

EFFECTOS DEL BIENESTAR SUBJETIVO Y PSICOLÓGICO EN LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS DE UN HOSPITAL DE DÍA

EFFECTS OF SUBJECTIVE AND PSYCHOLOGICAL WELL - BEING ON THE THERAPEUTIC OUTCOMES AT A DAY HOSPITAL

ADOLFO NAVASCUÉS¹, DAVID CALVO-MEDEL¹ Y
ASIER BOMBIN-MARTÍN²

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Navascués, A., Calvo-Medel, D. y Martín, B. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día [Effects of subjective and psychological well - being on the therapeutic outcomes at a day hospital]. *Acción Psicológica*, 13(2), 143-156. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.15818>

Resumen

Antecedentes. El bienestar es un constructo multidimensional que incluye el bienestar hedónico focalizado sobre la consecución del placer y el bienestar eudaimónico como consecución de los potenciales humanos. El principal objetivo del presente estudio fue comprobar si el nivel de bienestar de los pacientes al ingreso podía predecir la disminución del nivel de psicopatología al alta en un Hospital de Día. **Método.** Se realizó estudio ex post facto prospectivo de 56 pacientes con trastorno mental grave que fueron ingresados en el Hospital de Día utilizando la versión en español de las escalas CORE-OM (Evans et al., 2000), PANAS

(Watson, Clark y Tellegen, 1988), SWLS (Pavot y Diener, 1993) y SPWB (Ryff, 1989). **Resultados.** Los pacientes al alta mejoraron significativamente en el nivel de psicopatología. Ninguna subescala, tanto de bienestar hedónico como eudaimónico, predecía parte significativa de las variables de resultado medidas como malestar, síntomas psicopatológicos, disfunción vital, riesgo de auto o heteroagresión ni tampoco una puntuación total de todas las variables referidas. Sólo el bienestar eudaimónico, en su puntuación global, y no el bienestar hedónico, fue el que explicó parte significativa de los resultados al alta. **Conclusión.** La psicología positiva a través de la mejora del bienestar psicológico parece útil para la reducción de la psicopatología en los pacientes con trastorno mental grave que son derivados al Hospital de Día.

Correspondencia: Adolfo Navascués. Centro de Salud Mental de Tudela.

Email: alvadol@terra.com

¹ Centro de Salud Mental de Tudela, España.

² Universidad Complutense de Madrid, España.

Recibido: 16 de junio de 2016.

Aceptado: 25 de septiembre de 2016.

Palabras clave: bienestar; eudaimónico; hedónico; resultados; hospital de día.

Abstract

Background. Well-being is a multidimensional construct that includes the hedonic well-being focused on the achievement of pleasure and eudaimonic well-being as realization of human potentials. The main objective of this study was to determine whether the level of well-being of patients on admission could predict the decreased level of psychopathology when are discharged in a Day Hospital. **Method.** Ex post facto prospective study of 56 patients was performed with severe mental illness who were admitted to the Day Hospital using the Spanish version of the CORE-OM (Evans et al., 2000), PANAS (Watson et al., 1988), SWLS (Pavot y Diener, 1993) and SPWB (Ryff, 1989) scales. **Results.** Patients discharged significantly improved in level of psychopathology. None subscale, neither hedonic nor eudaimonic scales predicted significant part of the outcome variables measures such as malaise, psychopathological symptoms, vital dysfunction, risk of self or heteroaggression or a total score of all such variables. Only eudaimonic welfare in its overall score, not the hedonic well-being, was the one who explained significant part of the results at discharge. **Conclusion.** Positive psychology through improving psychological well-being seems useful for reducing psychopathology in patients with severe mental disorders that are referred to the Day Hospital.

Keywords: well-being, eudaimonic; hedonic; outcomes; day hospital.

Introducción

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) han definido la psicología positiva como el estudio científico de las experiencias positivas, de los rasgos individuales positivos que facilitan su desarrollo y de los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos y previenen o reducen la incidencia de la psicopatología. Todas esas

características se contemplan como recursos personales y factores de protección frente al estrés para superar las situaciones de crisis y para ayudar al crecimiento y madurez de la persona.

El estudio del bienestar se aborda desde dos perspectivas distintas, la hedónica y la eudaimónica (Ryan y Deci, 2001). La hedónica entiende el bienestar como la consecución de la felicidad maximizando el placer y disminuyendo el dolor. La eudaimónica propone que el bienestar es la consecución de los potenciales humanos, la realización de la verdadera naturaleza de uno mismo.

Desde un punto de vista empírico, el constructo de bienestar subjetivo (Diener, 2000) deriva de la filosofía hedónica, mientras que el concepto de bienestar psicológico (Ryff, 1989) sería el heredero de la tradición eudaimónica. Ambos conceptos son diferentes, aunque están altamente relacionados.

En el bienestar subjetivo se distinguen tres componentes, la satisfacción con la vida, la frecuencia de afecto positivo y baja frecuencia de afecto negativo. El primero constituye el elemento cognitivo y los otros dos los elementos afectivos. En el bienestar psicológico se han distinguido seis componentes: la autoaceptación, el crecimiento personal, el propósito vital, el mantenimiento de relaciones positivas, el dominio del entorno y la autonomía.

La evidencia de distintos investigadores (Compton, Smith, Cornish y Qualls, 1996; King y Napa, 1998) indica que el bienestar es mejor concebido como un fenómeno multidimensional que incluye aspectos tanto de la concepción hedónica como eudaimónica. Ahora bien, Keyes y Annas (2009) concluyeron que no hay muchas personas que estén funcionando bien en la vida pese a que se sientan bien (en torno al 18%), lo que proporciona una razón de peso para el desarrollo de intervenciones empíricamente validadas dirigidas a incrementar la eudaimonía.

Distintos autores han propuesto tres rutas de acceso al bienestar y las han integrado en un marco conceptual común. Peterson, Park, y Seligman (2005) proponen que

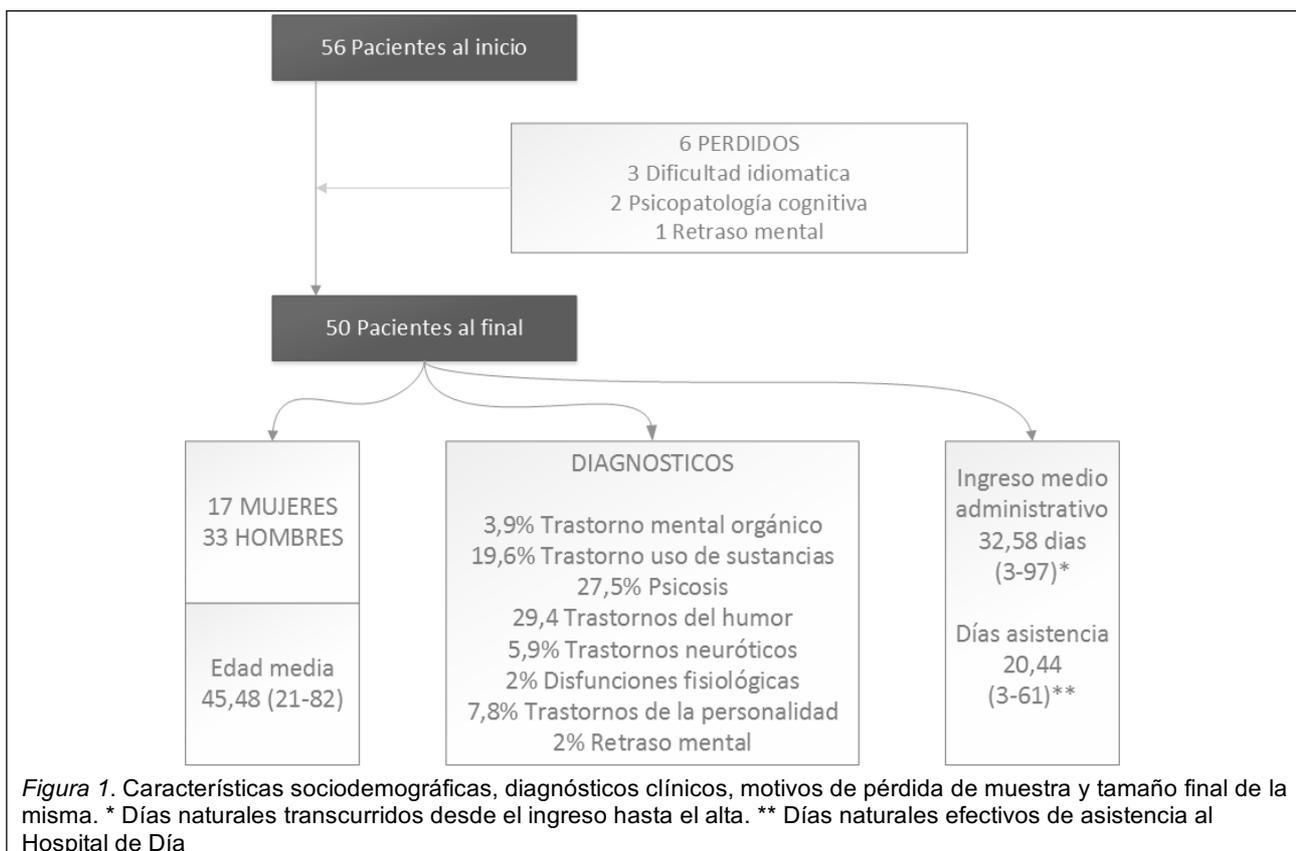
la felicidad se puede alcanzar a través de las actividades placenteras, a través del compromiso en la realización de tareas en las que puedan emplearse las fortalezas personales que deriven estados de flujo, o a través de acciones que deriven significado. Las investigaciones realizadas con esta aproximación tripartita demostraron que las tres vías contribuyen al logro del bienestar. Sin embargo, el compromiso y el significado son las que registran contribuciones más altas. La realización de actividades placenteras por sí misma tiene un peso escaso en la explicación del bienestar (Peterson et al., 2005).

En suma, según el modelo de Keyes mencionado, el bienestar eudaimónico contribuye de forma muy importante a disminuir el riesgo de desarrollar enfermedad mental (Mjøsund et al., 2015) cosa que no ocurre en la misma medida con el bienestar hedónico. En el estudio MIDUS (Keyes, 2005) los individuos con alto bienestar hedónico, pero bajo bienestar eudaimónico sufrían casi el doble de enfermedad mental que los individuos flore-

cientes (flourishing), es decir, con alto bienestar tanto hedónico como eudaimónico. Sin embargo, los individuos que tenían alto bienestar eudaimónico y bajo hedónico sufrían la mitad de enfermedad mental que el grupo con el patrón inverso.

También Robitschek y Keyes (2009) encuentran apoyo a que el incremento de la iniciativa hacia el crecimiento personal puede ser una intervención parsimoniosa para aumentar la salud mental en estudiantes de universidad y puede servir como un factor protector contra el inicio de trastornos mentales, así como también aumentar la calidad de vida de aquellos que están experimentando trastornos mentales mejorando su salud mental.

En la literatura no se han encontrado estudios que expliquen los componentes que intervienen en la recuperación psicopatológica en los pacientes que son derivados a un Hospital de Día. Sin embargo, tenemos la hipótesis



de que existe una mejoría de dichos pacientes asociada al nivel de salud mental previo a su ingreso. Por lo tanto, en el presente trabajo se quiere comprobar si realmente se produce esa mejoría y si el nivel de salud mental, que no de enfermedad mental, predice en alguna medida su recuperación.

El principal objetivo del estudio que presentamos fue comprobar si el nivel de bienestar o salud mental de los pacientes al ingreso podía predecir la disminución del nivel de psicopatología al alta en un Hospital de Día.

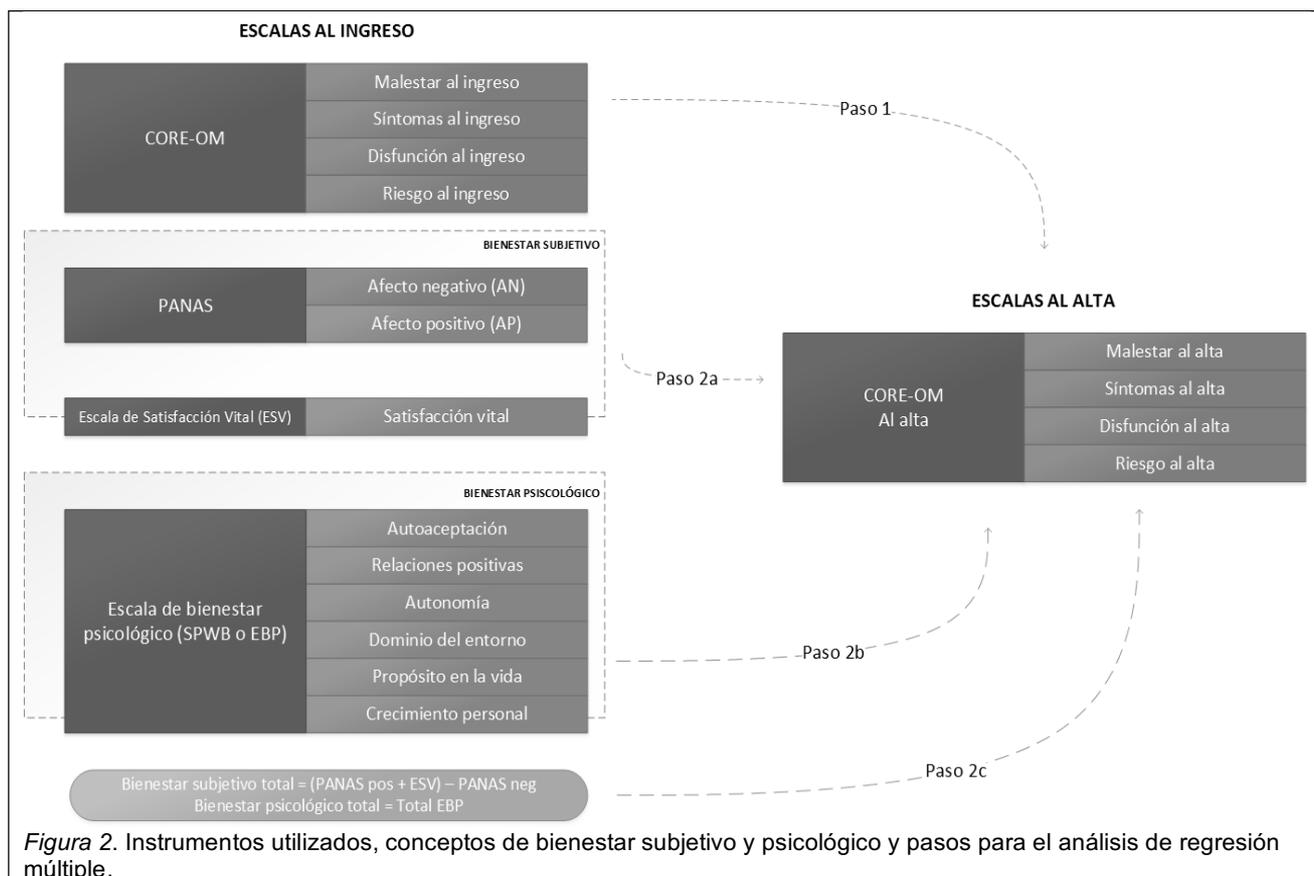
Método

Participantes

Se realizó estudio ex post facto prospectivo en una muestra de 56 pacientes con trastorno mental grave que

fueron ingresados en el Hospital de Día de Tudela derivados desde la unidad de agudos del hospital general o desde el centro de salud mental. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia según el orden de ingreso. Los pacientes participaron de forma voluntaria respondiendo a los instrumentos que medían las variables independientes al ingreso tratando de predecir los resultados al alta.

Fueron entrevistados según ingresaban desde el inicio del estudio y en el día del alta. Finalmente fueron 50 los participantes pues seis fueron excluidos por dificultades cognitivas o idiomáticas. En la figura 1 se pueden ver los datos sociodemográficos de la muestra tanto el número de hombres y de mujeres final, sus diagnósticos, la edad media y la duración del ingreso administrativamente y según los días de asistencia.



El diagnóstico que se consideró fue el que el terapeuta de referencia incluía en el informe de derivación al Hospital de Día.

Instrumentos de evaluación

A continuación, se describen los instrumentos utilizados en el estudio:

- *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM; Evans et al., 2000; Feixas et al., 2012) Medida de autoinforme compuesto de 34 ítems que evalúan el estado del paciente durante los últimos siete días a partir de una serie de dimensiones definidas como Malestar, Síntomas, Disfunción y Riesgo. Los ítems se contestan mediante escalas tipo Likert de 5 puntos, que van de 0 o “nunca” a 4 o “siempre o casi siempre”. A mayor puntuación mayor malestar, más síntomas, peor funcionamiento y más riesgo. Al darles el alta, los pacientes contestaban otra vez el CORE-OM que nos sirvió en el estudio para comprobar la mejoría obtenida durante su ingreso y para controlar al principio el nivel de problemas o patologías con las que ingresa el paciente. El α de Cronbach osciló en todas las escalas y subescalas desde 0.75 hasta 0.90, salvo la subescala riesgo del CORE-OM que fue 0.66 y la subescala dominio del entorno del SPWB que fue de 0.33.

- *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Sandín et al., 1999; Watson et al., 1988) es una escala de 20 ítems que evalúa las dos dimensiones del afecto, la positiva con 10 ítems y la negativa con otros 10 ítems. El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de malestar subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo (Watson et al. 1988). Utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos y a los participantes se les pregunta cómo se sienten normalmente en general, con una puntuación que va de 0 (nada en absoluto) a 4 (totalmente), sumándose el afecto positivo y negativo entre los ítems respectivos. A mayor puntuación mayor afecto positivo o negativo respectivamente y supone la

evaluación del aspecto afectivo del bienestar subjetivo. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.90 para la escala positiva y de 0.84 para la negativa.

- *Satisfaction With Life Scale* (SWLS, en su versión española ESV; Cabañero et al., 2004; Pavot y Diener, 1993) es una escala de cinco ítems que evalúa la satisfacción de la persona con su vida como un todo y no en aspectos concretos. Los ítems se puntúan con escalas tipo Likert de 7 puntos que van de 0 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Se obtiene una puntuación global promediando las de los cinco ítems, donde una alta puntuación refleja mayor satisfacción con la vida. Se calculó también una escala global de bienestar subjetivo para llevar a cabo los posteriores análisis con las puntuaciones globales de las distintas variables. El cálculo de esta variable se realizó mediante la suma de afecto positivo de la escala PANAS más la suma de la escala de satisfacción vital (ESV) y restando la puntuación de la subescala de afecto negativo de la escala PANAS siguiendo el procedimiento propuesto por Sheldon y Elliot (1999). Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

- *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB, en su versión española EBP; Díaz et al., 2006; Ryff, 1989) es un instrumento de autoinforme de 29 ítems con escalas de respuesta tipo Likert de 7 puntos que van de 0 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Está basada en seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. En nuestro estudio obtuvimos una puntuación por cada escala y la total promediando los ítems correspondientes. A mayor puntuación en las diferentes subescalas mejor funcionamiento psicológico positivo, mejor bienestar psicológico. Obtuvimos los siguientes coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach: 0.77 para autoaceptación, 0.67 para relaciones positivas con otros, 0.72 para autonomía, 0.33 para dominio del entorno, 0.84 para crecimiento personal y 0.73 para propósito en la vida. Para la escala total se obtuvo un coeficiente alfa de 0.88.

En la Figura 2 se pueden observar los cuatro instrumentos utilizados al ingreso y al alta, con sus correspondientes subescalas. Se muestra como el Bienestar

subjetivo es la suma del Afecto positivo más la Satisfacción Vital restando el Afecto Negativo. El Bienestar psicológico comprende la escala global y las subescalas de la Escala de bienestar psicológico (EBP).

Procedimiento

Se contrabalanceó la aplicación de las pruebas (EBP, PANAS y ESV) a los distintos pacientes para evitar los sesgos que pudiera producir un determinado orden de aplicación, de tal forma que a los pacientes impares se les aplicó primero el CORE-OM seguido de las otras escalas y a los pacientes pares se procedió en el orden inverso y se realizó el cálculo de un Anova de un factor, considerando el orden de presentación como variable independiente y el resto de las variables de interés como dependientes. Se procedió de forma similar con la variable sexo.

Para comprobar si había mejoría clínica se llevó a cabo un Anova de medidas repetidas sobre las distintas subescalas y la puntuación total en el CORE-OM al ingreso y al alta.

A continuación, llevamos a cabo distintos análisis de regresión lineal para comprobar si en la disminución de la psicopatología al alta (CORE post), tanto en las distintas subescalas como en la puntuación global, influía alguna de las variables de bienestar pretratamiento medidas al ingreso. Introdujimos en el modelo de regresión aquellas variables de bienestar que tenían una correlación significativa con disminución de psicopatología. Para controlar la influencia que el estado psicopatológico preingreso podía ejercer en los resultados al alta, introdujimos en el primer paso de cada análisis de regresión (mediante el método “*introducir*”) como Variable Independiente (V.I.) la medida del CORE preingreso correspondiente. En resumen, para cada una de las cinco variables dependientes del CORE (malestar, síntomas, disfunción, riesgo y puntuación total), se llevaron a cabo tres análisis de regresión, el primero introduciendo como variables predictoras las puntuaciones en bienestar subjetivo (PANAS positivo, PANAS negativo y ESV), el segundo introduciendo las distintas subescalas de bienestar

psicológico (relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal, dominio entorno, autoaceptación y propósito vida) y el tercero introduciendo en el modelo las puntuaciones globales de bienestar subjetivo (PANAS positivo + ESV-PANAS negativo) y bienestar psicológico –Total EBP– (ver Figura 2).

Resultados

Ni la edad ni los días de ingreso presentaban ninguna correlación estadísticamente significativa con ninguna de las variables utilizadas en el estudio, por lo que no se tuvo en cuenta en los análisis posteriores.

No se encontró ninguna significación estadística en el orden de presentación de las escalas ni en el sexo al ser tomadas como variables independientes.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en puntuación del CORE-OM entre ingreso y alta, constatándose una notable disminución de la psicopatología. Al alta presentaban menos malestar, síntomas, disfunción y riesgo de auto o heteroagresión, con tamaños del efecto importantes, como se puede apreciar en las distintas etas parciales al cuadrado (η^2_p): .36 / .59 / .34 / .36 y .85, respectivamente.

Análisis de Regresión Lineal para predicción de las Variables Dependientes

1. Subescala malestar del CORE al alta. El porcentaje de la varianza de la V.D. explicada por las subescalas de bienestar subjetivo fue 8%, una vez controlado el malestar al ingreso. Las escalas de bienestar subjetivo no aportaron nada al modelo de predicción pues sus β no fueron significativas.

En el paso 2b, aparecieron como significativas las subescalas de autoaceptación y autonomía del bienestar

Tabla 1

Análisis de regresión lineal para predecir malestar al alta

Predictor	β	t	Modelo
<i>Paso 1</i>			
Malestar al ingreso	.54	4.53**	$R^2 = .28, F(1,48) = 20.53^{**}$
<i>Paso 2a</i>			
Malestar al ingreso	.33	2.38*	$R^2 = .36, F(4,45) = 7.93^{**}$
Afecto positivo	-.03	-0.22	
Afecto negativo	.26	1.91	
Satisfacción vida	-.17	-1.10	
<i>Paso 2b</i>			$R^2 = .49, F(7,42) = 7.96^{**}$
Malestar ingreso	.19	1.48	
Autoaceptación	-.40	-2.19*	
Relaciones Positivas	-.16	-1.41	
Autonomía	-.23	-2.10*	
Dominio entorno	-.20	-1.37	
Crecimiento personal	.07	0.52	
Propósito vida	.09	0.45	
<i>Paso 2c</i>			$R^2 = .49, F(3,46) = 16.95^{**}$
Malestar ingreso	.29	2.35*	
Bienestar subjetivo	.09	0.50	
Total EPB	-.60	-3.56**	

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

psicológico, mientras que ninguna de las otras subescalas fueron significativas. Es de destacar que la variable malestar al ingreso dejó de ser significativa pesando más para la predicción de malestar al alta la autoaceptación y autonomía que el malestar al ingreso como se puede apreciar en la Tabla 1.

En el paso 2c, de las dos variables de bienestar, en sus puntuaciones totales, la que predijo significativamente parte de la varianza de la puntuación de malestar al alta, controlado el nivel de malestar al ingreso, fue la puntuación global de bienestar psicológico (Total EPB).

Tabla 2

Análisis de regresión lineal para predecir síntomas al alta

Predictor	β	t	Modelo
<i>Paso 1</i>			
Síntomas al ingreso	.71	7.039**	$R^2 = .49, F(1,48) = 49.54^{**}$
<i>Paso 2a</i>			
Síntomas al ingreso	.53	3.82**	$R^2 = .50, F(4,45) = 13.44^{**}$
Afecto positivo	-.03	-0.27	
Afecto negativo	.17	1.23	
<i>Paso 2b</i>			$R^2 = .54, F(7,42) = 9.27^{**}$
Síntomas ingreso	.47	3.61**	
Autoaceptación	-.20	-1.15	
Relaciones Positivas	-.11	-0.99	
Autonomía	-.09	-0.90	
Dominio entorno	-.25	-1.66	
Crecimiento personal	.03	0.27	
<i>Paso 2c</i>			$R^2 = .55, F(3,46) = 21.57^{**}$
Síntomas ingreso	.56	4.65**	
Bienestar subjetivo	.05	0.34	
Total EPB	-.36	-2.26*	

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

2. Subescala síntomas del CORE al alta. En el paso 2a, se obtiene que la varianza de la V.D explicada por las subescalas de bienestar subjetivo es muy baja, 1 %, una vez controlada la que explica síntomas al ingreso. Las subescalas de bienestar subjetivo no aportan nada al modelo de predicción, sus β no son significativas. Tampoco aparecieron como significativas las subescalas de bienestar psicológico en la explicación de la varianza de síntomas al alta en el paso 2b. En el paso 2c, de las dos variables de bienestar en su puntuación total, la que predijo significativamente parte de la puntuación de síntomas al alta fue la de bienestar psicológico, controlado el nivel de síntomas al ingreso [$R^2 = .55$, $F(3,46) = 21.57$ ($p < .01$)] como se puede observar en la Tabla 2.

3. Subescala disfunción del CORE al alta. En el paso 2a, el porcentaje de la varianza de la V.D. explicada por las escalas de bienestar subjetivo fue de 5 %, una vez controlada la que explicaba la subescala disfunción al ingreso, no aportaron nada al modelo de predicción. La subescala autonomía no se introdujo en el análisis. En el paso 2b, ninguna de las subescalas de bienestar psicológico fue significativa para el modelo de predicción de la V.D. Una vez más la única variable independiente que predijo significativamente parte de la varianza de la V.D. fue la puntuación global de bienestar psicológico al in-

greso del paciente teniendo controlada el nivel en esa misma variable al ingreso [$R^2 = .41$, $F(3,46) = 12.67$ ($p < .01$)]. Incluso la variable de disfunción al ingreso dejó de ser significativa en el segundo paso, como se puede ver en la Tabla 3.

4. Subescala riesgo del CORE al alta. En el paso 2a se eliminó del análisis el afecto positivo del PANAS al no resultar significativa su correlación. En el caso de los resultados terapéuticos al alta sobre riesgo de auto o heteroagresión de los pacientes, a diferencia de las demás V.D., ni la puntuación total de bienestar subjetivo ni la de bienestar psicológico (Total EPB) explicaban parte significativa de la varianza de esa V.D.

5. Escala total del CORE al alta. Las subescalas de bienestar subjetivo no fueron estadísticamente significativas en la predicción de la escala total de CORE al alta en el paso 2a. En el paso 2b, ninguna de las subescalas de bienestar psicológico resultó significativa. La única significativa aquí fue la misma puntuación CORE al ingreso. Finalmente, la única variable independiente, de las totales de bienestar, que predijo significativamente la varianza de la V.D., fue la puntuación global de bienestar psicológico al ingreso.

Tabla 3

Análisis de regresión lineal para predecir disfunción al alta

Predictor	β	t	Modelo	
Paso 1				
Disfunción ingreso	.49	3.93**	$R^2 = .22$, $F(1,48) = 15.45^{**}$	
Paso 2a				
Disfunción ingreso	.30	2.04*	$R^2 = .27$, $F(4,45) = 5.66^{**}$	
Afecto positivo	-.18	-1.16		
Afecto negativo	.09	0.60	$R^2 = .39$, $F(6,43) = 6.30^{**}$	
Paso 2b				
Disfunción ingreso	.13	0.92		
Autoaceptación	-.09	-0.49		
Relaciones Positivas	-.14	-1.11		
Dominio entorno	-.20	-1.23		
Crecimiento personal	-.04	-0.29		
Paso 2c				
Disfunción ingreso	.21	1.57	$R^2 = .41$, $F(3,46) = 12.67^{**}$	
Bienestar subjetivo	.06	0.35		
Total EPB	-.59	-3.16**		

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Discusión

Los resultados mostraron que los pacientes disminuyeron significativamente su malestar, sus síntomas, su disfunción, su riesgo de auto o heteroagresión y su puntuación total del CORE-OM. Sin embargo, es de destacar que el número de días de ingreso no tuvo ninguna correlación significativa con ninguna de las variables de mejoría al alta (subescalas y puntuación total del CORE-OM) aunque sí tuvo una correlación significativa con todas esas variables al ingreso menos con la de malestar. El número de días de ingreso dependería más de la impresión clínica de su psicopatología (menos de su malestar expresado) que con cómo evoluciona, evaluado con pruebas más objetivas. Está claro que a los pacientes se les da el alta cuando han mejorado, pero esa mejoría no está relacionada con el número de días de ingreso. Todo ello puede introducir una reflexión sobre el uso de medidas cuantificables en la evolución del paciente a lo largo del tratamiento, además de utilizar las impresiones clínicas de los terapeutas, y podría apoyar, por tanto, el uso de escalas como el CORE-OM en la medición rutinaria de la evolución de los pacientes.

En los distintos análisis de regresión lineal llevados a cabo con las subescalas de las dos dimensiones del bienestar introducidas separadamente, controlando el efecto de la puntuación de la variable dependiente al ingreso, los resultados han mostrado que prácticamente ninguna subescala de ambas dimensiones por sí misma predecía parte significativa de las distintas variables de resultado medidas con el CORE-OM.

Cuando en los análisis de regresión se utilizaron las escalas globales de bienestar subjetivo y bienestar psicológico los resultados fueron muy llamativos. En todas las variables dependientes, excepto en riesgo al alta, la escala global de bienestar psicológico resultaba muy significativa a la hora de explicar los resultados del tratamiento al alta pero la escala global de bienestar subjetivo no hacía una aportación significativa. Una primera gran conclusión de todo esto es que la felicidad eudaimónica que presenta el paciente en su vida al ingreso en Hospital de Día, independientemente de la enfermedad mental que padezca, predice parte significativa de la recuperación mediante tratamiento en Hospital de Día, excepto en el

riesgo de auto o heteroagresión tomado por separado, cosa que no sucede con la felicidad hedónica del paciente al ingreso.

Es llamativo que las subescalas de bienestar psicológico tomadas individualmente no expliquen los resultados al alta y sí lo haga la puntuación global de esa escala. Esto podría ser debido a que en la escala subyace una puntuación global de felicidad eudaimónica, sin compartimentalizar, y que ese factor común a las seis subescalas es el que se pone en marcha para afrontar la situación de crisis personal por la que atraviesan la mayoría de los pacientes al ingreso en el Hospital de Día al estar en una situación psicopatológica aguda o subaguda. La estructura factorial de bienestar psicológico propuesta por van Dierendonck (2004) añade a la estructura original propuesta por Ryff y Keyes (1995), un factor de segundo orden llamado precisamente bienestar psicológico, que es el que subyacería bajo la puntuación global de la escala y que podría dar cuenta de los resultados obtenidos. Díaz et al. (2006) confirmaron la estructura factorial propuesta por van Dierendonck en la adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff, encontrando también un factor general de segundo orden además de la estructura de seis dimensiones propuestas por Ryff. Parecería pues que el “todo” del bienestar psicológico es algo más que la “suma” de sus partes.

Otro resultado que reclama nuestra atención es el hecho de que sólo el bienestar psicológico y no el bienestar subjetivo es el que explica parte significativa de los resultados al alta, una vez controlado el efecto de las mismas variables al ingreso. Este resultado puede ser coherente con algunos planteamientos teóricos bien establecidos desde la psiquiatría y la psicología clínica. Por ejemplo, mediante la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) en el eje V del Diagnosticand Statistical Manual Of Mental Disorders (American Psychiatric Association. y American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV., 2000) se pretende un acercamiento a la evaluación de la salud mental como una variable continua con la que se codifican las distintas medidas de salud mental en un código de diez puntos. El bienestar hedónico, pese a que se considera parte importante de la salud mental, no es considerado un síntoma esencial para tener un alto nivel de salud mental según esta escala. En

cambio, un alto nivel de salud mental requiere que los individuos informen de altos niveles en la mayoría de medidas de bienestar eudaimónico (Keyes, 2005). Pasar de un estado de moderada salud mental a uno de florecimiento mediante el aumento del nivel de bienestar eudaimónico reduce drásticamente el riesgo de desarrollar una enfermedad en el futuro, lo que no parece ocurrir en la misma medida si lo que aumenta sólo es el bienestar hedónico. La diferencia entre un estado de florecimiento y uno de moderada salud mental está principalmente en el mejor funcionamiento en la vida a favor del primero, en el mayor nivel de bienestar psicológico. Por tanto, los hallazgos sugieren la existencia de una influencia entre estados de salud mental y trastornos mentales. En particular el estado languideciente (*languishing*) podría suponer una predisposición para, y el estado floreciente un factor protector contra, el inicio y la recurrencia de enfermedad mental. Por lo tanto, el estado languideciente podría actuar como una diátesis que es activada por estresores que ponen a los individuos en el camino de la enfermedad mental (Keyes, 2005).

La investigación sobre la resiliencia ha mostrado que la salud mental depende de la capacidad de un individuo para manejar mentalmente, transformar y encontrar sentido a los estresores y desafíos de la vida, algo inmerso en el núcleo mismo de la felicidad eudaimónica (Ryff y Singer, 2003).

Importantes teorías sobre la etiología y el tratamiento de la depresión, por ejemplo, se han centrado en los procesos cognitivo conductuales (Hollon, Thase y Markowitz, 2002). Esto es, las enfermedades mentales tal como la depresión resultan de un pensamiento distorsionado, de determinados patrones de conducta o de incapacidad para formar y mantener apegos interpersonales positivos. Años de investigación sobre la indefensión aprendida han mostrado consistentemente que las percepciones de la desesperanza de uno y la incapacidad para cambiar situaciones negativas conducen a malestar y depresión, mientras que enmarcar esas situaciones en términos de metas está asociado con altos niveles de bienestar (Emmons, 2003).

Por último, quedaría por comprender por qué el bienestar psicológico no ha sido capaz de predecir parte significativa de la varianza del riesgo de auto o hetero-

agresión. Ello nos hace pensar que la variable riesgo aparece como mucho más “volátil”, más impredecible que el resto de las variables que mide el CORE-OM, en el sentido de ser más impulsiva, menos estable, menos dependiente del estado psicológico general. Paradójicamente, el riesgo de suicidio es mayor cuando el individuo comienza a avanzar hacia su recuperación y no cuando se encuentra más hundido emocionalmente (Sarason, 1990). En este mismo sentido es de destacar que ni la puntuación de riesgo al ingreso, ni la de riesgo al alta tuvieron una correlación significativa con la subescala de afecto positivo de la escala PANAS, lo que sí ocurrió con el resto de las subescalas y puntuación total del CORE, tanto al ingreso como al alta. La conducta suicida es un acto propio de una crisis, ocasionada por un problema agudo (Sarason, 1990) y no parece estar relacionada con procesos psicopatológicos más prolongados en el tiempo como suele ser el caso de la mayoría de los pacientes que ingresan en el Hospital de Día.

Los resultados apoyarían la utilidad de la intervención psicoterapéutica desde la perspectiva de la psicología positiva, dirigida a incrementar el bienestar psicológico como estrategia para la mejoría psicopatológica del paciente (Schrank et al., 2016). No se trata sólo de reducir las emociones negativas, de reducir la ansiedad, la depresión, sino de aumentar las emociones positivas y, sobre todo, el funcionamiento psicológico como forma de contrarrestar la psicopatología y/o hacerla más llevadera para el paciente, objetivo que en muchos casos se persigue (Boardman y Doraiswamy, 2015). Junto a ellos parece necesaria una evaluación continua de la evolución terapéutica de los pacientes, mientras están ingresados en este servicio, que vaya más allá de la impresión subjetiva de los clínicos.

El presente estudio tiene ciertas limitaciones que merecen mencionarse. En primer lugar, el tamaño de la muestra es pequeño y convendría en el futuro proseguir investigando las claves del progreso terapéutico en este tipo de servicios con muestras más amplias y distinguiendo a los pacientes en función del diagnóstico. Así mismo, hay algunas variables que convendría controlar en estudios futuros como la diversidad del tratamiento farmacológico, el diverso número de sesiones de psicoterapia individuales, incluso la intensidad de la participación de los familiares en el tratamiento. El ideal en futu-

ros estudios sería contar con un grupo control para que nos permitiera comprobar relaciones de causalidad entre las distintas variables, aunque en un servicio de estas características se nos antoja muy difícil contar con un grupo control pues los pacientes ingresan en función de sus necesidades y no se puede configurar una lista de espera o algo parecido. Sí parecería viable realizar comparaciones entre distintos servicios de las mismas características empleando técnicas psicoterapéuticas distintas, incluyendo en uno de ellos una estrategia psicoterapéutica general que contenga intervenciones concretas desde la psicología positiva y que busquen la mejora del bienestar psicológico.

A pesar de las limitaciones, creemos que la aportación más relevante del presente estudio es haber abierto una primera aproximación al estudio del bienestar en población clínica y de la posibilidad de considerar la perspectiva de la psicología positiva para la intervención.

A modo de conclusiones podemos decir que: (a) se redujo la psicopatología de forma notable de los pacientes durante su estancia en el Hospital de Día, (b) el alta del Hospital de Día parece basarse más en la impresión clínica subjetiva que en medidas objetivas, siendo necesarias una mayor utilización de estas últimas, (c) la conducta suicida parece ocasionada más por un problema agudo y menos por procesos psicopatológicos prolongados en el tiempo, (d) las psicoterapias existentes deberían promocionar el bienestar psicológico además de tratar la enfermedad mental y (e) parecen útiles las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a incrementar el bienestar psicológico como estrategia para la prevención de los trastornos mentales que pueden llevar a la derivación a los Hospitales de Día.

Referencias

- American Psychiatric Association. y American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: Autor.
- Boardman, S. y Doraiswamy, P. M. (2015). Integrating positive psychiatry into clinical practice. En D. V. Jeste, B. W. Palmer, D. V. Jeste y B. W. Palmer (Eds.), *Positive psychiatry: A clinical handbook*. (pp. 239-257). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.
- Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A. y Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 406-413. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.71.2.406>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Emmons, R. A. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. En C. L. Keyes y J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-lived* (pp. 105-128). Washington, DC.: American Psychologist Association.

- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J. y McGrath, G. (2000). CORE: clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255. <http://dx.doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., . . . y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135.
- Hollon, S. D., Thase, M. E. y Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39-77. <http://dx.doi.org/10.1111/1529-1006.00008>
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. y Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197-201. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760902844228>
- King, L. A. y Napa, C. K. (1998). What makes a life good? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 156-165. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.75.1.156>
- Mjøsund, N. H., Eriksson, M., Norheim, I., Keyes, C. L. M., Espnes, G. A. y Vinje, H. F. (2015). Mental health as perceived by persons with mental disorders-An interpretative phenomenological analysis study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 17(4), 215-233. <http://dx.doi.org/10.1080/14623730.2015.1039329>
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25-41. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>
- Robitschek, C. y Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 321-329. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013954>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- 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(6), 1069-1081. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D. y Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. En C. L. Keyes y J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-lived* (pp. 15-36). Washington, DC.: American Psychological Association.
- 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.
- Sarason, I. G. (1990). *Psicología anormal: los problemas de la conducta desadaptada* (3 Ed.). Mexico: Trillas.

Schrank, B., Brownell, T., Jakaite, Z., Larkin, C., Pesola, F., Riches, S., . . . y Slade, M. (2016). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: Pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 235-246.
<http://dx.doi.org/10.1017/S2045796015000141>

Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

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(3), 482-497.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.76.3.482>

Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)

Watson, D., Clark, L. A. y 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), 1063-1070. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

