

Intervenciones basadas en psicología positiva para la ansiedad

Positive psychology interventions for anxiety disorders

Dr. Luis Farfallini

Fundación Aiglé; CIIPME-CONICET

lfarfallini@gmail.com

Dr. Fernando García

Fundación Aiglé

fernandosebastiang17@gmail.com

Lic. Javier Fernández-Álvarez

Fundación Aiglé, Becario Doctoral Marie Curie, Università Cattolica del Sacro

Cuore, Milan, Italia

javferalvarez@gmail.com

Resumen: La psicología positiva poco a poco va adquiriendo reconocimiento en los distintos campos de aplicación de nuestra disciplina. La incorporación y el desarrollo de nuevas técnicas de intervención centradas en el afecto positivo dan cuenta de este fenómeno. Este trabajo tiene por objetivo observar algunos de los antecedentes que encontramos en la literatura en relación a la psicología positiva, así como también realizar un recorrido por las estrategias de intervención en psicología clínica que actualmente tienen su apoyo en la psicología positiva. Finalmente se comentan algunas aplicaciones específicas, así como los factores moderadores que se describen en la literatura.

Palabras clave: psicología positiva, intervenciones, ansiedad.

Abstract: *In the different applications fields of our discipline, Positive Psychology is gradually gaining recognition. This phenomenon can be observed in the growing incorporation and development of new interventions techniques centered on positive affection. The aim of this work is to observe some of the antecedents that we could find in the literature in relation to positive psychology techniques, and make a description of the intervention strategies in clinical psychology that have their support in the positive psychology. Finally, some of specific applications are discussed, as well as the moderating factors described in the literature.*

Keywords: *positive psychology, interventions, anxiety.*

LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Tradicionalmente los tratamientos psicológicos estuvieron focalizados en reducir el síntoma, es decir,

en el afecto negativo; pero cada vez existen más datos que indican la necesidad de integrar intervenciones dirigidas al entrenamiento en el afecto positivo, no solo para mejorar la eficacia de los tratamientos clínicos, sino también para generar intervenciones más atractivas para aquellas personas que presentan puntuaciones subclínicas.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los pasos recorridos resultaron necesarios. El movimiento de la Psicología Positiva no es nuevo, antes de la Segunda Guerra Mundial los desarrollos en esta línea abarcaban temas sobre productividad, vida plena, el desarrollo del talento y la inteligencia (12, 48). Uno de sus principales expositores es Antonovsky (4) y sus aportes en relación a: los principios básicos de su modelo (salud/ enfermedad como un continuo; relevancia de la historia de la salud/ enfermedad del individuo; los recursos de afrontamiento del individuo como un medio para alcanzar la cura y fomentar la adaptación del organismo), y el concepto de Sentido de Coherencia (SC) (2, 3), caracterizado como la capacidad que tiene una persona para percibir el significado del mundo que le rodea y anticiparse a las consecuencias que sus acciones pueden tener sobre el entorno. Otro antecedente importante son los trabajos de Suzanne Kobasa, y su concepto de Personalidad Resistente o *Hardiness* (25), un atributo que expresa la capacidad de ciertas personas a estar expuestas a situaciones estresantes, sin desarrollar síntomas. Según Seligman (52) gracias al período de post-guerra, la psicología se pudo desarrollar como ciencia de la mano de la medicina y, en consecuencia, del modelo biomédico dominante basado en el déficit. En aquella época fue necesario concentrar una mayor atención en las enfermedades mentales, de

manera que el énfasis teórico y de investigación predominante en psicología, se centró, principalmente, en las emociones negativas y en la debilidad humana, dando lugar a un marco disciplinar sesgado hacia lo patológico (12, 23, 45, 36, 52, 53, 63). Esto le permitió elaborar modelos de intervención eficaces y eficientes para una gran variedad de problemas psicológicos (35) dando lugar a su consolidación como ciencia dedicada a la curación (47).

Pero esta dedicación casi exclusiva en lo patológico es lo que le impidió y retrasó en el desarrollo de modelos y estrategias de intervención centradas en los aspectos positivos (63). Sin embargo, desde hace unos años, se está volviendo a poner el foco hacia las variables positivas. Pero a diferencia del período pre-guerra, este abordaje se realiza ahora desde una psicología más consolidada (37, 56). Un hito fundamental en nuestra historia para dar lugar al modelo salutogénico es la declaración realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) haciendo hincapié en la idea de que la salud implica un bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad (34). Otro hito fue la conferencia inaugural de Martin Seligman para su período presidencial de la *American Psychological Association* (54), que permitió ubicar a los aspectos positivos del ser humano en el centro de la escena de la investigación en psicología.

Las estrategias de intervención basadas en psicología positiva cada vez tienen más estudios que sustentan su relevancia, estando en continuo crecimiento y proceso de consolidación. Sus principios e ideas pueden encontrarse en el campo educativo, organizacional, social y clínico. El objetivo de este trabajo es presentar diferentes estudios investigación que dan cuenta de la utilidad de estas estrategias en el campo clínico, específicamente de los trastornos emocionales.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

Debe tenerse en cuenta que, aunque la psicología positiva tiende a inclinarse hacia lo positivo, no tiene la intención de perder de vista lo "negativo" y "neutral". Acordamos con la concepción de Watson y Tellegen respecto al afecto positivo y negativo, al considerarlos no como dos caras de la misma moneda, sino dos monedas diferentes (64), dos constructos independientes que pueden variar en nivel e intensidad de forma independientemente. Existen intervenciones basadas en psicología positiva que están ya consolidadas. Entre las intervenciones que ya demostraron tener eficacia clínica sobre los síntomas de ansiedad, se pueden mencionar la *Terapia del bienestar* de Fava (14, 42, 41), y la *Terapia de Calidad de Vida* de Frisch (1, 18, 16, 38, 39, 40).

La "Terapia del Bienestar" (TB) (14) es un programa de intervención positivo basado en las 6 dimensiones del modelo que describe Ryff (44): Autoaceptación, Bienestar interpersonal, Dominio del entorno, Autonomía, Propósito de vida y Crecimiento personal. El programa busca mejorar la capacidad de las personas para reconocer recuerdos de eventos positivos e identificar los obstáculos que dificultan dichos recuerdos, aplicándose como complemento a los tratamientos farmacológicos y psicológicos tradicionales. Se demostró la eficacia de esta intervención en pacientes de alto riesgo con trastornos de ansiedad generalizada, logrando una reducción sintomática y mejora en los niveles de bienestar, y también su potencial en la mejora de los resultados de las terapias convencionales (42). Recientemente Ruini y Fava (41) publicaron una revisión con los trabajos realizados en relación a la TB. Los autores comentan que los resultados de un gran número de estudios controlados permiten afirmar que se puede promover el florecimiento y la resiliencia por medio de intervenciones específicas dirigidas al aumento de aspectos como: la valoración positiva de uno mismo, el sentido de continuo crecimiento y desarrollo, la creencia de que la vida tiene un significado y un propósito, la calidad de las relaciones sociales, la capacidad para gestionar la vida de forma efectiva y el sentido de autodeterminación. Por otro lado, indican que las intervenciones basadas en la TB en ámbitos educativos producen un aumento en las medidas de bienestar y disminuyen los niveles ansiedad y estrés, en comparación con un grupo control.

La TB se ha aplicado para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (13, 42). Veinte pacientes con TAG fueron asignados aleatoriamente a 8 sesiones de TCC o la administración de 4 sesiones de TCC más 4 sesiones de TB. Ambas psicoterapias se asociaron con una reducción significativa de la ansiedad. Sin embargo, la combinación secuencial de TB-TCC fue superior a la TCC sola, tanto en términos de reducción de síntomas como de mejoras en el bienestar psicológico. Estos resultados sugieren las ventajas clínicas de la adición de TB al tratamiento de TAG. Una posible explicación de estos resultados es que el autocontrol de los episodios de bienestar puede conducir a una identificación más completa de los pensamientos automáticos que la que implica el monitoreo habitual de los episodios de angustia en la terapia cognitiva (42).

El segundo ejemplo de intervención clínica es la "Terapia de Calidad de Vida" (TCV) de Frisch (17, 18). La TCV integra la teoría del bienestar, instrumentos de medida específicos y recursos de intervención diseñados para cultivar aspectos positivos y aumentar el bienestar. En la TCV las personas aprenden estra-

tegrías y habilidades que les ayudan a identificar, perseguir y satisfacer sus necesidades, metas y deseos más preciados en 16 áreas de la vida: salud, autoestima, objetivos y valores en la vida, nivel de vida económico, satisfacción en el trabajo, ocio y entretenimiento, aprendizaje, creatividad, solidaridad y compromiso social, amor, amistad, relación y empatía con los hijos, relación y empatía con los familiares, hogar, buenas relaciones con los vecinos y comunidad. Frisch plantea que el bienestar o la felicidad se alcanza, en primer lugar, con la satisfacción con la vida (en las áreas mencionadas) y, en segundo lugar, como consecuencia del balance afectivo. Recientemente Frisch (15) ha publicado un trabajo en el que comenta algunos de los estudios controlados que han aportado evidencia científica sobre la eficacia de la TCV para aumentar los niveles de satisfacción con la vida y calidad de vida en pacientes que esperan un trasplante de pulmón (38, 40), de riñón (39), y en madres de niños diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (1). Estos estudios demuestran la importancia de incluir intervenciones basadas en psicología positiva en todo tipo de programas que tengan como objetivo proporcionar educación y apoyo emocional, para disminuir los efectos del estrés y síntomas de ansiedad, mostrando mejoras significativas en su calidad de vida y mayores niveles de satisfacción con sus familias y entorno de vida.

Estos dos ejemplos de intervenciones resultan paradigmáticos en la literatura, y tienen mucha investigación que les sustenta. Sin embargo, existen otros ejemplos de estrategias de intervención que podrían resultar en componentes relevantes a incorporar en programas de tratamientos ya consolidados.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE PSICOLOGÍA POSITIVA PARA LA ANSIEDAD

Aunque los trastornos de ansiedad no están directamente asociados con una reducción en las actividades positivas, dependiendo del tipo de ansiedad puede llegar considerarse la evitación de este tipo de actividades como que sucede. Como señalan Carl y colaboradores (8), en la ansiedad social se produce la evitación de situaciones sociales positivas y se observan frecuencias más bajas de eventos positivos diarios (24); la agorafobia supone la evitación de una amplia variedad de situaciones (33) incluyendo muchas situaciones positivas, tales como actividades sociales y de ocio; el trastorno de pánico se asocia con una menor participación en actividades que generan activación, como el ejercicio físico y los eventos que involucran a un gran número de personas (33). Además, las personas con ansiedad social y trastornos de ansiedad generalizada presentación aprehensión a ex-

perimentar emociones positivas (62). Una buena cantidad de estudios apoyan la existencia de sesgos selectivos automáticos de atención hacia los estímulos negativos en los trastornos de ansiedad (5, 31, 43). Finalmente, en la ansiedad social, las investigaciones indican que existen sesgos selectivos para apartar la atención de los estímulos positivos (11, 60, 61). Estos estudios dan cuenta de posibles áreas donde se podría llegar a intervenir utilizando estrategias basadas en psicología positiva, aunque siempre como un complemento de las intervenciones tradicionales centradas en el afecto negativo. Además, no debe perderse vista que las personas con trastornos de ansiedad pueden percibir las metas del enfoque positivo como amenazantes. Tales riesgos pueden implicar enfrentar el fracaso personal, rechazo social, peligro físico u otros resultados negativos, aspectos centrales en muchos trastornos de ansiedad. En las personas que los sufren pueden pesar más estos riesgos sobre los beneficios potenciales de incorporar situaciones positivas en sus actividades diarias.

Las intervenciones que se podrían utilizar toman muchas formas, pero típicamente se componen de varias sesiones cortas espaciadas a lo largo de semanas o incluso meses. Se incluyen ejercicios cortos y se da tiempo y espacio a los participantes para probar las nuevas técnicas que aprendieron, para desarrollar las nuevas habilidades (20). Incluso los modos de dispensar algunas intervenciones incorporan a las tecnologías de la información y comunicación (21).

Existen distintas estrategias de intervención utilizadas por los programas de psicología positiva para ayudar a una persona con este tipo de trastorno. Algunas de las intervenciones psicológicas positivas más populares incluyen: a) entrenamiento en afecto positivo; b) entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la resiliencia; c) búsqueda de proyecto de vida; d) mejora del apoyo social.

a) entrenamiento en afecto positivo: los estudios indican que es una de las formas más efectivas para combatir la ansiedad y el bajo estado de ánimo. El pensamiento positivo puede predecir la felicidad (27); practicar gratitud mejora el bienestar y evita que los individuos experimenten estrés y bajo estado de ánimo (65); el entrenamiento en emociones positivas resultó en mayores tasas de remisión sintomática (49); las intervenciones dirigidas a aumentar la esperanza y la gratitud demostraron ser eficaces para mejorar la satisfacción con la vida (26). Una intervención basada en el entrenamiento de las fortalezas aumenta la felicidad y disminuye los síntomas de ansiedad y depresión, con un seguimiento de 6 meses, en personas que mantienen la práctica (50).

b) entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la resiliencia: el aumento de la resiliencia y los re-

cursos de afrontamiento reduce significativamente los síntomas ansiosos y de bajo estado de ánimo (46); el entrenamiento en regulación emocional (basado en la aceptación y el compromiso) y habilidades de afrontamiento, ayuda a reducir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés (7).

c) búsqueda de proyecto de vida: una vida significativa es considerada un componente importante de una vida positiva y un camino hacia un mayor bienestar (51). En general, las intervenciones dirigidas a la creación de significado ayudan a las personas, con o en riesgo de desarrollar depresión, a lograr un mayor bienestar y reducir sus síntomas de ansiedad (19, 22) y sobrellevar de forma positiva una experiencia difícil (9).

d) mejora del apoyo social: diferentes intervenciones positivas buscan mejorar el apoyo social para combatir los síntomas depresivos y de aislamiento social. McWhirter, Nelson y Waldo (32) descubrieron que los grupos comunitarios mejoran el apoyo social, lo que a su vez disminuye los síntomas de ansiedad, depresión y mejora la satisfacción con la vida. Sin y colaboradores (58) encontraron que el apoyo social puede ayudar a aumentar el bienestar de una manera sostenible. La intervención conocida como "actos de bondad", anima a los individuos a involucrarse en nuevos comportamientos altruistas para cultivar sentimientos positivos relacionados con la conexión social. La evidencia preliminar sugiere que el aumento de los actos de bondad puede mejorar la felicidad y el bienestar y disminuir el estrés (28).

¿QUIÉNES SE PUEDEN BENEFICIAR?

Los estudios indican que estas intervenciones producen un mayor efecto en aquellas personas que sintomatología leve a moderada, y no en quienes experimentan síntomas en episodios intermitentes (10). También existe evidencia de que aquellos que buscan entrenarse y están altamente motivados para completar el programa obtienen los mayores beneficios (59). Por último, los participantes que se entrenan de forma presencial e individual mejoran más que aquellos que se entrenan en un grupo o con intervenciones auto-administradas (57).

Entre los factores que moderan la eficacia de las intervenciones podemos encontrar: el dispositivo, la duración del mismo, la motivación y expectativas de resultados, la personalización, las redes de apoyo y el estado de ánimo.

Respecto al dispositivo, las intervenciones psicológicas positivas individuales se asocian con un aumento relativamente mayor en el bienestar y la mejora de los síntomas y aportan los mayores beneficios que las grupales (6, 59). Las actividades positivas auto-

ministradas no son tan eficaces como las tradicionales. Sin embargo, participar en actividades positivas auto-administradas mejora significativamente el bienestar, en comparación con la participación en actividades neutrales o la no participación (59). En cuanto a la duración, las intervenciones de mayor duración (medidas en horas o semanas) tienden a ser más eficaces tanto para disminuir los síntomas como para aumentar la felicidad, en comparación con las intervenciones más cortas (59). Una mayor duración permite practicar más, lo que se traduce en mayores oportunidades de convertir las actividades en hábitos duraderos. Además, quienes continúan practicando actividades positivas después de una intervención formal, experimentan incrementos relativamente mayores en la felicidad (29, 50, 55). Las intervenciones en las que las personas eligen libremente participar tienden a tener más éxito en disminuir los síntomas y aumentar el bienestar (29, 59) por ello la motivación y las expectativas de resultados son importantes. Los participantes que se ofrecen como voluntarios en una intervención están más motivados para ser más felices que aquellos que son asignados aleatoriamente, y pueden ser relativamente más diligentes y estar más entusiasmados con seguir instrucciones o recomendaciones. Por otro lado, la personalización, o "ajuste" de una actividad particular y una persona, aumenta la efectividad de la intervención, especialmente si coincide con sus fortalezas, necesidades, valores, intereses y preferencias (30, 28). Otro punto importante son las redes de apoyo. Las intervenciones pueden ser más eficaces cuando la persona siente que tiene una red social de apoyo. Ésta es muy valiosa, ya que puede proporcionarnos estímulo y confianza durante los períodos más difíciles, de baja motivación o estado de ánimo. También puede funcionar como fuente de inspiración para realizar las actividades psicológicas. Finalmente, el estado de ánimo. Los individuos con bajo estado de ánimo, generalmente experimentan mayores mejorías en el bienestar y una mayor reducción de los síntomas depresivos y ansiosos (59), pero estos resultados necesitan de mayores investigaciones para ser concluyentes.

Sin duda queda mucho recorrido por delante y los datos presentados en este trabajo distan de ser exhaustivos, pero intentan ser representativos del estado actual de las intervenciones basadas en psicología positiva para la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2010; XIX (7): 605-613.
2. Antonovsky A. *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.

3. Antonovsky A. Pathways Leading to Successful Coping and Health. En: M. Rosenbaum, editor. *Learned Resourcefulness*. Nueva York: Springer Publishing Company; 1990. p. 31-63.
4. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1987.
5. Bar-Haim Y, Lamy D, Pergamin L, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn, MH. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin* 2007; CXXXIII (1): 1-24.
6. Baskin TW, Enright RD. Intervention studies on forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development* 2004; LXXXII: 79-90.
7. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology* 2016; LVII: 41-52.
8. Carl JR, Soskin DP, Kerns C, Barlow DH. Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review* 2013; XXXIII: 343-360.
9. Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology* 2014; XXIII: 9-19.
10. Celano CM, Beale EE, Mastromauro CA, Stewart JG, Millstein RA, Auerbach RP, Bedoya CA, Huffman JC. Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 2017; XLVII (5): 810-821.
11. Chen NTM, Clarke PJF, MacLeod C, Guastella AJ. Biased attentional processing of positive stimuli in social anxiety disorder: An eye movement study. *Cognitive Behaviour Therapy* 2012; XLI (2): 96-107.
12. Contreras F, Esguerra G. *Psicología Positiva: una nueva perspectiva en psicología*. Revista *Diversitas* 2006; II (2): 311-319.
13. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, Sirigatti S. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2005; LXXIV (1): 26-30.
14. Fava GA. Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1999; LVIII (4): 171-179.
15. Frisch MB, Diener E. What Therapists Need to Know about the Necessity of Positive Feelings for Mental Health. En: Wood A, Johnson J editors. *Positive Clinical Psychology*. New York: Wiley; 2015. p 409-425.
16. Frisch MB. Evidence-Based Well-Being/Positive Psychology Assessment and Intervention with Quality of Life Therapy and Coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research* 2013; CXIV (2): 193-227.
17. Frisch MB. Quality of Life Therapy and Assessment in Health Care. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1998; V (1): 19-40.
18. Frisch MB. *Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. Hoboken NJ: Wiley, 2005.
19. Gander F, Proyer RT, Ruch W. The subjective assessment of accomplishment and positive relationships: initial validation and correlative and experimental evidence for their association with well-being. *Journal of Happiness Studies* 2016; XVIII (3): 743-764.
20. Goodmon LB, Middleditch AM, Childs B, Pietrasiuk SE. Positive psychology course and its relationship to well-being, depression, and stress. *Teaching of Psychology* 2016; XLIII: 232-237.
21. Herrero R, Castilla D, Vizcaíno Y, Molinari G, García-Palacios A, Botella C. Avances en el tratamiento psicológico de la fibromialgia: el uso de la realidad virtual para la inducción de emociones positivas y la promoción de la activación comportamental. Un estudio piloto. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2013; XXII: 111-120.
22. Ho HCY, Yeung DY, Kwok SYCL. Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology* 2014; IX: 187-197.
23. Javaloy F, Morales F, Fernández S, Magallares A. *Psicología Social y Psicología Positiva: algunas reflexiones*. *Revista de Psicología Social* 2011; XXVI (3): 345-355.
24. Kashdan TB, Steger MF. Expanding the topography of social anxiety: An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events, and emotion suppression. *Psychological Science* 2006; XVII (2): 120-128.
25. Kobasa SC. The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En: Sanders GS, Sals J editors. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1982. p. 3-32.
26. Kwok SYCL, Gu M, y Kit KTK. Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: A randomized clinical trial. *Research on Social Work Practice* 2016; XXVI (4): 350-361.
27. Lightsey OR. "Thinking positive" as a stress buffer: The role of positive automatic cognitions in depression and happiness. *Journal of Counseling Psychology* 1994; XLI: 325-334.
28. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology* 2005; IX: 111-131.
29. Lyubomirsky S, Sin NL. Positive affectivity and interpersonal relationships. En: Reis H, Sprecher S editors. *Encyclopedia of Human Relationships*. New York: Sage; 2009. p. 1264-1266.
30. Lyubomirsky S. *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press; 2008.
31. Mathews A, MacLeod C. Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; I: 167-195.
32. McWhirter P, Nelson J, Waldo M. Positive psychology and curative community groups: Life satisfaction, depression, and group therapeutic factors. *Journal for Specialists in Group Work* 2014; XXXIX: 366-380.
33. Morissette SB, Bitran S, Barlow DH. Panic disorder and agoraphobia. En: Antony MM, Barlow DH editors. *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press; 2010. p. 141-185.
34. Organización Mundial de la Salud, OMS. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1948.
35. Pérez Álvarez M, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I, Fernández Hermida JR. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Ediciones Pirámide: España; 2003.
36. Prada EC. *Psicología Positiva & Emociones Positivas*. *Revista de Psicología Positiva* 2005; II. Disponible en <https://edu-fest.wikispaces.com/file/view/Psicologiapositiva.pdf>.
37. Prieto-Ursúa M. *Psicología Positiva: una moda polémica*. *Clinica y Salud* 2006; XVII (3): 319-338.
38. Rodrigue JR, Baz MA, Widows MR, Ehlers SL. A Randomized Evaluation of Quality-of-Life Therapy with Patients Awaiting Lung Transplantation. *American Journal of Transplantation* 2005; V: 2425-2432.
39. Rodrigue JR, Mandelbrot DA, Pavlakis M. A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrology, Dialysis, Transplantation* 2011; XXVI (2): 709-715.
40. Rodrigue JR, Widows MR, Baz MA. Caregivers of patients awaiting lung transplantation: Do they benefit when the patient is receiving psychological services? *Progress in Transplantation* 2006; XVI: 336-342.
41. Ruini C, Fava GA. Role of Well-Being Therapy in Achieving a Balanced and Individualized Path to Optimal Functioning. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2012; XIX: 291-304.
42. Ruini C, Fava GA. Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2009; LXV (5): 510-519.
43. Ruiz-Caballero JA, Bermúdez J. Anxiety and attention: Is there an

- attentional bias for positive emotional stimuli? *The Journal of General Psychology* 1997; CXXIV (2): 194-210.
44. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology* 1989; LVII (6): 1069-1081.
 45. Salanova M, López-Zafra E. Introducción: Psicología Social y Psicología Positiva. *Revista de Psicología Social* 2011; XXVI (3): 339-343.
 46. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias-Carrión O, Silva AC, Carta MG, Nardi AE, Machado S. The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: Systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2013; IX: 221-237.
 47. Seligman MEP, Christopher P. Positive Clinical Psychology. En: Aspinwall LG, Staudinger UM editors. *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field*. Washington, DC: American Psychological Association; 2000. p. 305-317.
 48. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *American Psychologist* 2000; LV (1): 5-14.
 49. Seligman MEP, Rashid T, Parks A. Positive psychotherapy. *American Psychologist* 2006; VIII: 774-788.
 50. Seligman MEP, Steen T, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist* 2005; LX (5): 410-421.
 51. Seligman MEP. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press; 2002.
 52. Seligman MEP. *Building Human Strength. Psychology's Forgotten Mission*. APA Monitor 1998; XXVIII (1). Disponible en <http://www.apa.org/monitor/jan98/press.html>.
 53. Seligman MEP. *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara; 2003.
 54. Seligman MEP. The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist* 1999; LIV: 559-562.
 55. Sheldon KM, Lyubomirsky S. How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology* 2006; I (2): 73-82.
 56. Simonton DK, Baumeister R. Positive Psychology is necessary. *American Psychologist* 2005; LVI: 216-217.
 57. Sin NL, Della Porta MD, Lyubomirsky S. Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. En: Donaldson SI, Csikszentmihalyi M, Nakamura J editors. *Applied positive psychology: Improving everyday life, schools, work, health, and society*. New York: Routledge; 2011. p. 79-96.
 58. Sin NL, DiMatteo, MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2014; XLVII (3): 259-269.
 59. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 2009; LXV (5): 467-487.
 60. Taylor CT, Bomyea J, Amir N. Attentional bias away from positive social information mediates the link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders* 2010; XXIV (4): 403-408.
 61. Taylor CT, Bomyea J, Amir N. Malleability of attentional bias for positive emotional information and anxiety vulnerability. *Emotion* 2011; XI (1): 127-138.
 62. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research* 2005; XXIX (1): 89-106.
 63. Vázquez C. *La Psicología Positiva en Perspectiva*. Papeles del psicólogo 2006; XXVII (1): 1-2.
 64. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin* 1985; XCVIII: 219-235.
 65. Wood AM, Froh JJ, Geraghty AWA. Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical psychology review* 2010; XXX (7): 890-905.