

Introduction: Traditionally, evidence-based treatments for depression have focused on clinical symptoms. The combination of positive psychological strategies and traditional approaches has received little empirical attention in clinical settings. *Objective:* The development and implementation of a positive clinical psychology protocol for depressive symptoms. *Method:* The protocol was applied in five depressed patients. Depression, anxiety, affect and orientation towards enjoyment were measured at pre-, post-treatment, and at 3-month follow-up. Opinion on the program was also assessed. *Results:* The intervention was feasible, not only for reducing depression, anxiety and negative affect, but also for increasing positive affect and orientation towards enjoyment. *Conclusions:* It is important to continue to investigate the development of interventions focusing on both negative and positive aspects of human functioning.

Key words: Cognitive-behavioral therapy, depressive symptoms, positive clinical psychology, well-being.

Recibido: 03-05-17 / Aceptado: 15-12-17

INTRODUCCIÓN

Se estima que la depresión es la segunda causa de discapacidad en el mundo (Ferrari et al., 2013; Haro et al., 2014) y tiene altos costos personales, sociales y económicos (Cuijpers, Beekman y Reynolds,

2012). Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de la depresión deberían ser una prioridad en la salud mundial (Cuijpers, Beekman y Reynolds, 2012; Bentley, Gallagher, Carl y Barlow, 2014).

Actualmente, la depresión se puede tratar de forma efectiva con psicoterapia (especialmente terapia cognitivo conductual), intervenciones farmacológicas o una combinación de ambas (Cuijpers, van Straten, Andersson, y van Oppen, 2008; Cuijpers, Beekman y Reynolds, 2012). Además, la

¹Universitat Jaume I, Castellón, España. ²Instituto de Salud Carlos III, Santiago de Compostela, España.
E-Mail: miraa@uji.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVII p.p. 381-392
© 2018 Fundación AIGLÉ.

prevención de la depresión parece factible y puede ser una forma efectiva de retrasar o prevenir el inicio de los trastornos depresivos (van Zoonen et al., 2014). Sin embargo, hasta hace poco, estas intervenciones basadas en la evidencia (terapia cognitivo-conductual, terapia conductual y terapia interpersonal) se centraban en los síntomas clínicos y en la reducción de las emociones negativas (Nathan y Gorman, 2016). Siguiendo la definición de salud mental (1946) de la OMS, la salud es más que solo la ausencia de enfermedad mental. Se ha definido como *"un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad ..."* (OMS, 2014, p.1). La salud mental también implica expectativas positivas sobre el futuro, formas adaptativas de interpretar la realidad y estados emocionales positivos (Edmondson y MacLeod, 2014). Además, la prevención también debe incluir la promoción y el desarrollo de las fortalezas del individuo al fomentar las variables protectoras que lo empoderan, actuando como barreras y escudos que reducirían la vulnerabilidad a sufrir trastornos mentales (OMS, 2004). Por lo tanto, es necesario desarrollar intervenciones psicológicas para la depresión que no solo se centren en los déficits y la incomodidad, sino que también busquen mejorar las fortalezas de las personas y la promoción del bienestar (Vázquez y Hervás, 2008).

En este sentido, el marco de la psicología positiva (PP) surge como un complemento necesario del enfoque de Terapia Cognitiva Conductual (TCC) (Park, Peterson & Sun, 2013). Los meta-análisis han demostrado que las intervenciones psicológicas positivas (IPP) funcionan y que son efectivas para mejorar las medidas de bienestar y reducir los síntomas depresivos en el público en general y en individuos con problemas psicosociales específicos (Bolier et al., 2013; Sin y Lyubomirsky, 2009).

En el entorno clínico, la inclusión de IPP como componente de tratamiento ha recibido poca atención empírica. Se ha sugerido que las IPP podrían ayudar a mejorar las tasas de recuperación de problemas psicológicos como la depresión, la reducción de sus efectos residuales y la prevención de recaídas (Fava et al., 2005; Vázquez y Hervás, 2006). Por lo tanto, algunos autores afirman que es importante lograr una integración entre las disciplinas de la psicología clínica y la PP (Johnson y Wood, 2015; Maddux, 2008; Rashid, 2009; Wood y Tarrier, 2010). Estos autores han sugerido el término "Psicología Clínica Positiva" y argumentan que los constructos estudiados por psicólogos positivos (esperanza, optimismo, etc.) son importantes porque pueden interactuar con los factores de riesgo para predecir los resultados, produciendo una

mayor capacidad de recuperación. Cabe señalar que la PP surgió con fines de apoyo, y no para reemplazar lo que sabemos sobre el sufrimiento, la debilidad y los trastornos psicológicos (Johnson y Wood, 2015; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005; Vázquez y Hervás, 2008). Sin embargo, la literatura incluye pocos estudios con intervenciones que integran la PP y la psicología clínica tradicional (Bolier et al., 2012; Meyer et al., 2009).

Teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar intervenciones clínicas positivas que integren los componentes de la TCC y la PP, el presente estudio está diseñado para presentar el desarrollo de un protocolo de psicología clínica positiva, individualizado, manualizado de 8 semanas para el tratamiento de los síntomas depresivos. Además, presentamos datos de viabilidad para este protocolo en una serie de casos, y discutimos los beneficios potenciales de esta intervención de psicología clínica positiva, centrándonos en las características específicas de cada paciente. Estos hallazgos pueden ayudar a guiar las estrategias de intervención para mejorar la depresión y mejorar el bienestar en entornos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODO

Participantes

La descripción de cada paciente y sus puntajes en las medidas previas al tratamiento se muestran en la Tabla 1. Cinco personas (3 mujeres y 2 hombres) participaron en el estudio de los que buscaron ayuda en la Clínica de Trastornos Emocionales en la Universidad Jaume I. La edad promedio fue de 30,8 años (SD = 8,95), que oscila entre 23 y 46 años. Un participante era soltero, cuatro estaban casados y uno estaba divorciado. Cuatro participantes eran estudiantes universitarios o ya habían terminado sus estudios universitarios, y un participante tenía estudios básicos. Con respecto al diagnóstico, tres participantes cumplieron los criterios del DSM-IV para la depresión, y dos padecían síntomas depresivos.

El diagnóstico fue realizado por estudiantes de doctorado entrenados en la aplicación del MINI y supervisados por clínicos expertos. Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18-65 años; voluntad de participar en el estudio; y tener síntomas depresivos (de mínimo a severo según el BDI-II). Los criterios de exclusión considerados fueron: actualmente reciben tratamiento psicológico o han recibido otro tratamiento psicológico en el último año; tener un trastorno mental grave del Eje I: abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias, trastorno psicótico o demencia; y la presencia de una ideación o plan suicida (evaluado por el ítem 9 del BDI-II). Se les pidió a todos los pacientes que firmaran un consentimiento informado.

Table 1. Resumen de casos individuales

Caso (edad) género	Diagnóstico	Instrumentos	Puntajes pre-tratamiento	Antecedentes
P1 (25) femenino	Depresión	BDI-II	22	P1 era una estudiante graduada. Ella describió sentimientos persistentes de indiferencia, vacío e inutilidad. La paciente informó frecuentes pensamientos negativos acerca de sí misma (por ejemplo, "No vales nada") y del futuro (por ejemplo, "Nunca encontrarás trabajo"). Además, debido a las dificultades de concentración, así como a la pérdida de interés y motivación, estaba descuidando sus estudios. Aunque esta situación agravó su angustia emocional y su pensamiento negativo, mantuvo sus relaciones sociales y sus actividades diarias.
		OASIS	7	
		PANAS+	17	
		PANAS-	28	
P2 (46) masculino	Depresión	BDI-II	34	P2 era panadero Informó de mal humor y malestar continuo en casi todas las situaciones. Se sintió muy irritable, y esto le causó enfrentamientos con su familia. Explicó que no disfrutaba nada de lo que hacía. Estaba desanimado, con pocos deseos de levantarse, y sin esperanza de nada. En sus peores momentos, llegó a pensar que la vida no valía la pena. Él veía el futuro con desesperanza, se sentía inseguro y preocupado por el trabajo.
		OASIS	9	
		PANAS+	22	
P3 (27) femenino	Depresión	PANAS-	27	P3 era un estudiante de pregrado. Describió el estado de ánimo bajo, la pérdida de motivación, la falta de energía y los profundos sentimientos de fracaso (por ejemplo, "No puedo hacer nada", "Me siento abrumado", "No he progresado en mi vida") en el en los últimos meses. También informó falta de interés en hacer cosas, cansancio y pensamientos negativos (por ejemplo, "nunca saldré de este agujero", "todo irá mal"). Los sentimientos de ansiedad surgieron con frecuencia, especialmente en situaciones inesperadas. Informó que no podía enfrentar nuevas situaciones y sentirse aún más incompetente.
		BDI-II	42	
		OASIS	15	
P4 (23) masculino	Síntomas Depresivos	PANAS+	15	P4 era un estudiante. Su principal queja era la alta labilidad emocional, con síntomas depresivos y una pronunciada reducción del interés por las cosas que solía disfrutar. Además, se refirió a los síntomas somáticos, como dolores de cabeza e inquietud persistente. Informó que pasó el día durmiendo y pensando en sus problemas. Este patrón de funcionamiento se convirtió en una gran debilidad e incapacidad para participar en sus estudios.
		PANAS-	36	
		BDI-II	22	
P5 (31) femenino	Síntomas Depresivos	OASIS	8	P5 era un estudiante de pregrado. Informó ánimo caído, síntomas somáticos (dolor de estómago y náuseas), baja autoestima y problemas para sobrellevar la situación. Además, ella había sufrido la pérdida de parientes importantes en su vida (padres y tío). Por lo tanto, tuvo dificultades para llevar a cabo sus actividades diarias y dejó de hacer cosas que le gustaban (por ejemplo, leer o escribir en su blog).
		PANAS+	29	
		PANAS-	13	
P5 (31) femenino	Síntomas Depresivos	BDI-II	14	P5 era un estudiante de pregrado. Informó ánimo caído, síntomas somáticos (dolor de estómago y náuseas), baja autoestima y problemas para sobrellevar la situación. Además, ella había sufrido la pérdida de parientes importantes en su vida (padres y tío). Por lo tanto, tuvo dificultades para llevar a cabo sus actividades diarias y dejó de hacer cosas que le gustaban (por ejemplo, leer o escribir en su blog).
		OASIS	9	
		PANAS+	17	
		PANAS-	24	

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el estudio son:
Entrevista de diagnóstico:

Mini- Entrevista internacional neuropsiquiátrica (MINI) (Sheehan et al., 1997). Es una entrevista psiquiátrica de diagnóstico breve y estructurado que arroja diagnósticos de acuerdo a las claves del DSM-IV y el CIE-10 (Sheehan et al., 1997). La entrevista MINI se puede administrar en un corto período de tiempo, y los entrevistadores clínicos solo reciben capacitación breve. Ha sido traducido y validado en español (Ferrando et al., 1998).

Instrumentos de resultado primarias:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1990). Es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la gravedad de la depresión en ensayos farmacológicos y de psicoterapia. Consiste en 21 ítems sobre los diferentes síntomas que caracterizan el trastorno de depresión mayor, sumados para obtener el puntaje total, que puede arrojar un máximo de 63 puntos. El instrumento ha demos-

trado una buena consistencia interna ($\alpha = 0,76$ a $0,95$). La versión española de este instrumento también mostró una alta consistencia interna ($\alpha = 0,87$) tanto para poblaciones generales como clínicas ($\alpha = 0,89$) (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson, Clark y Tellegen, 1988). El PANAS consta de 20 ítems que evalúan dos dimensiones independientes: afecto positivo (PA) y afecto negativo (NA). El rango para cada escala (10 ítems en cada uno) es de 10 a 50 (Watson et al., 1988). Es una medida de autoinforme breve, confiable y válida, y ha demostrado una excelente validez convergente y divergente (Watson et al., 1988). La versión española ha demostrado una alta consistencia interna ($\alpha = 0,89$ y $0,91$ para PA y NA en mujeres, respectivamente, y $\alpha = 0,87$ y $0,89$ para PA y NA en hombres, respectivamente) en estudiantes universitarios (Sandín et al., 1999).

Medidas de resultados secundarios

Escala Global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad (OASIS) (Norman, Cissell, Means-Chris-

tensen, y Stein, 2006). La OASIS consiste en un cuestionario de 5 ítems, calificado de 0 a 4, que evalúa la frecuencia y la gravedad de los síntomas de ansiedad. El instrumento también proporciona medidas de evitación, así como el deterioro del trabajo, académico, social y de la vida cotidiana relacionado con los síntomas de ansiedad. Un análisis psicométrico de la escala OASIS encontró buena consistencia interna ($\alpha = 0,80$), confiabilidad test-retest ($k = 0,82$) y validez convergente para este instrumento. Traducimos el OASIS al español y comenzamos su proceso de validación. Los datos de validación confirmaron la estructura factorial y los datos de fiabilidad y validez obtenidos por los autores originales (consistencia interna en ambas poblaciones, general y clínica ($\alpha = 0,86$ y fiabilidad test-retest ($k = 0,84$) (Mira et al., 2015).

Enjoyment Orientation Scale (EOS, Hervás y Vázquez, 2006). El EOS es una nueva herramienta relacionada con el sistema de activación del comportamiento, que se cree que regula los motivos apetitivos. El EOS evalúa el grado en que los participantes tratan de ser receptivos y participar en cosas agradables (placer anticipatorio). Contiene 6 elementos que representan diferentes expresiones de este constructo (por ejemplo, "Casi siempre trato de disfrutar cosas nuevas todos los días, sin importar cuán pequeño sea"), calificadas en una escala Likert de 1 ("totalmente en desacuerdo") a 7 ("totalmente de acuerdo") (Hervás, et al., 2009).

Escala de opinión del tratamiento. Este cuestionario está adaptado de Borkovec y Nau (Borkovec y Nau, 1972). El contenido de los cinco ítems, calificados en una escala de 0 a 10, cubre cuán lógico pare-

cía el tratamiento, en qué medida podría satisfacer al paciente, si podría recomendarse a una persona con el mismo problema, si podría usarse para tratar otros problemas psicológicos y su utilidad para el problema del paciente.

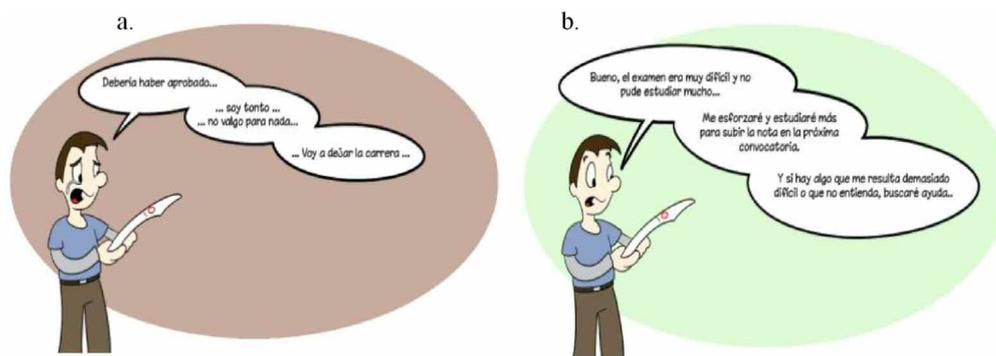
Protocolo de intervención de psicología clínica Terapeutas

Los terapeutas que participaron en el estudio eran psicólogos clínicos (con al menos un título de maestría en psicología clínica o un doctorado) capacitados en terapia cognitivo conductual (TCC). También fueron entrenados para administrar la entrevista de MINI y monitoreados por un supervisor. Los psicólogos clínicos aplicaron la entrevista MINI para establecer el diagnóstico clínico de cada participante bajo la supervisión de dos psicólogos clínicos seniors.

"Manualización" de la intervención

Desarrollamos dos protocolos manuales. En primer lugar, se escribió una guía del terapeuta con suficiente detalle como para proporcionar instrucciones apropiadas para los terapeutas, incluida la explicación de los conceptos y los procedimientos terapéuticos. Estas pautas fueron diseñadas para ayudar a los profesionales de salud mental paso a paso. Además, se preparó un libro de trabajo para los pacientes como una forma de revisar el contenido de la sesión y practicar todo el trabajo realizado. Este manual presenta la explicación de conceptos y técnicas importantes a través de viñetas e imágenes (vea la Figura 1 como ejemplo), para facilitar su comprensión. Asimismo, se solicitó a los pacientes realizar tareas y ejercicios relacionados con el contenido de cada módulo.

Figura 1. Viñetas ilustrativas que muestran formas de adaptación desadaptativas (a) y adaptativas (b)



Traducción de contenido para el elemento (a): "Debería haber pasado ... I Soy estúpido ... No valgo nada I Voy a abandonar la universidad". Traducción de contenido para el elemento (b): "Bueno, el examen fue muy difícil y no pude estudiar lo suficiente ... I Lo intentaré lo mejor posible y estudiaré más para obtener una mejor calificación la próxima vez. I Y si encuentro algo demasiado difícil, buscaré ayuda".

Desarrollo de contenido

La intervención incluye componentes de tratamientos basados en la evidencia para la depresión (Nathan y Gorman, 2016). El protocolo completo

enfatisa la importancia y los beneficios de ser activo y mantenerse involucrado en la vida, los valores y las metas. Le permite al individuo aprender y practicar formas de adaptación para sobrellevar los

síntomas depresivos y enfrentar los problemas diarios. Específicamente, se han adaptado algunos componentes del protocolo unificado de Barlow, a saber, la motivación, la psicoeducación, la terapia cognitiva y la prevención de recaídas (Barlow et al., 2011). Además, el programa incorpora un componente de activación del comportamiento (BA) (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001), y también incluye un

componente de la PP, que ofrece estrategias para promover y mejorar las fortalezas personales, los sentimientos positivos, las cogniciones positivas y el comportamiento positivo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Sin y Lyubomirsky, 2009). Estos componentes terapéuticos se implementan a través de 8 módulos. Cada módulo tiene objetivos específicos (descritos en la Tabla 2).

Tabla 2. Protocolo de Intervención

Modulo/ Componente psicológico	Objetivos	Tareas intersesión
1. Motivación para el cambio/ Motivación	<ul style="list-style-type: none"> • Para analizar las ventajas y desventajas del cambio 	✓ Lea el contenido de este módulo y revise el material incluido
	<ul style="list-style-type: none"> • Para enfatizar la importancia de sentirse motivado 	✓ Complete la tabla de Balance Decisional y refleje los pros y contras del cambio
	<ul style="list-style-type: none"> • Para resaltar la importancia de establecer metas significativas de vida 	✓ Establezca logros vitales significativos y los pasos para alcanzarlos
2. Comprendiendo los problemas emocionales /Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Para proveer información que permita reconocer y comprender problemas emocionales 	✓ Lea el contenido de este modulo y revise todo el material incluido
	<ul style="list-style-type: none"> • Para entender los problemas y las dificultades como parte de la vida, y verlos como una oportunidad para aprender y crecer 	
3. Aprendiendo a avanzar / Activación conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Para enseñar la importancia de 'seguir adelante' para adquirir un nivel adecuado de actividad y participación en la vida, y realizar actividades significativas y satisfactorias vinculadas a sus valores. 	✓ Lea el contenido de este modulo y revise todo el material incluido
	<ul style="list-style-type: none"> • Para entender que el abandono de las actividades, que se produce cuando hay disturbios, no es beneficioso, sino que empeora los problemas. 	✓ Complete el diario de actividades diarias cada día
	<ul style="list-style-type: none"> • Para comprender la importancia de completar un diario de actividades diarias y el nivel de satisfacción con las mismas 	
4. Aprendiendo a ser flexible /Flexibilidad cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Para ser más flexible cognitivamente y poder ver las situaciones de la vida desde diferentes perspectivas 	✓ Lea el contenido de este modulo y revise todo el material incluido
	<ul style="list-style-type: none"> • Para entender la importancia de procesos de adaptación de pensamiento en el mantenimiento de los trastornos emocionales y aprender cómo identificarlos y modificarlos 	✓ Practique la identificación de pensamientos erróneos y la flexibilidad cognitiva
		✓ Complete el diario de actividades diarias cada día
5. Aprendiendo a disfrutar /Psicología positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Para ver la importancia de las emociones positivas en la evolución y en la ampliación de nuestros recursos intelectuales y físicos 	✓ Lea el contenido de este modulo y revise todo el material incluido
	<ul style="list-style-type: none"> • Para enseñar procedimientos que generen experiencias positivas, promuevan la involucración en actividades placenteras y significativas y tener contacto con otros 	✓ Divida la semana entre: días con sonrisa y días sin sonrisa
	<ul style="list-style-type: none"> • Para aprender a disfrutar de las experiencias positivas y "saborear" los aspectos positivos de la vida para incrementar el bienestar 	✓ Busque un momento de disfrute cada día: concéntrese y experimentelo completamente
	<ul style="list-style-type: none"> • Para comprender la importancia de la sonrisa y sus consecuencias positivas 	✓ Saboree las pequeñas cosas de cada día: se convierte en un hábito
		✓ Complete el diario de actividades diarias cada día

6. Aprendiendo a vivir / Psicología positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Para aprender la diferente entre experiencias positivas, que representan meros momentos de placer momentáneo y alcanzar el bienestar psicológico • Para comprender la importancia de identificar las fortalezas psicológicas individuales y llevar adelante actividades significativas vinculadas a los valores y objetivos vitales • Para entender el concepto de fluir y la importancia de realizar actividades de esta manera • Para comenzar a vivir una vida significativa y valiosa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lea el contenido de este modulo y revise todo el material incluido ✓ Seleccione y registre actividades vinculadas a valores y áreas significativas de la vida (comienzo fácil) ✓ Focalícese en presente y capture los buenos momentos (registro) ✓ Complete el diario de actividades diarias cada día
7. Vivir y aprender / Psicología positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Para desarrollar un plan de acción que aumente las fortalezas psicológicas individuales y comenzar a trabajar para la vida y el futuro • Para comprender que la vida es un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento personal • Para aprender estrategias para fomentar las fortalezas e identificar y capturar momentos de bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lea el contenido de este modulo y revise todo el material incluido ✓ Gratitud: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3 ventajas: Registre una vez por día tres cosas por las que está agradecido y por qué. Re-lealas y experimente la emoción cada noche ✓ Su mejor recuerdo: Recuerde algo positivo y gratificante. Agradezca por tenerlo ✓ Visita de gratitud: Una carta de agradecimiento para alguien. Experimente el sentimiento compartido con otra persona ✓ Poder expresar gratitud: Piense en una persona a la que le quiere agradecer (ej: un regalo, un beso, un abrazo, etc) ✓ Curiosidad: Busque actividades y temas que le resulten muy interesantes ✓ Esperanza: Aliente el optimismo y el afecto positivo escribiendo una breve historia acerca de su futuro ideal ✓ Dedique 5 minutos cada noche a visualizarlo ✓ Complete el diario de actividades diarias cada día
8. De ahora en adelante, qué más...? / Psicología positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender que la finalización del programa es el comienzo del camino para cada uno e invitarlos a pensar acerca de cómo les gustaría que sea su futuro y su vida, siguiendo el lema: cada mañana, comienza un nuevo día lleno de posibilidades para ti • Fortalecer las estrategias aprendidas durante el programa, agendando la práctica futura y enseñanza a identificar y afrontar futuras situaciones de riesgo elevado 	<p>Sintetizando lo que ha aprendido en cada módulo</p> <p>Llevando adelante el ejercicio: ¿qué objetivos quisiera alcanzar?</p> <p>Elegir un lema de vida positivo, basado en diferentes heurísticas, por ejemplo: la persona más rica es aquella que sabe disfrutar de los más grandes placeres sin gastar ni un centavo</p>

Dispositivo y contexto

Las sesiones personales individuales se llevaron a cabo en la Clínica de Trastornos Emocionales de la Universidad Jaume I. Las sesiones tomaron de 60 a 90 minutos por semana durante un período de 8 semanas. Sin embargo, podía extenderse a 12 semanas, dependiendo de qué tan rápido los participantes entendieran y aplicaran las tareas y habilidades específicas. Además, todos los terapeutas fueron monitoreados por supervisores clínicos que aseguraron la correcta aplicación del protocolo de intervención y resolvieron las dudas que pudieran tener los terapeutas.

Formato de sesión

La estructura de las sesiones siguió un formato similar cada vez. Al principio, el terapeuta comenzó haciendo preguntas relacionadas con la sesión anterior para averiguar si

el paciente comprendía e integraba el contenido de cada módulo o si había dudas para resolver. Si los pacientes tenían dificultades para completar cualquiera de las tareas, se les ayudaba y animaba a seguir haciéndolo. Después de eso, se explicaron los contenidos del módulo correspondiente. Finalmente, al final de cada sesión, se asignaron las tareas y se les dio a los pacientes el módulo específico del libro de trabajo para su revisión. Las consignas de las tareas fueron muy recomendadas para consolidar todo lo aprendido en la sesión. Al comienzo de la siguiente sesión, se les preguntó a los pacientes si tenían dudas, preguntas o cualquier cosa para discutir para resolverlo.

Diseño

Se empleó un diseño longitudinal para explorar las posibles diferencias en las medidas de resultado después de un

programa de intervención de 8 semanas, comparando estas puntuaciones con la evaluación previa y en el seguimiento a los tres meses. Además, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Jaume I.

Procedimiento

Los cinco pacientes buscaron ayuda para su ánimo caído en la Clínica de Trastornos Emocionales en la Universidad Jaume I. Todos los participantes se sometieron a una evaluación de detección; aquellos que cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión fueron informados sobre el protocolo de tratamiento y luego se les solicitó que firmaran un formulario de consentimiento. A continuación, los participantes completaron la evaluación previa al tratamiento (las escalas anteriormente explicadas en la sección de Instrumentos, a excepción de la escala de Opinión del tratamiento), y se aplicó el protocolo de tratamiento. Finalmente, todos los participantes fueron evaluados nuevamente después del tratamiento, con las mismas medidas más escala de Opinión del tratamiento, para evaluar la satisfacción con el tratamiento.

Análisis de los datos

Se presentan los datos primarios y secundarios brutos de cada participante. Las estadísticas descriptivas (medias y desviaciones estándar) se obtuvieron a través del software SPSS versión 22.0. Para estimar la magnitud de la intervención, se calcularon los tamaños del efecto (*d* de Cohen) y los intervalos de confianza del 95% para los instrumentos de resultado primarios y secundarios. Para interpretar los tamaños del efecto, usamos la convención de Cohen (1988), según la cual un tamaño de efecto de 0,20 se considera pequeño, 0,50 se considera moderado, y 0,80 y superior, se considera grande. Para estimar la importancia clínica de los cambios mostrados en el post-tratamiento y en el seguimiento de 3 meses, se calculó el Cambio de Significado Clínico (CSC) usando el índice de Jacobson y Truax (1991) para todas las medidas. Además, los participantes fueron clasificados dentro de uno de los siguientes grupos propuestos por Kupfer (1991): (1) Recuperado, (2) Mejorado, (3) Sin cambios; o (4) Deteriorado. El grupo "Recuperado" incluyó participantes

que mostraron CSC en la medida de resultado y tuvieron un puntaje final dentro del rango de la población funcional o normal. Los participantes se clasificaron en el grupo "Mejorado" cuando, a pesar de haber logrado CSC, su puntaje final aún estaba dentro del rango de población disfuncional o clínica. Finalmente, si los participantes no lograron CSC, o este CSC fue en la dirección de una mayor disfuncionalidad, los participantes se clasificaron en los grupos "Sin cambios" y "Deteriorados", respectivamente.

Resultados

Cambios post-tratamiento y seguimiento

La Tabla 3 describe los promedios, las desviaciones estándar y los tamaños del efecto dentro del tratamiento (*d* de Cohen) para las diferentes medidas. En el caso de los puntajes previos al tratamiento, los puntajes promedio en el BDI-II coinciden con un diagnóstico de síntomas de depresión moderada (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005). En el caso de PANAS +, los puntajes previos al tratamiento estuvieron por debajo del promedio estándar, y para PANAS -, los puntajes fueron superiores al promedio estándar (Crawford y Henry, 2004). Con respecto a OASIS, los puntajes previos al tratamiento fueron muy cercanos al punto de corte que indica la presencia de ansiedad (de 11 a 20, Norman et al., 2011).

Con respecto al cambio de las puntuaciones pre a post-tratamiento, todas las medidas de los síntomas negativos (BDI-II, OASIS y PANAS) alcanzaron un gran tamaño del efecto. Además, también se encontró un gran tamaño del efecto para ambas medidas positivas (PANAS + y EOS). Los tamaños del efecto no fueron significativos en todos los análisis debido al tamaño de la muestra; sin embargo, mostraron una tendencia hacia la mejoría. Además, en aquellas medidas donde los puntajes promedio estuvieron dentro del rango disfuncional (BDI-II y PANAS), los puntajes obtenidos en el post-tratamiento alcanzaron el rango funcional. En el seguimiento de 3 meses, la tendencia hacia la mejoría continuó en casi todos los resultados, tanto positivos como negativos, con excepción de PANAS, donde los puntajes se estabilizaron.

Tabla 3. Estadísticas descriptivas para medidas primarias y secundarias (N=5)

Medidas	Media (DS)			Efecto del tamaño dentro de la muestra, <i>d</i> [95% CI]	
	Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	3-meses Seguimiento	Pre- Post-Tratamiento	Pre- Seguimiento
BDI-II	26.80 (11.10)	11.40 (14.31)	6.33 (4.04)	1.11 [-0.34; 2.56]	1.48 [-1.03; 3.98]
PANAS +	20 (6.25)	31.40 (7.23)	32.33 (4.73)	1.46 [-3.23; 0.31]	1.58 [-3.40; 0.25]
PANAS -	29 (4.47)	17 (7.35)	18 (11.27)	2.15 [-0.35; 4.65]	1.97 [-0.82; 4.76]
OASIS	9.60 (3.13)	4.40 (4.01)	2 (3.46)	1.33 [-0.51; 3.17]	1.94 [-0.30; 4.19]
EOS	22 (4.95)	27.20 (5.07)	28.67 (3.21)	0.84 [-1.48; 0.21]	1.08 [-2.80; 0.65]

Nota. BDI-II: Inventario de Depresión de Beck, PANAS +: Afecto Positivo; PANAS -: Afecto Negativo; OASIS: Escala Global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad; EOS: Enjoyment Orientation Scale

CSC en post-tratamiento y seguimiento de tres meses

La Tabla 4 presenta los puntajes individuales de los participantes en el BDI, el OASIS, el PANAS y el EOS en la pre intervención (Pre), post-intervención (Post) y el seguimiento de tres meses (F/up). CSC también está indicado. La Figura 2 representa los puntajes individuales de los participantes en las medidas de resultado primarias (BDI y PANAS).

El análisis de índice de cambio confiable mostró que dos de los cinco participantes presentaron una disminución clínicamente significativa en sus puntajes de BDI en la post-intervención. Ambos participantes entraron en el grupo "Recuperado". En el

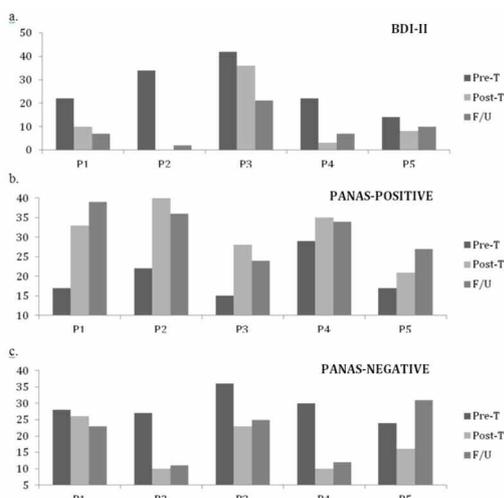
seguimiento, se observó CSC en cuatro participantes. Tres de ellos fueron clasificados en el grupo "Recuperado" y uno en el grupo "Mejorado". En OASIS y PANAS, tres participantes mostraron CSC en ambos momentos de evaluación. En OASIS, los tres participantes fueron clasificados dentro del grupo "Recuperado" y en PANAS en el grupo "Mejorado". Finalmente, dos participantes lograron CSC en EOS en la post intervención, y cuatro lo hicieron en el seguimiento. En la post-intervención, un participante entro en el grupo "Recuperado", y el otro entro en el grupo "Mejorado". En el seguimiento, tres participantes se clasificaron como "Recuperados" y uno como "Mejorado".

Tabla 4. Los puntajes del cuestionario autoinformado de los participantes en la preintervención, la intervención posterior y el seguimiento a los 3 meses con un cambio clínicamente significativo

Instrumento	Evaluación	Participantes				
		P1	P2	P3	P4	P5
BDI c	Pre	22	34	42	22	14
	Post	10	0*	36	3*	8
	F/up	7*	2*	21*	7*	10
OASIS c	Pre	7	9	15	8	9
	Post	8	0*	7*	0*	7
	F/up	5	0*	6*	0*	6
PANAS + b	Pre	17	22	15	29	17
	Post	33*	40*	28*	35	21
	F/up	39*	36*	24	34	27*
PANAS - b	Pre	28	27	36	30	24
	Post	26	10*	23*	10*	16
	F/up	23	11*	25*	12*	31
EOS a	Pre	21	16	26	19	28
	Post	29*	35*	24	26	22
	F/up	36*	31*	34*	25	30*

Nota. BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; PANAS +: Escala de Afecto Positivo y Negativo (subescala de Afecto Positivo); PANAS -: Escala de Afecto Positivo y Negativo (subescala de Afecto Negativo); OASIS: Escala general de ansiedad y deterioro; EOS: escala de orientación de disfrute; c El criterio utilizado fue C del índice de Jacobson y Truax (1991). b El criterio utilizado fue B del índice de Jacobson y Truax (1991). a El criterio utilizado fue A del índice Jacobson y Truax (1991); * Cambio clínicamente significativo

Figura 2. Puntuaciones individuales para cada paciente (P1, P2, P3, P4, P5)



En (a) BDI-II, (b) *Panas-Positivo* y (c) *Panas-Negativo* en pre y post-tratamiento, y en el seguimiento de 3 meses. Pre-T: pretratamiento; Post-T: Post-tratamiento; F/U: seguimiento de 3 meses.

Opinión de los participantes

Todos los participantes informaron puntajes altos (entre 8,00 y 9,40): lógica del tratamiento, satisfacción con el tratamiento, recomendación del tratamiento a otras personas con problemas similares y utilidad del tratamiento, tanto para otros problemas psicológicos como para su propio problema específico.

Los resultados de la opinión del tratamiento se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Media y Desviaciones estándar para los ítems de la escala de opinión (n=5)

Item	Media (DS)
1. ¿Qué tan lógica te parece la terapia ofrecida?	8,80 (0,83)
2. ¿Qué tan satisfecho te encuentras con la terapia ofrecida?	9,00 (1,00)
3. ¿Qué tan seguro estarías de recomendar esta terapia a un amigo con la misma problemática?	9,40 (0,54)
4. ¿Qué tan útil crees que este tratamiento sería para otros problemas psicológicos?	8,00 (1,41)
5. ¿Qué tan útil crees que este tratamiento ha sido a la hora de disminuir tus síntomas?	8,80 (1,30)

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue describir un protocolo de psicología clínica positiva para la depresión y presentar datos sobre sus niveles de viabilidad y aceptabilidad.

Los datos recopilados sugieren que la intervención fue factible, no sólo para reducir la depresión, la ansiedad y el afecto negativo, sino

también para aumentar el afecto positivo y la orientación hacia el disfrute. Estos resultados están en línea con las suposiciones de diferentes autores que sugieren que la promoción de sentimientos positivos, cogniciones y comportamientos a través de estrategias de PP podría tener un impacto en la disminución de la sintomatología clínica (Lambert y Pasha-Zaidi, 2014; Vázquez y Hervás, 2006).

Al enfocarse en los pacientes con un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (P1, P2, P3), se encontró que la intervención era útil y todos los participantes mostraron mejoras sustanciales en todas las variables al final del tratamiento que se mantuvieron en el seguimiento. Los resultados sugieren que este protocolo logró dos objetivos que se consideran esenciales en el tratamiento de pacientes con estado de ánimo decaído (Vázquez y Hervás, 2008; OMS, 2004), es decir, reducir el malestar y las emociones negativas, junto con potenciar las fortalezas y aumentar las emociones positivas. Asimismo, se informaron mejoras importantes en la orientación al placer, lo que sugiere que el protocolo ayudó a los pacientes a involucrarse en actividades significativas para mejorar el bienestar. La participación en actividades que son placenteras y relacionadas con los objetivos y valores personales en la vida es, según la literatura, un factor importante a considerar en el tratamiento de la depresión (Kanter, Puspitasari, Santos y Nagy, 2012).

En el caso de los dos pacientes con síntomas depresivos (P4, P5), donde el objetivo era la reducción de la sintomatología clínica y la prevención de la depresión, ambos participantes mejoraron sus síntomas clínicos sobre todas las variables al final del tratamiento. Además, mejoraron sus puntuaciones en afecto positivo. En cuanto al mantenimiento de las mejorías hasta el seguimiento, ambos pacientes mantuvieron sus mejorías en las variables clínicas (depresión y ansiedad), con la excepción del afecto negativo en P5, que sufrió un evento de vida estresante durante el seguimiento. A pesar del aumento en las emociones negativas, las mejoras en los niveles de afecto positivo se mantuvieron en ambos participantes, y los niveles de orientación a la alegría también mejoraron en el seguimiento. Las mejoras en el afecto positivo y la orientación al disfrute podrían funcionar como variables protectoras amortiguando el impacto de los síntomas depresivos y los problemas diarios que podrían surgir en el futuro, como en el caso del P5 (Fredrickson, 2001; Vera-Villaruel, Celis-Atenas, Morales, Silva, Contreras, y Lillo, 2016).

Con respecto a la opinión de los participantes, informaron sentirse muy satisfechos con el tratamiento, y lo encontraron muy lógico y útil, incluso

para otros problemas psicológicos. Además, lo recomendarían a un amigo. Las altas tasas de aceptabilidad del tratamiento son importantes para mejorar la efectividad de las intervenciones (Esther, De Graaf, Huibers, Riper, Gerhards y Arntz, 2009). Es necesario continuar explorando el mejor ajuste entre los procedimientos terapéuticos y las preferencias de los pacientes para ofrecer tratamientos más personalizados según sus necesidades (Schueller, 2011). En este sentido, la PP podría desempeñar un rol en llenar este vacío porque se enfoca en mejorar aspectos positivos tales como virtudes y fortalezas psicológicas, que también son factores importantes para desarrollar en pacientes con síntomas depresivos (Vazquez y Hervas, 2008).

Este estudio se basa en un protocolo manual de psicología clínica positiva que combina dos enfoques complementarios basados en la evidencia, a saber, TCC y PP, y fue aplicado por psicólogos bien entrenados. Se ha encontrado que la implementación de protocolos estandarizados es predictiva de mejores resultados psicoterapéuticos (Crits-Christoph et al., 2001; Forand et al., 2011). Además, las intervenciones con estructuras y objetivos específicos facilitarían la buena capacitación y difusión profesional (Gaston, Abbott, Rapee y Neary, 2006).

Este estudio tiene limitaciones. En primer lugar, tiene un diseño de serie de casos con todas las amenazas de validez externa correspondientes. Segundo, debido al bajo número de participantes, los amplios tamaños de efecto encontrados en este estudio están limitados por los intervalos de confianza grandes y no significativos que se muestran en la mayoría de las medidas. En tercer lugar, este estudio no informa los efectos de la intervención más allá del seguimiento de 3 meses. Por lo tanto, se desconoce si los efectos se mantienen a largo plazo. Además, la eficacia de esta intervención para mejorar el funcionamiento general de los pacientes con síntomas depresivos tanto a corto como a largo plazo debe evaluarse en un ensayo amplio y controlado.

CONCLUSIONES

En general, el presente estudio respalda un enfoque de psicología verdaderamente integrador, sugerido por diferentes autores que utilizan el término psicología clínica positiva (Maddux, 2008; Rashid, 2009; Wood y Tarrier, 2010). El desarrollo de intervenciones con un enfoque en los aspectos negativos y positivos del funcionamiento humano permitirá una psicoterapia más integral (Rashid, 2009). Además, a medida que surjan más estudios en esta área, estos campos se unificarán más.

Agradecimiento

Este estudio fue financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (España), (Plan Nacional I + D + I. PSI2010-17563), y el Instituto de Salud Carlos III (ISCiii) CIBERobn es una iniciativa del ISCIII.

REFERENCIAS

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological assessment*, 26(3), 815. doi:10.1037/a0036216
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 1. doi:10.1186/1471-2458-13-119
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260. doi: 10.1016/0005-7916(72)90045-6
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245-265. doi:10.1348/0144665031752934
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., & Barber, J. P. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(3), 145.
- Cuijpers, P., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2012). Preventing depression: a global priority. *Jama*, 307(10), 1033-1034. doi:10.1001/jama.2012.271
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 909. doi:10.1037/a0013075
- De Graaf, L. E., Huibers, M. J., Riper, H., Gerhards, S. A., & Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. *Journal of affective disorders*, 116(3), 227-231. doi:10.1016/j.jad.2008.12.009.
- Edmondson, O., & MacLeod, A. K. (2015). Psychological well-being and anticipated positive personal events: Their relationship to depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(5), 418-425. doi:10.1002/cpp.1911
- 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 (1), 26-30. doi:10.1159/000082023
- Ferrando L, Bobes J, Gibert J, y Lecrubier Y. (1997). *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*. En: Bobes J, Bousoño, M., González, M. P., editores. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria. 2ª ed. Oviedo: Gofor

- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., ... & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11), e1001547. doi:10.1371/journal.pmed.1001547
- Forand, N. R., Evans, S., Haglin, D., & Fishman, B. (2011). Cognitive behavioral therapy in practice: Treatment delivered by trainees at an outpatient clinic is clinically effective. *Behavior Therapy*, 42(4), 612-623. doi:10.1016/j.beth.2011.02.001
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218. doi:10.1037/0003-066x.56.3.218
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 33-48. doi:10.1348/014466505x35146
- Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., Bitter, I., Demotes-Mainard, J., Leboyer, M., Lewis, S. W., ... & Robbins, T. W. (2014). ROAMER: roadmap for mental health research in Europe. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(S1), 1-14. doi: 10.1002/mpr.1406
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). *Enjoying every little thing: orientation to Daily Gratification as a mediator of the relationship between extraversion and subjective well-being*. In Congress: 3th European Conference of Positive Psychology. Braga, Portugal.
- Hervás, G., Ortiz, A., Valiente, C., Cantero, D., & Vázquez, C. (2009). *Anticipatory and consummatory pleasure in depression and paranoia: the key role of social activities*. In Poster Presented at 43th Annual Convention of ABCT (Association for Behavioral and Cognitive Therapies), New York, USA.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12, 12-19.
- Johnson, J., & Wood, A. M. (2015). Integrating positive and clinical psychology: Viewing human functioning as continua from positive to negative can benefit clinical assessment, interventions and understandings of resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 1-15. doi:10.1007/s10608-015-9728-y
- Kanter, J. W., Puspitasari, A. J., Santos, M. M., & Nagy, G. A. (2012). Behavioural activation: history, evidence and promise. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 361-363. doi:10.1192/bjp.bp.111.103390
- Kupfer, D. J. (1991). Long-term treatment of depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 28-34.
- Lambert D'raven, L., & Pasha-Zaidi, N. (2014). Positive psychology interventions: A review for counselling practitioners. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 48(4), 383-408.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286. doi:10.1177/0145445501252005
- Maddux, J. E. (2008). Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology. *Applied Psychology*, 57(S1), 54-70. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00354.x
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11 (2), e15. doi:10.2196/jmir.1151
- Mira, A., González, A., Botella, C., Bretón-López, J., García-Palacios, A., Riera López del Amo, A., Baños, R. (2015). *Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale in Spanish sample. Clinical and general populations*; Poster presented at: 49th Annual ABCT Convention; November 12-15; Chicago.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2016). *A Guide to Treatments That Work 4th Edition*. New York: Oxford University Press.
- Norman, S. B., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C. A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K. C., & Stein, M. B. (2011). Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of psychiatric research*, 45(2), 262-268. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.06.011
- Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and anxiety*, 23(4), 245-249. doi: 10.1002/da.20182
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. doi: 10.4067/S0718-48082013000100002
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 461-466. doi: 10.1002/jclp.20588.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.
- Schueller, S. M. (2011). To each his own well-being boosting intervention: Using preference to guide selection. *The Journal of Positive Psychology*, 6(4), 300-313. doi: 10.1080/17439760.2011.577092
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, 55(1), 5-183.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonora, L.I., Dunbar, G.C. (1997). Reliability and validity of the Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487. doi: 10.1002/jclp.20593.
- Van Zoonen, K., Buntrock, C., Ebert, D. D., Smit, F., Reynolds, C. F., Beekman, A. T., & Cuijpers, P. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *International journal of epidemiology*, 43(2), 318-329. doi: 10.1093/ije/dyt175

- Vázquez, C., y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada. Bilbao*: Editorial Desclee de Brouwer.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vera-Villarroel, P. E., Celis-Atenas, K., Morales, A. U., Silva, J., Contreras, D., & Lillo, S. (2016). Los afectos como mediadores de la relación optimismo y bienestar. *Revista argentina de clínica psicológica*, 25(2), 195-202.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- World Health Organization (WHO). 2014. *Mental health: strengthening our response* Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- World Health Organization (WHO). 2004. *Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht .* Geneva.
- Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical psychology review*, 30(7), doi: 819-829. 10.1016/j.cpr.2010.06.003.