

Intervención psicológica basada en la psicología positiva para un caso de trastorno de la conducta alimentaria

Carmen Luna Rodríguez

Máster en Psicología General Sanitaria



MÁSTERES
DE LA UAM
2018 - 2019

Facultad de Psicología

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADA EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA PARA UN CASO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Trabajo Fin de Máster. Estudio de caso clínico

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Carmen Luna Rodríguez

Tutora: María Izal Fernández de Trocóniz

Máster en Psicología General Sanitaria

2018/19

Grado de participación de la estudiante en el TFM. La estudiante ha participado activamente tanto en la evaluación de la paciente como en la elaboración y aplicación de la intervención psicológica y valoración de los resultados.

RESUMEN. El trabajo describe la aplicación de una intervención basada en la Psicología Positiva para un caso clínico con el fin de prevenir recaídas, incrementar el sentido de la vida y aumentar el bienestar psicológico. La paciente es una chica de 20 años ingresada en el Hospital de Día Santa Cristina con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. La evaluación consistió en la observación de la paciente en terapias grupales y la aplicación de varios cuestionarios (PANAS, PIL, LOT-R, BSQ, QIDS-SR-16, Escala de Bienestar de Ryff y Escala de Autoestima de Rosenberg). Para la intervención se utilizó psicoeducación y otras actividades basadas en la Psicología Positiva (*Buenos y malos momentos, Contando experiencias agradables, Listado de fortalezas, Mejor yo posible, Carta de perdón, Carta de gratitud y Hoja de trabajo basada en el modelo PERMA*). El tratamiento se aplicó en 4 sesiones individuales y una sesión grupal. El estudio tenía un diseño A-B y los resultados se valoraron según la comparación de los datos cuantitativos y cualitativos pre y post-tratamiento. Tales resultados indicaron mejoras en los objetivos terapéuticos por lo que la intervención resultó eficaz. También se comentan limitaciones y futuras mejoras.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, psicología positiva, bienestar.

ABSTRACT. The present project describes the application of an intervention based on Positive Psychology for a clinical case in order to prevent relapse, increase the sense of life and enhance the subjective and psychological well-being. The patient is a girl of 20 years who is admitted to the Hospital Santa Cristina with diagnosis of Eating Disorder Unspecified. The evaluation consists of the observation of patient in group therapies and the use of several questionnaires ((PANAS, PIL, LOT-R, BSQ, QIDS-SR-16, Scale of Psychological Well-being of Ryff and Scale of Self-esteem of Rosenberg). For the intervention, it was used psychoeducation and other techniques based on Positive Psychology (*Good and Bad memories, Counting positives moments, List of strengths, Better me possible, Letter of forgiveness, Letter of gratitude and Worksheet based on PERMA model*). The treatment was applied in 4 individual sessions and one group session. The study had A-B design and the results were analysed according to the comparison of pre and post-treatment quantitative and qualitative data. Theses results show an improvement in therapeutic goals which indicates that the intervention was effective. Moreover, some limitations and future improvement were explained.

Key words: eating disorder, positive psychology, well-being

Introducción.....	4
Psicología Positiva: Fundamentos y evolución.....	4
Salud mental desde la perspectiva de la Psicología Positiva.....	6
Intervenciones desde la Psicología Positiva.....	7
Psicología Positiva en el Trastorno de Conducta Alimentaria.....	12
Descripción del caso.....	15
Identificación de la paciente.....	15
Análisis del motivo de consulta	15
Historia del problema	15
Evaluación.....	17
Análisis y descripción de las conductas problema.....	20
Establecimiento de metas del tratamiento.....	25
Diseño del estudio	25
Intervención.....	26
Objetivos de la intervención.....	26
Selección de las técnicas terapéuticas.....	26
Aplicación del tratamiento.....	29
Factores relacionados con la terapeuta.....	37
Resultados.....	38
Análisis cuantitativo.....	38
Análisis cualitativo.....	44
Discusión.....	45
Referencias bibliográficas.....	49
Anexos.....	61

Introducción

Psicología Positiva: Evolución y fundamentos psicológicos

La Psicología Positiva es un movimiento que pretende traer nuevamente al centro de la investigación el estudio de los procesos y condiciones que contribuyen a funcionamiento óptimo de los seres humanos (Gable y Haidt, 2005; Seligman, y Csikszentmihalyi, 2000). El pasado de esta disciplina es corto y su antecedente más claro es la psicología humanista que, liderada por autores como Abraham Maslow y Carl Rogers, recuperó la visión más positiva del ser humano (Hervás, 2009). Sin embargo, fue gracias a Martin Seligman y Mihaly Csikszentmihalyi cuando aparece como un campo de estudio científico bien establecido (Hervás, 2009), rescatando una perspectiva diferente a la tradicionalmente planteada en el ámbito psiquiátrico y psicológico (Vázquez, 2013).

La revisión de Gable y Haidt (2005) con estudios procedentes de la Psicología Social, la Psicología de la Salud y la Psicología Cognitiva indica que, a pesar de la existencia de estudios innovadores en estas áreas, la mayoría de las investigaciones están relacionados con aspectos negativos del ser humano (baja autoestima, efectos nocivos de estresores ambientales...). Asimismo, en el área aplicada, la mayoría de programas y profesionales se han centrado en un enfoque basado en la patología destinado a la disminución de conductas negativas y mejora los déficits (Moran y Nemeč, 2013). Además, la sintomatología subclínica no ha tenido tanta relevancia en la práctica clínica, de modo que las intervenciones se han aplicado mayoritariamente a la fase aguda de los trastornos mentales (Vázquez, 2013). Como consecuencia, la posibilidad de incluir estrategias terapéuticas para aumentar el bienestar y así prevenir recaídas no se ha analizado detalladamente (Vázquez, 2013; Vera, 2006).

Todo ello ha desembocado en un modelo psicológico que prioriza la disminución de síntomas sin apreciar las características positivas que hacen que merezca la pena vivir la vida (Seligman, y Csikszentmihalyi, 2000).

El origen de esta falta de atención en aspectos positivos del ser humano puede deberse a la dificultad para conocer el efecto de dichos estados positivos, ya que éstos son más demorados y sutiles que los aspectos negativos (Gable y Haidt, 2005; Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

La Teoría de la Ampliación y Construcción de Fredrickson (1998) ha contribuido al análisis de las emociones, poniendo de manifiesto ciertas diferencias en la función de las emociones positivas y negativas. Dicha teoría plantea que las emociones positivas amplían el repertorio de pensamientos y conductas, mientras que las emociones negativas limitan los mecanismos de acción a la lucha o huida. Esto significa que las emociones positivas están menos asociadas a patrones de actuación concretos, favoreciendo conductas más flexibles y el desarrollo de recursos para el futuro (Vázquez et al., 2006).

Otra aportación importante en desarrollo conceptual de la Psicología Positiva es el estudio del bienestar, dentro del cual existen dos vertientes: el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico, ambos incluidos en el campo de la Psicología Positiva (Moran y Nemec, 2013). El primero está asociado a emociones positivas hacia la vida y a la consecución del placer (Lyubomirsky, Sheldon, y Schkade, 2005); mientras que el concepto de bienestar psicológico está ligado al modelo de bienestar de Ryff (1989) y se define como el funcionamiento óptimo de la persona incluyendo dimensiones como crecimiento personal y propósito en la vida.

Asimismo, clasificación de fortalezas del carácter y la teoría de flujo han contribuido considerablemente al crecimiento de la Psicología Positiva. En cuanto a la primera, Park, Peterson y Seligman (2004) clasificaron fortalezas del carácter entendidas como rasgos positivos presentes en pensamientos, sentimientos y comportamientos, y vincularon la utilización de tales fortalezas con una mayor satisfacción vital (Seligman et al., 2005). Por otro lado, la teoría del flujo (Csikszentmihalyi, 1997; Moran y Nemec, 2013), propone la experiencia de fluir como un estado psicológico intenso de concentración en el momento presente que fomenta el autodesarrollo, la ampliación de habilidades y competencias y el fortalecimiento de los talentos naturales (Csikszentmihalyi, 1997; Moran y Nemec, 2013).

Todo ello ha desembocado en el análisis de tres vías principales para acceder a la felicidad y el bienestar que se plantea desde la Psicología Positiva (Seligman, 2002): 1) el estudio de las emociones positivas para conseguir una vida placentera, 2) el estudio de experiencias óptimas (*flow*), mediante el uso de virtudes personales para alcanzar un compromiso con la vida y 3) el estudio del sentido de la vida para desarrollar las propias potencialidades y ayudar a los demás. Además, en la actualidad las relaciones positivas

se han incluido como otra vía fundamental para alcanzar la felicidad (Park, Peterson y Sun, 2013).

No obstante, esta disciplina no analiza exclusivamente la felicidad o el bienestar de las personas, también tiene en cuenta el sufrimiento de las mismas. Por ejemplo, hay investigaciones sobre crecimiento postraumático y resiliencia tras sucesos traumáticos (Fredrickson et al. 2003; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006), sobre la importancia del afecto positivo en la adaptación a enfermedades físicas (Huffman et al., 2016; Salovey, 2000) o sobre rasgos positivos que actúan como factores de protección en la génesis de trastornos físicos y psicológicos (Layous, Chancellor, y Lyubomirsky, 2014; Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

En conclusión, el esfuerzo de la Psicología Positiva durante estos años se ha dirigido a destacar los estados positivos de los seres humanos con el objetivo de proporcionar técnicas que complementen las estrategias terapéuticas ya existentes centradas en el malestar (Vera, 2006).

Salud mental desde la perspectiva de la Psicología Positiva

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud recoge el concepto de bienestar y funcionamiento óptimo en su definición de salud (WHO, 2004). En concreto, entiende la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo realiza sus propias habilidades, puede enfrentarse al estrés de la vida diaria y trabajar productivamente y, además, es capaz de contribuir en su comunidad (WHO, 2004). Dicha definición pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de la enfermedad, dejando de considerarse como conceptos mutuamente excluyentes. Al igual que ocurre con las emociones positivas y negativas que son, en parte independientes unas de otras (Hervás, 2009; Vecina, 2006).

La implicación de todo ello en el ámbito clínico es la posibilidad de que existan personas sin enfermedad mental con un bajo nivel de bienestar subjetivo y; por el contrario, personas con enfermedad mental que experimenten un mayor nivel de bienestar (Keyes, 2007; Slade, 2010).

Por ejemplo, algunas investigaciones han observado que pacientes en remisión completa – según el DSM-, y siendo innecesario el tratamiento activo, presentan puntuaciones en los niveles de bienestar significativamente más bajos que el grupo control (Fava et al.,

2001; Tomba, et al., 2017)). Por el contrario, Keyes (2007) observó que el funcionamiento de adultos con enfermedad mental que estaban en el grupo de bajo bienestar fue considerablemente peor que los adultos con una enfermedad mental que estaban “floreciendo” (intentando alcanzar un funcionamiento óptimo). Tales resultados revelan que el continuo de salud mental distingue también el nivel de deterioro dentro de la categoría de los enfermos mentales.

En este sentido, el modelo completo de salud mental de Keyes (Keyes, 2005; Keyes, 2007) propone dos dimensiones independientes: la enfermedad mental (en un continuo de ausencia en el presente) y el bienestar (que puede ser bajo *–languideciendo–* o alto *–floreciendo–*). Este modelo supone un esfuerzo por reunir atributos positivos que definan la salud mental óptima desde una perspectiva diferente a la ausencia de síntomas. Además, entiende que la recuperación puede ocurrir incluso cuando los síntomas persisten, siendo posible ayudar a las personas con trastorno mental a lograr vidas satisfactorias, significativas y con propósito (Moran y Nemec, 2013).

Esto significa que la recuperación personal va más allá de la recuperación clínica y requiere de un trabajo hacia una mejor salud mental (Slade, 2010). También implica el trabajo de las habilidades, intereses y potencialidades, así como el restablecimiento de roles y relaciones que hacen una vida valiosa y con sentido (Slade, 2010). En este sentido, analizar los cambios que se producen en el bienestar y facilitar el crecimiento personal durante su proceso terapéutico permite dirigirnos hacia la recuperación y la vida de calidad (Vázquez, 2013).

Intervenciones desde la Psicología Positiva

La felicidad duradera depende de diversos factores como son las circunstancias vitales, un rango fijo de bienestar y factores asociados a la propia voluntad (Seligman, 2002). El rango fijo hace referencia tanto al nivel base de felicidad que se hereda del padre y la madre biológicos, como a la facilidad que las personas poseen para acostumbrarse a estados de felicidad y a darlos por supuestos, lo cual no se puede modificar (Seligman, 2002). Las circunstancias de la vida tampoco se pueden cambiar ni alterar, de modo que la única dimensión de la felicidad sobre la que se puede actuar son los factores que dependen de la propia voluntad (Lyubomirsky et al., 2005; Seligman, 2002). Por tanto, las intervenciones basadas en la Psicología Positiva se dirigen hacia dichos factores con el fin de incrementar el nivel de bienestar. En este sentido, la Psicología Positiva

considera que los tres componentes de la auténtica felicidad que se deben trabajar son la satisfacción con el pasado, el optimismo hacia el futuro y, el fluir y ser feliz en el presente (Seligman, 2002; Seligman, y Csikszentmihalyi, 2000).

Las intervenciones basadas en la Psicología Positiva tienen como objetivo principal el incremento de la felicidad y el bienestar; mientras que la disminución de los síntomas es el resultado secundario, lo cual las diferencia de otro tipo de terapias (Schrank, et al., 2014; Vázquez, 2013). Sin y Lyubomirsky (2009) y Bolier et al. (2013) en sus respectivos meta-análisis manifestaron que dichas intervenciones resultaban efectivas en el aumento del bienestar subjetivo y psicológico de las personas y que, además, reducían los síntomas depresivos.

En general, se ha observado que los ejercicios positivos aumentan las emociones positivas, los pensamientos positivos, los comportamientos positivos y la necesidad de satisfacción, lo que a su vez mejora el bienestar de las personas (Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky y Layous, 2013). Particularmente, los efectos beneficios de tales intervenciones se han asociado al trabajo de la esperanza y fortalezas como el coraje, la perseverancia, el optimismo, la capacidad para disfrutar, la responsabilidad personal y el propósito vital (Angela, Steen y Seligman, 2005; Seligman, 2002).

Por otro lado, las intervenciones positivas se han aplicado en formatos grupales e individuales, donde a través de los ejercicios positivos se abordan uno o más de los tres componentes de la felicidad (Schrank, et al., 2014; Seligman, 2002) En concreto, se emplean ejercicios tales como identificar las fortalezas de las personas y aprender a usarlas en la vida cotidiana, mantener un diario de agradecimiento, saborear los momentos y actividades, usar el perdón y la gratitud para crear emociones positivas, o ayudar a otros (Schrank, et al., 2014; Seligman, Rashid y Parks, 2006).

1. Eficacia de la Psicología Positiva en personas sin patología mental

La investigación ha relacionado el bienestar de las personas con efectos positivos como la satisfacción con la familia y las relaciones sociales, con un mayor rendimiento en el trabajo y con una mejor salud (Lyubomirsky, King y Diener, 2005). Por ello, intervenciones basadas en psicología positiva se han aplicado en diversas poblaciones aunque no tengan patología mental. Por ejemplo, Machado et al. (2019) mostraron que técnicas basadas en la Psicología Positiva eran efectivas en el aumento de bienestar y

disminución de síntomas depresivos entre estudiantes de medicina. También se han visto efectivas tales intervenciones con personas mayores, con quienes el trabajo de las emociones positivas, regulación emocional y fortalezas se asoció con aumentos en la felicidad y disminuciones en la presión arterial y pensamientos rumiativos (Jiménez, Izal y Montorio, 2016).

Asimismo, la investigación ha relacionado estados emocionales positivos con patrones más saludables de respuesta tanto en la actividad cardiovascular como del sistema inmunológico (Herbert y Cohen, 1993; Huffman et al., 2016). Además, constructos procedentes de la psicología positiva como el afecto positivo, el optimismo y el bienestar juegan un papel importante en la adaptación a enfermedades crónicas (Salovey et al., 2000; Huffman et al., 2011). Leclaire et al. (2018) encontraron que, tras una intervención de psicología positiva grupal de 5 semanas en personas con esclerosis múltiple, los síntomas depresivos y la fatiga se reducían y la salud relacionada con la calidad de vida mejoraba.

El afecto positivo se ha observado que favorece también el compromiso con objetivos y proyectos personales (Elliot y Thrash, 2002). Por ejemplo, intervenciones breves en habilidades afectivas positivas para personas recientemente diagnosticadas de VIH, mejoran los niveles de afecto positivo 5, 10 y 15 meses después del diagnóstico y, fomentan comportamientos dirigidos a la salud (Moskowitz et al., 2017). También se han relacionado con el desarrollo de recursos futuros y la implicación con metas ligadas a un envejecimiento saludable (Jiménez et al., 2016). Por tanto, es posible que prestar atención a metas vitales incluso en épocas de crisis permita enfrentar mejor dichas situaciones (Lyubomirsky, 2008).

Asimismo, las actividades positivas pueden tener efectos beneficiosos en las relaciones sociales, mejorando aún más el bienestar de las personas (Vázquez, 2013). Layous et al. (2012) encontraron que estudiantes que realizaban actos amables semanalmente durante 4 semanas aumentaban la satisfacción con la vida, la felicidad y el afecto positivo y, además, eran más propensos a la aceptación de los compañeros.

Todos estos datos ponen de manifiesto que las intervenciones dirigidas al aumento del bienestar son relevantes no solo por generar placer y satisfacción, sino que además tienen efectos significativos sobre la salud de las personas y sus relaciones interpersonales (Hervás, 2009).

2. Eficacia de la Psicología Positiva en personas con trastorno mental

A nivel preventivo, las intervenciones positivas pueden proteger contra los trastornos mentales dirigiéndose directamente a los factores de riesgo asociados con la psicopatología (Layous, Chancellor, y Lyubomirsky, 2014). Por ejemplo, personas con una baja autoestima pueden beneficiarse de practicar actos de bondad porque la generosidad reduce el auto-enfoque y refuerza la auto-confianza (Otake et al., 2006). Asimismo, practicar el optimismo puede combatir el estilo de atribución pesimista, ya que implica interpretar los eventos de la vida de manera positiva y caritativa (Layous et al., 2014; Lyubomirsky et al., 2005).

En cuanto al nivel subclínico, Seligman et al., (2005) encontraron en una muestra de personas ligeramente deprimidas y motivadas para ser más felices que, escribir tres cosas agradables que ocurriesen cada día y el por qué, así como el uso de las fortalezas, hacía a las personas más felices (y menos deprimidas) hasta seis meses después de la intervención.

Asimismo, en personas con trastorno mental también se han hallado efectos beneficiosos del aumento del bienestar. Bergsma et al. (2011) observaron entre personas con trastornos mentales que aquellas con mayor autoestima, más control sobre sus vidas, mayor estabilidad emocional y satisfacción con la vida y menor sintomatología; era más probable que experimentasen estados de ánimo felices y frecuentes. A su vez, una frecuencia mayor de estados de ánimo felices predecía la recuperación de los trastornos mentales un año después (Bergsma et al., 2011).

En la fase aguda de los trastornos mentales se ha observado que la felicidad eudaimónica o bienestar psicológico de los/as pacientes previo al ingreso en un Hospital de Día y sin importar el tipo de patología mental que sufran, predice de manera significativa la recuperación tras el tratamiento en dicho centro (Navascués, Calvo-Medel, y Bombin-Martín, 2016). Los resultados indicaron que las intervenciones positivas, gracias al aumento en el bienestar psicológico, podrían beneficiar la reducción de síntomas en personas con trastorno mental grave ingresadas en un Hospital de Día (Navascués, Calvo-Medel, y Bombin-Martín, 2016).

Meyer et al. (2012) llevaron a cabo un estudio piloto con dieciséis pacientes con esquizofrenia divididos en dos grupos: intervención basada en Psicología Positiva y

control, donde se evaluaron la felicidad, el compromiso con la vida y el bienestar psicológico. Los hallazgos indicaron que el grupo que recibió la intervención presentó mejoras significativas en el bienestar, la esperanza, la recuperación psicológica, la autoestima y los síntomas psiquiátricos tras de la intervención y 3 meses después de la misma (Meyer et al., 2012). Además, actualmente existe un nuevo enfoque clínico para personas con psicosis llamado *WELLFOCUS Positive Psychotherapy* con el objetivo de mejorar el bienestar y destacar la importancia de la identidad positiva en su recuperación (Riches, et al., 2016).

Asimismo, en pacientes ingresados por riesgo o intento de suicidio también se han obtenido efectos positivos. Huffman et al., (2014) encontraron que la carta de gratitud y el uso de las fortalezas personales fueron los ejercicios más eficaces en este tipo de contextos. En el ámbito de las adicciones se han observado también efectos positivos (Krentzman, 2013), como aumentos significativos en el bienestar y el desarrollo de objetivos vitales, así como una disminución del consumo de alcohol gracias a la aplicación de ejercicios positivos sobre gratitud, fortalezas y optimismo (Akhtar y Boniwell, 2010).

Por otro lado, las intervenciones desde la Psicología Positiva se han utilizado para complementar otras terapias. Recientemente, Kraiss et al. (2018) utilizaron una intervención multicomponente basada en la Psicología Positiva, además de los cuidados usuales, en personas que sufren un trastorno bipolar para mejorar su bienestar a corto y largo plazo y su recuperación personal. Warlick, et al., (2018) plantean también que la integración de la Psicología Positiva con la Terapia Diléctica-Conductual podría conllevar importantes beneficios en el tratamiento de los/as pacientes con más síntomas, gracias al incremento de la esperanza aportado por la Psicología Positiva.

En general, los datos muestran que las intervenciones basadas en la Psicología Positiva gracias a su atención en las emociones positivas, aumentan la felicidad, el compromiso con la vida y el bienestar, al tiempo que mejoran el impacto de los síntomas en la vida de las personas.

Psicología Positiva en el Trastorno de Conducta Alimentaria

1. Prevalencia, comorbilidad y pronóstico de los trastornos alimentarios

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) aparecen en el DSM-V compuestos por cuatro categorías diagnósticas principales: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Brevemente, la anorexia nerviosa se caracteriza por un peso corporal extremadamente bajo y el miedo a engordar; la bulimia nerviosa incluye atracones repetidos, seguidos de comportamientos compensatorios (American Psychiatric Association, 2014; Treasure, Claudino y Zucker, 2010). El trastorno por atracón comprende episodios de atracones sin conductas compensatorias; y la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado se utiliza en situaciones en las que no se cumplen todos los criterios de un trastorno alimentario específico (por ejemplo, purga sin atracones objetivos) (American Psychiatric Association, 2014).

En general, los TCA son trastornos mentales graves que afectan a todas las áreas de la vida de las personas, incluida la calidad de vida en el ámbito familiar y laboral, así como el funcionamiento personal y social (Vallance, Latner y Gleaves, 2011). La prevalencia actual de todos los trastornos de la alimentación es del 5%, y se asocian con una profunda y prolongada morbilidad física y psicosocial (Treasure, Claudino y Zucker, 2010). La tasa de mortalidad también es alta (Franko, 2013).

Asimismo, más del 70% de las personas con TCA informan trastornos comórbidos como trastorno de ansiedad (> 50%), trastorno del estado de ánimo (> 40%) trastorno por déficit de atención e hiperactividad (> 30%) o trastorno obsesivo-compulsivo (> 8%) (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016; Rojo-Moreno et al., 2015). La prevalencia de consumo de sustancias también es mayor entre personas con TCA y, en concreto con bulimia nerviosa, que en la población general (Nøkleby, 2012; Rojo-Moreno et al., 2015). Además, el riesgo de suicidio es elevado (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016).

Estos trastornos tienen también una cierta tendencia a volverse crónicos (Treasure et al., 2010). En un estudio alemán, se halló que el 47% de los adolescentes con anorexia nerviosa y el 42% con bulimia nerviosa continuaron mostrando síntomas de trastornos alimentarios en las evaluaciones de seguimiento realizadas durante 10 años (Nagl, 2016).

2. Tratamiento basado en la evidencia e intervenciones positivas

La terapia psicodinámica focal y la terapia cognitiva-conductual (TCC) conducen a mejoras significativas en el peso corporal de personas con anorexia nerviosa, así como reducciones en los síntomas, en los niveles de angustia y el deterioro clínico (Brockmeyer, Friederich, y Schmidt, 2018). No obstante, en un estudio basado en un ensayo controlado y aleatorizado donde se comparó la eficacia de la terapia psicodinámica focal, el tratamiento habitual para anorexia y la TCC, se concluyó que los adultos con anorexia nerviosa pueden lograr una mejora significativa pero una proporción relevante de pacientes continuó con síntomas al final de la intervención (Zipfel, et al., 2014). Por tanto, sugieren que, además, de las estrategias de prevención e intervención temprana, sería necesario mejorar los tratamientos para combatir este tipo de trastornos.

Por otro lado, la TCC tiene una buena aceptabilidad en personas con bulimia nerviosa, pero las tasas de remisión de la alimentación compulsiva o las purgas al final de los tratamientos son solo de 30 a 40% (Mitchell, Agras y Wonderlich, 2007).

Estos datos ponen de manifiesto que el número de recaídas en los TCA podría disminuir, si además de reducir los síntomas, el tratamiento psicológico se centrara en restituir el funcionamiento óptimo y bienestar de la persona (Vázquez et al., 2006). Estos datos ponen de manifiesto que el número de recaídas en los TCA podría disminuir, si además de reducir los síntomas, el tratamiento psicológico se centrara en restituir el funcionamiento óptimo y bienestar de la persona (Vázquez et al., 2006). Tomba, et al., (2017) compararon los niveles de bienestar psicológicos entre pacientes con TCA en remisión y un grupo control de personas sanas. Los resultados indicaron que tras el tratamiento cognitivo-conductual, los/as pacientes seguían manteniendo relaciones positivas deterioradas y una baja auto-aceptación -entendida ésta como una baja consideración positiva hacia uno mismo- (Tomba, et al., 2017). Además, más del 50% de los/as pacientes ambulatorios con TCA en remisión tuvieron puntuaciones en el bienestar psicológico global por debajo de controles sanos, a pesar de una respuesta significativa al tratamiento (Tomba, et al., 2017). Tales resultados están en línea con estudios previos que indicaron que la calidad de vida y el funcionamiento social mejoran con el tratamiento en casos de TCA, pero no alcanzan los niveles generales de la población (Ackard, et al., 2014; Norman y Herzog, 1986).

En este sentido, las estrategias positivas pueden incorporarse a la intervención psicológica de diversas maneras según los objetivos terapéuticos. Una posibilidad sería utilizar tales estrategias como complemento posterior a un tratamiento estándar; o bien, combinar las intervenciones positivas con otras herramientas terapéuticas de manera simultánea durante el proceso terapéutico con el fin de reducir la sintomatología, fomentar el bienestar e incluso mejorar la madurez emocional (Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

Por ejemplo, Vescovelli, Albieri y Ruini, (2017) aplicaron un nuevo tratamiento multicomponente secuencial (terapia cognitiva conductual seguida de estrategias narrativas para mejorar el bienestar) para un trastorno alimentario infantil no especificado. Las estrategias narrativas positivas permitieron desarrollar la creatividad, la flexibilidad y la auto-conciencia, elementos centrales de las intervenciones positivas (Seligman, 2002; Vescovelli, et al., 2017). En concreto, los resultados indicaron que tales estrategias consiguieron reducir los síntomas, identificar e utilizar fortalezas personales y comportamientos positivos y asimilar el concepto de bienestar psicológico (Vescovelli, et al., 2017).

Asimismo, en un reciente meta-análisis sobre criterios fundamentales para la recuperación de los TCA, se encontró que las dimensiones del bienestar psicológico y la resiliencia eran criterios fundamentales para valorar la existencia de una recuperación personal (de Vos, 2017). En concreto, se halló que la auto-aceptación, las relaciones positivas, el crecimiento personal, la disminución de síntomas, la resiliencia y la autonomía presentaban un fuerte efecto en la valoración de la recuperación; así como el propósito en la vida y el afecto positivo que contaron con efecto moderado (de Vos, 2017). Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de utilizar criterios complementarios a la eliminación de síntomas para medir la recuperación en los TCA.

Sin embargo, actualmente no hay estudios de eficacia con programas de basados en intervenciones positivas o del uso complementario de éstas (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). Por tanto, la mejora de los tratamientos psicológicos para personas con TCA continúa siendo un trabajo importante. La relevancia de las emociones positivas, relaciones positivas y el propósito con la vida sugieren que estrategias terapéuticas positivas podrían completar los tratamientos actuales de manera que éstos logren una eficacia superior (de Vos, 2017; Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

Descripción del caso

Identificación de la paciente

C. es una chica de 20 años que vive con su madre y su padre en Madrid. El abuelo materno vive un mes en casa con C. y sus padres y otro mes en casa de la tía materna de C. El nivel socio-económico de la familia es medio. La paciente no tiene hermanos/as ni pareja y actualmente no realiza ninguna actividad, aunque pretende iniciar un curso de caracterización y otro de monitora de ocio y tiempo libre.

Análisis del motivo de consulta

C. fue derivada con diagnóstico de Bulimia Nerviosa por su centro de salud mental para la valoración e incorporación a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Día Santa Cristina en el mes de junio de 2018. C. refiere al ser ingresada que espera del tratamiento: “estabilidad en cuanto al tema de los atracones, poder pedir ayuda y ser más independiente; me considero independiente pero con la enfermedad no puedo llevar dinero ni salir sola de casa” (compraba de manera compulsiva comida para darse atracones fuera de casa).

Historia del problema

C. refiere que su problema de atracones y purgas (vómitos en su caso) comenzó estando en EE.UU. Ella realizó un intercambio de 1 año para estudiar en EE.UU. C. tenía 15 años cuando se fue y estuvo viviendo allí con una familia desestructurada y varios miembros con obesidad. Además, comenta que pasaba mucho tiempo sola y se fue deprimiendo y asilando, a raíz de lo cual comenzó a darse atracones y a vomitar después. La paciente volvió a España en junio antes de finalizar el intercambio refiriendo no encontrarse bien y pidió ayuda profesional. A los 16 años acude por primera vez a psiquiatría por el circuito público y después de manera privada, el motivo de consulta está asociado a la irritabilidad, las discusiones con el padre y el bajo rendimiento escolar (que antes no estaba presente), pero no hace referencia a síntomas de TCA. Posteriormente, fue ingresada por primera vez a los 17 años en el Hospital Niño Jesús con diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Al cumplir la mayoría de edad, dejó este hospital y pasó a un centro privado en Barcelona donde estuvo ingresada durante 7 meses. La paciente comenta que fue duro y no le gustó el trato recibido por lo que se trasladó a otro centro de Madrid. Durante este tiempo tuvo un intento autolítico grave,

por el cual fue ingresada varios días en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ramón y Cajal, y después la trasladaron al Hospital Lafora donde estuvo dos semanas y media. Tras dicho ingreso fue derivada al hospital de día donde actualmente permanece.

Antes de ingresar en el hospital Santa Cristina la paciente comentó que tenía tres atracones a la semana, pero la frecuencia había llegado a ser incluso de un atracón cada día. Además, la paciente presenta amenorrea desde julio del 2018.

C. comenta que sus atracones suelen ocurrir cuando se siente sola, se frustra, falla en algo o se siente insatisfecha consigo misma. Afirma que estar en Madrid sin nada que hacer va a ponerla peor. Las discusiones entre la paciente y sus padres también favorecen los atracones de C. Ahora la frecuencia de los atracones y purgas ha disminuido y se dan principalmente durante la noche. C. comenta que previo al ingreso pasaba las tardes comprando grandes cantidades de comida para lo cual cogía dinero de sus padres sin permiso, vendía objetos personales e incluso robaba comida en el supermercado; luego se daba atracones y vomitaba. Antes de dichos atracones la paciente experimentaba una gran ansiedad y pensamientos del tipo “no valgo para nada” o “no soy capaz de hacer las cosas bien”. Posteriormente, aparecía el miedo a engordar y pensamientos como “sigo haciendo las cosas mal” o “doy asco” y vomitaba la comida, disminuyendo así el miedo y sintiéndose más vacía aunque la culpa siguiese presente.

Actualmente, sus relaciones sociales están muy limitadas, habla principalmente de un amigo que conoció hace varios años y de varios primos. También afirma que le cuesta mantener el contacto con las personas que conoce, por ejemplo sus compañeros del instituto, y cuando lleva tiempo sin hablar dichas personas le resulta aún más complicado. C. nunca ha tenido pareja estable y tiende a aislarse cuando se encuentra mal o ha tenido algún atracón.

El padre de C. es empresario y su madre era administrativa pero actualmente está de baja porque padece el Síndrome de Ménière. La relación entre C. y su madre y su padre es conflictiva, la paciente considera que su padre invade su espacio (lee su diario o registra su bolso mientras duerme). En general, C. lo describe como una persona ansiosa, exigente y muy perfeccionista. En cuanto a su madre, ha tenido varios episodios depresivos y C. ha sido su consuelo cuando discutía con su marido (padre de C.). La paciente comenta que se parece a su madre en el sentido de acumular y luego explotar sin que los demás entiendan el motivo. La abuela materna de C. era alcohólica

y murió hace nueve años, desde entonces la madre de la paciente se dedica al cuidado del abuelo de C., quien recibe quimioterapia nuevamente por un cáncer de estómago y con quien la paciente tiene buena relación. Los padres de C. ante la posibilidad de que tenga un atracón, se muestran más vigilantes e intentan estar alerta durante las noches. A corto plazo no se enfadan con C. por sus atracones o el abandono de actividades pero a largo plazo esto genera muchas discusiones familiares.

La paciente comenta que sus padres la apuntaron a atletismo cuando tenía 14 años, pero lo dejó cuando se fue a EE.UU y no lo ha vuelto a retomar, aunque le gustaría. C. también dejó bachillerato de artes y se ha apuntado a un curso de caracterización y otro de monitorea de ocio y tiempo libre, pero aún no ha iniciado ninguno de los dos. El motivo principal por el cual C. refiere abandonar las actividades que inicia es por su miedo a “hacerlo mal”. Le gustaría dedicarse en el futuro a alguna actividad profesional relacionada con el periodismo o medios audiovisuales.

Evaluación

La evaluación del problema de C. se realizó recogiendo información procedente de su historia clínica y motivo de ingreso en el hospital, del análisis realizado por la psicóloga del centro y a través de la observación durante dos semanas de la conducta y comentarios que la paciente realizaba en los grupos psicoterapéuticos. Todo ello permitió conocer con mayor profundidad el origen y mantenimiento de sus síntomas y dificultades, así como la situación actual en la que se encontraba con respecto a sus relaciones interpersonales y sus metas vitales. También se aplicaron una serie de cuestionarios que aparecen seguidamente para complementar la información obtenida mediante dichos procedimientos:

- **Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)** (Watson et al., 1988). En esta ocasión se utilizó la adaptación española de López-Gómez, Hervás, y Vázquez (2015) de la *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) de Watson et al. (1988). Dichas escalas permiten evaluar el afecto positivo y negativo de la paciente, cuenta con 20 ítems, de los cuales 10 evalúan el afecto positivo y otros 10 el afecto negativo y se responden con una escala de tipo Likert que oscila entre 5 (mucho) y 1 (nada). La puntuación para el afecto positivo se calcula sumando los ítems de dicha escala, y el afecto negativo, del mismo modo, se suman los ítems de la escala de afecto negativo. El coeficiente alfa fue 0.92 para la subescala de afecto positivo y

0.88 para la subescala de afecto negativo (López-Gómez, Hervás, y Vázquez, 2015). Las puntuaciones más altas en la subescala de afecto positivo reflejan mayores sentimientos positivos y las más altas en la subescala del afecto negativo reflejan mayores sentimientos negativos.

- **Escala de Bienestar Psicológico de Ryff** (Ryff, 1989). Se empleó, en este caso, la versión española de Díaz et al. (2006) y se utilizó para evaluar el bienestar psicológico de la paciente en sus seis dimensiones (auto-aceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida). Este instrumento de medida cuenta con 39 ítems que se responden mediante una escala de tipo Likert que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). Puntuaciones mayores de 176 en el total señalan un Bienestar Psicológico (BP) elevado, entre 141 y 175 un BP alto, entre 117 y 140 un BP moderado; e inferiores a 116 un BP bajo. Además de la puntuación global, se puede realizar un análisis de cada dimensión para valorar el dominio del afecto positivo sobre el afecto negativo. La totalidad de las escalas presentaron una buena consistencia interna, con valores de Cronbach mayores o iguales que 0,70 (Díaz et al., 2006).
- **Test de Optimismo (LOT-R)** (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Se utilizó la adaptación española del *Life Orientation Test (LOT-R)* para evaluar el nivel de optimismo en la paciente. Este test cuenta con 10 ítems que se responden con una escala tipo Likert con valores comprendidos entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). 6 ítems miden el optimismo disposicional, mientras que el resto sirven para rellenar y hacer menos clara la finalidad del test. De estos 6 ítems, 3 están redactados de manera positiva y miden la dirección del optimismo y otros 3 están redactados de manera negativa y evalúan la dirección del pesimismo. La puntuación total se calcula invirtiendo los valores de los ítems negativos y sumando las puntuaciones de esos 6 ítems. Los estudios realizados con este test indican una consistencia interna (α de Cronbach) de .78 (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Así mismo, Ferrando, Chico y Tous (2002) señalan una apropiada validez del cuestionario, con correlaciones positivas con la escala de afecto positivo (PANAS) y correlaciones negativas con el rasgo de neuroticismo (N-EPQR), estrés percibido (PSS) y afecto negativo (PANAS).
- **Escala de Sentido de la Vida (PIL)** (Crumbaugh, 1968). Para medir el nivel de sentido de la vida se usó la versión española de Noblejas de la Flor (2000) de *Purpose In Life-PIL* (Crumbaugh, 1968). Esta escala presenta una alta fiabilidad y

consistencia interna ($\alpha = 0.88$) (Noblejas de la Flor, 2000). En este estudio se ha utilizado la parte A del PIL, que cuenta con 20 ítems y se responden con una escala tipo Lickert (de 1 hasta 7). La puntuación global se obtiene mediante la suma de los valores numéricos seleccionados para cada ítem. Puntuaciones inferiores a 90 indican un vacío existencial, entre 90 y 105 muestran un nivel de indefinición con respecto al sentido de la vida y, superiores a 105 indican nivel de logro de sentido.

- **Escala de Autoestima de Rosenberg** (Rosenberg, 1973). La autoestima se midió mediante la adaptación española de González, Sigüenza, y Solá (2000). Este cuestionario consta con diez afirmaciones de las cuales cinco se plantean de manera positiva y otros cinco de manera negativa, se responden con una escala tipo Likert con valores comprendidos entre 1 (muy en desacuerdo) hasta 4 (muy de acuerdo). Su corrección requieren que se inviertan las puntuaciones de los ítems redactados negativamente. El resultado de la suma de todos los ítems es la puntuación total y oscila entre 10 y 40. La escala presenta una alta consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad y validez (de constructo y de grupos conocidos) (González, Sigüenza, y Solá, 2000).
- **Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ)** (Cooper et al. 1987). Se utilizó la versión española de Raich et al. (1996) del *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (Cooper et al. 1987) para evaluar la insatisfacción corporal de la paciente. El BSQ ($\alpha = 0.96$) cuenta con 34 ítems que se responde con una escala tipo Likert que oscilan desde nunca (1) a siempre (6). La puntuación global se obtiene mediante la suma de las puntuaciones directas de los ítems, y mide concretamente el miedo a engordar, la baja autoestima relacionada con la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal. Las puntuaciones más elevadas del BSQ indican mayor preocupación por la forma del cuerpo y mayor insatisfacción corporal, especialmente preocupaciones por sentirse gordo. Presenta adecuada validez y fiabilidad (Raich et al. 1996).
- **Cuestionario Breve de Sintomatología Depresiva (QIDS-SR-16)** (Rush et al. 2003). La versión española de Guzzo et al. (2015) de la escala *Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR-16)* (Rush et al. 2003) se utilizó para medir la sintomatología depresiva. El *QIDS-SR-16* está compuesto por 16 ítems que evalúan problemas de sueño, tristeza, apetito/peso, concentración y toma de decisiones, sentimientos de desvalorización y culpa, ideas de muerte, anhedonia, energía, agitación y enlentecimiento psicomotriz. Los ítems se responden con una

escala tipo Lickert (de 0 hasta 3). La puntuación global se obtiene anotando la puntuación más alta para los items de sueño (1-4), para los items de apetito (6-9) y para los items psicomotores (15-16), a lo cual se le suma los valores seleccionados para el resto de items que no pertenecen a las dimensiones anteriores. Puntuaciones entre 6 y 10 indican síntomas depresivos leves, entre 11 y 15 moderados, entre 16-20 severos y mayores de 21 extremos. La escala global presenta una alta fiabilidad y consistencia interna ($\alpha = 0.871$) (Gili et al., 2014).

Análisis y descripción de las conductas problema

Teniendo en cuenta el motivo de consulta de la paciente así como su historia clínica y antecedentes personales, se ha desarrollado un análisis funcional que resume las principales variables implicadas en las conductas problema de la paciente (atracones y vómitos auto-inducidos). Asimismo, recoge las hipótesis de origen y mantenimiento de dicha conducta.

En primer lugar se exponen los factores predisponentes comunes en ambas conductas en la tabla 1. Dentro de tales factores, encontramos variables asociadas a aspectos de la propia persona y variables ligadas a elementos del entorno.

Tabla 1. Factores predisponentes para las conductas problemas

VARIABLES DISPOSICIONALES PERSONALES	FACTORES AMBIENTALES
- Auto-exigencia	- Padre ansioso y exigente con altas expectativas hacia C.
- Perfeccionismo	- Madre con episodios depresivos y Síndrome de Ménière
- Pensamiento dicotómico	- Relación conflictiva entre la madre y el padre.
- Baja tolerancia a la frustración	- Convivencia con una familia desestructurada y con obesidad en EE.UU.
	- Abuelo con cáncer y sesiones de quimioterapia
	- Hija única
	- Alcoholismo abuela materna y fallecimiento hace 9 años.
	- Cultura de la delgadez

Además, de los factores predisponentes se encuentran los factores desencadenantes y de mantenimiento de las conductas problema. A continuación, se analiza la historia de condicionamiento así como las variables que están manteniendo tales conductas en el caso de la paciente.

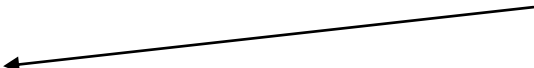
- **Área problema: Atracones**

C. mediante condicionamiento clásico ha asociado situaciones en las que se encuentra sola, aburrida o anticipa un fracaso así como discusiones entre sus padres o entre la paciente y sus padres, con estados de alta ansiedad y malestar. Como consecuencia, estas situaciones se han convertido en estímulos discriminativos de la conducta problema de atracones. En este sentido, ante tales situaciones ocurre lo siguiente: 1) C. comienza a sentirse más activada, tensa y nerviosa y 2) tiene ingestas descontroladas comida (atracones) con lo que evita situaciones donde pueda fracasar o interaccionar con amigos a quienes lleva tiempo sin hablar.

La conducta de atracones se mantiene en el tiempo por su función operante, de modo que los estímulos discriminativos que provocan dicha respuesta conductual, se ve reforzada negativamente por la disminución del malestar y, positivamente, por la mayor atención de los padres. En concreto, éstos se muestran preocupados por C. y la ayudan a eludir responsabilidades, por ejemplo, la llevaban al hospital en lugar de ser la paciente quien se compromete a ir diaria y puntualmente. No obstante, a corto plazo C. siente un gran miedo a engordar y un fuerte sentimiento de culpa (castigo positivo) y, a largo plazo, incrementa las discusiones entre ella y sus padres (castigo positivo) y su aislamiento social (castigo negativo).

Figura 1. Historia de condicionamiento y variables que mantienen los atracones

EC	RC
Soledad	Ansiedad, malestar
EC	RC
Posibilidad de fracasar	Ansiedad, malestar
EC	RC
Discusiones entre los padres o entre ella y los padres	Ansiedad, angustia y malestar



Estímulos discriminativos	Respuesta Operante	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estímulo discriminativo:</i> -Situaciones que generan ansiedad (discusiones con los padres, anticipación de fracaso o fracaso real y estar sola o aburrida) • <i>Estímulos internos:</i> -Sensaciones de vacío o ansiedad -Insatisfacción consigo misma -Pensamientos como “no valgo para nada” o “no soy capaz de hacer las cosas bien” • <i>Estímulos externos:</i> - Ver discutir a los padres - Noche 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nivel fisiológico:</i> - Activación, tensión, nerviosismo • <i>Nivel subjetivo/cognitivo:</i> -Bloqueo de cualquier pensamiento, solo está en el momento • <i>Nivel conductual:</i> - Grandes ingestas de comida de manera descontrolada (atracones) - Evitar situaciones en las que pueda fracasar - Evitar quedar con amigos o familiares 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la ansiedad o sensación de vacío (reforzamiento negativo). Aumento discusiones con los padres (castigo positivo). Atención de los padres (refuerzo positivo). Aumento miedo a engordar y sentimiento de culpa (castigo positivo) Aislamiento a largo plazo (castigo negativo). Eludir responsabilidades (reforzamiento negativo).

- **Área problema: Vómitos auto-inducidos**

La ingesta descontrolada de comida genera en C. un aumento del miedo a engordar, un aumento de la tensión y sensación de descontrol, de plenitud del estómago y mayor culpabilidad, lo cual ha pasado a ser un estímulo discriminativo de la conducta problema de vómitos auto-inducidos. Durante los vómitos, C. comienza a sentirse más aliviada, disminuyendo la tensión acumulada durante los atracones. Se provoca el vómito siempre después de los atracones y, en menor intensidad y frecuencia, reduce la ingesta de alimentos. En consecuencia, esta conducta se mantiene en el tiempo por su función operante. Los vómitos auto-inducidos permiten disminuir el miedo a engordar y sensación de plenitud del estómago, de modo que la conducta es reforzada negativamente, además, aumenta la sensación de purificación o limpieza y de control,

así como la atención de los padres lo que supone un reforzamiento positivo de dicha conducta. Sin embargo, a largo plazo esta conducta provoca un incremento de las discusiones con los padres (castigo positivo).

Figura 2. Historia de condicionamiento y variables que mantienen los vómitos auto-inducidos

EI	RI
Descontrol	Ansiedad, malestar
EC	RC
Ingesta descontrolada de comida	Ansiedad, malestar

Estímulos discriminativos	Respuesta Operante	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estímulo discriminativo:</i> - Ingesta descontrolada de comida • <i>Estímulos internos</i> - Sensación de descontrol - Sensación aversiva de plenitud del estómago - Miedo a engordar - Culpabilidad y vergüenza (“sigo haciendo las cosas mal, doy asco”) - Tensión 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nivel fisiológico:</i> - Relajación muscular, vaciado de estómago • <i>Nivel subjetivo/cognitivo:</i> - Sensación de alivio • <i>Nivel conductual:</i> - Vómitos (a corto plazo) - Restricción alimentaria (a largo plazo) 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir el miedo a engordar y sensación de plenitud del estómago (reforzamiento negativo). Sensación de purificación o limpieza (refuerzo positivo). Aumento sensación de control (reforzamiento positivo). Disminución de la tensión (reforzamiento negativo) Aumento discusiones con los padres (castigo positivo). Atención de los padres (refuerzo positivo).

- **Área problema: Abandono de actividades y bajo sentido de la vida**

C. ha tenido dos experiencias vividas como fracasos por la paciente, uno fue su regreso de EE.UU y otro el abandono del atletismo y desde entonces tiene miedo a fracasar.

Ahora la posibilidad de fracasar se ha convertido en un estímulo discriminativo que la lleva a abandonar las actividades, lo cual queda reforzado negativamente por la reducción del malestar y la evitación del esfuerzo y tiempo que requiere continuar con la actividad. Además, la conducta se ve mantenida en el tiempo por la atención de los padres, quienes se muestran preocupados ante la inactividad de su hija. No obstante, a largo plazo genera discusiones entre los padres y C., ya que el abandono de varias actividades provoca el enfado de los padres. También se ve disminuido el sentido de la vida de C. porque no realiza ninguna actividad agradable o que contribuya a crear un proyecto de vida.

Figura 3. Historia condicionamiento y variables que mantienen el abandono de actividades

EI	RI
Fracaso	Ansiedad, malestar
EC	RC
Anticipación fracaso	Ansiedad, malestar



Estímulos discriminativos	Respuesta Operante	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estímulo discriminativo:</i> - Posibilidad de fracasar en una actividad • <i>Estímulos internos</i> - Pensamientos como “no lo estoy haciendo bien”, “voy a fracasar”, “me pueden rechazar o valorar mal” • <i>Estímulos externos:</i> - Anticipación de los padres de que va a dejar una actividad 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nivel fisiológico:</i> - Activación, tensión, nerviosismo • <i>Nivel subjetivo/cognitivo:</i> - Miedo al fracaso • <i>Nivel conductual:</i> - Abandono actividades donde puede cometer errores o fracasar - Evitar situaciones sociales - Evitar coste de esfuerzo y tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir el malestar (reforzamiento negativo). Disminución sentido de la vida (castigo negativo) Atención de los padres (refuerzo positivo). Aumento discusiones con los padres (castigo positivo). Aislamiento social (castigo negativo) Eludir responsabilidades (reforzamiento negativo)

Además, la progresiva pérdida de oportunidades para involucrarse en actividades agradables que amplíen su repertorio de estímulos apetitivos desde que regresó de EE.UU ha supuesto una pérdida de reforzadores, afectando de manera significativa a su estado de ánimo y sensación de vacío.

Figura 4. Variables que mantienen el bajo sentido de la vida

ED	RO	Consecuentes
Falta discriminativos	Actividades agradables	Bienestar, diversión (reforzamiento positivo)

Establecimiento de metas del tratamiento

Las metas clínicamente relevantes que se pretenden alcanzar tras la aplicación de la intervención son las siguientes:

- A. Prevenir las recaídas
- B. Incrementar el sentido de la vida
- C. Aumentar el bienestar psicológico y subjetivo de la paciente

Diseño del estudio

Bolier et al. (2013) en su meta-análisis apuntaron que variables como el reclutamiento a través del hospital o intervenciones aplicadas a personas con problemas psicosociales y de forma individual, moderaban el impacto de las intervenciones basadas en psicología positiva sobre la depresión. Por ello, en este estudio se ha empleado un diseño de caso único (N=1) del tipo A-B (Montero y León, 2007) para evaluar el efecto producido por la intervención en los objetivos terapéuticos propuestos.

Intervención

La intervención propuesta se basa en el modelo de la Psicología Positiva y tiene como finalidad complementar el tratamiento que ofrece el Hospital de Día, el cual utiliza estrategias terapéuticas procedentes tanto de la terapia sistémica como de la terapia cognitivo-conductual.

Objetivos de la intervención

En base al análisis de la situación de la paciente se han establecidos los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Fomentar la valoración positiva del proceso terapéutico
 - a. Recordar momentos significativos durante el tratamiento psicológico y reflexionar sobre los logros alcanzados desde el ingreso en el hospital.
 - b. Prestar atención a momentos agradables y emociones positivas experimentadas en el Hospital de Día.
2. Promover la valoración positiva de la vida cotidiana
3. Desarrollar las fortalezas individuales para cuidarse y decidir por sí misma
4. Establecer y comprometerse con aspectos importantes para la paciente en sus relaciones sociales.
5. Fomentar la satisfacción con situaciones y personas del pasado
 - a. Transformar el perdón en una emoción positiva
 - b. Aumentar el sentimiento de gratitud
6. Mejorar el proyecto de vida de la paciente y aumentar el optimismo respecto a objetivos vitales futuros.
 - a. Establecer metas a largo y corto plazo, aprender a modificar las metas cuando sea necesario y proporcionar recursos de auto-motivación.
 - b. Prestar atención a las expectativas y a aspectos positivos respecto al futuro.

Selección de las técnicas terapéuticas

Dado los objetivos terapéuticos propuestos y las características de las intervenciones positivas, se han empleado las siguientes técnicas terapéuticas para abordar tales objetivos:

1. Fomentar la valoración positiva del proceso terapéutico

- a. Recordar momentos significativos durante el tratamiento psicológico y reflexionar sobre los logros alcanzados desde el ingreso en el hospital.
- b. Prestar atención a momentos agradables y emociones positivas experimentadas en el Hospital de Día.

Este objetivo supuso la aplicación de la actividad *Buenos y malos momentos* (Riches et al., 2016) con la cual permite establecer valores y objetivos que estimulan los recuerdos, centrarse en los recuerdos recientes, normalizar los momentos positivos y negativos del pasado, enfatizar en la auto-compasión y ayudar a poner atención en los sentimientos y recuerdos positivos.

Además, se utilizó *psicoeducación* sobre la definición de emociones positivas y negativas y la función de las mismas (Hervás, 2009; Vázquez, 2013).

2. Promover la valoración positiva de la vida cotidiana

El segundo objetivo se trabaja a través de la actividad *Contando experiencias agradables* (Huffman et al., 2014), que consiste en escribir diariamente tres cosas agradables que hayan ocurrido a lo largo de ese día. Esta actividad permite centrar la atención en los aspectos más positivos y disminuir la tendencia a pensar de manera negativa.

3. Desarrollar las fortalezas individuales para cuidarse y decidir por sí misma

Este segundo objetivo requiere de la aplicación del *Listado de fortalezas* de Seligman (2002) (anexo 2) para identificar las virtudes individuales de la paciente, y a partir de sus respuestas, reflexionar sobre cómo aplicarlas en su vida diaria y las consecuencias beneficiosas de su uso.

También se empleó *psicoeducación* sobre la definición de fortalezas y la diferencia con capacidades innatas. Esta información permite desligar los talentos naturales imposibles de adquirir de las fortalezas propuestas por Park et al., (2004) que dependen de la propia voluntad y se pueden trabajar (Seligman, 2002).

4. Establecer y comprometerse con aspectos importantes para la paciente en sus relaciones sociales.

En este tercer objetivo se utilizó la actividad positiva denominada *Mejor yo posible* (para relaciones sociales) (Huffman et al., 2014). Esta actividad permite explorar y analizar las relaciones sociales (familia, amigos/as y pareja) más saludables y positivas que a la paciente le gustaría establecer en el futuro y reflexionar sobre cómo emprender pasos realistas y concretos para alcanzar tales vínculos.

5. Fomentar la satisfacción con situaciones y personas del pasado
 - a. Transformar el perdón en una emoción positiva
 - b. Aumentar el sentimiento de gratitud

Para alcanzar este objetivo se empleó el ejercicio *Carta de perdón* y *Carta de gratitud* (Riches et al., 2016). En cuanto a la primera actividad, se escribe una carta de perdón hacia uno mismo por algún daño ocasionado en el pasado (no necesariamente un evento traumático). Esta actividad permite reconocer el perdón como un proceso personal que lleva tiempo, considerar las razones del perdón y perdonarse a sí mismo como un acto de auto-aceptación (Riches et al., 2016). Asimismo, a través de la carta de perdón hacia uno mismo se trabaja la posibilidad de perdonar a otra persona por el daño ocasionado en el pasado y se invita a escribir una carta de perdón como tarea para casa. Respecto a la carta de gratitud, se emplea como tarea para casa y se trabaja en la sesión siguiente. Esta carta permite reflexionar sobre niveles adecuados de gratitud, contextualizar la gratitud como una interacción recíproca (un proceso de dar y recibir), reflexionar sobre los sentimientos ligados al receptor/a de la carta y la utilidad de leerla a dicha persona (Riches et al., 2016).

6. Mejorar el proyecto de vida de la paciente y aumentar el optimismo respecto a objetivos vitales futuros.
 - a. Establecer metas a largo y corto plazo, aprender a modificar las metas cuando sea necesario y proporcionar recursos de auto-motivación.
 - b. Prestar atención a las expectativas y a aspectos positivos respecto al futuro.

El último objetivo implica la aplicación de la *Hoja de trabajo basada en el modelo PERMA* sobre la teoría de Martín Seligman (2011) (anexo 1), ya que la actividad se dirige a resumir y recopilar los diversos temas tratados a lo largo de las sesiones, así como a la reflexión sobre metas y logros que les gustaría alcanzar en el futuro. El análisis PERMA hace referencia a los cinco pilares de la vida propuestos por Martin Seligman (2011) para potenciar el bienestar de forma holística. Este modelo contempla

cinco áreas vitales que hacen referencia a sus siglas: Emociones positivas, Momentos de fluir, Relaciones Positivas, Sentido y Logros. Por tanto, esta actividad permite a la persona elaborar su propio proyecto de vida, prestar atención a los aspectos positivos y esperanzadores del futuro y plantear metas congruentes con las virtudes y valores personales.

Aplicación del tratamiento

La intervención contó con 5 sesiones de 1 hora cada una, las cuales tuvieron lugar en el hospital una vez a la semana y se iniciaron una semana después de la aplicación de los cuestionarios y la observación y análisis del caso. La intervención comenzó en abril (tras la Semana Santa) y se finalizó en mayo. Todas las sesiones tenían como objetivo global el aumento del bienestar y, de modo particular cada sesión abordaba una temática distinta (emociones positivas, fortalezas, relaciones interpersonales positivas, perdón y auto-aceptación y logros futuros). Al finalizar la sesión, se mandaba una tarea para casa con el fin de aplicar en la vida diaria lo que se había trabajado en sesión. La forma en la que estaban estructuradas tales sesiones era la siguiente (tabla 2): en primer lugar se revisaba la tarea para casa propuesta en la sesión anterior. Posteriormente, se empleaba psicoeducación, si la sesión lo requería, para aclarar conceptos básicos relacionados con los objetivos terapéuticos de la sesión. A continuación, la paciente realizaba una actividad y luego se reflexionaba sobre el resultado y las emociones o pensamientos experimentados durante el proceso de elaboración. La sesión se cerraba con las aportaciones percibidas por la paciente sobre los conceptos trabajados y con la nueva tarea para casa.

Tabla 2. Cronograma de sesiones. Este es el programa oficial pero hubo que alterar el orden de las dos últimas sesiones (la sesión 5 se aplicó antes que la sesión 4) por motivos prácticos del hospital.

Sesión	Objetivos	Técnicas empleadas	Estructura sesión y tarea para casa
--------	-----------	--------------------	-------------------------------------

<p>1 <i>Recuerdos agradables y desagradables</i></p>	<p>Recordar y elaborar acontecimientos significativos que les han sucedido en relación al tratamiento psicológico.</p> <p>Prestar atención a momentos agradables y emociones positivas durante el tratamiento psicológico.</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Actividad Buenos y malos momentos (Riches et al., 2016)</p> <p>Actividad Contando experiencias agradables (Huffman et al., 2014)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducación sobre afecto positivo y negativo 2. Actividad: escribir 3 momentos buenos/agradables en el HD y 3 momentos duros/desagradables HD. 3. Reflexionar y escribir el aprendizaje obtenido y valores reforzados durante la estancia en el HD. <p><u>Tarea para casa:</u> <i>contando experiencias agradables.</i></p>
<p>2 <i>“Mis fortalezas”</i></p>	<p>Aprender a reconocer y potenciar las fortalezas individuales.</p> <p>Utilizar las fortalezas en las actividades diarias</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Adaptación Listado de fortalezas de Seligma (2002)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión tarea para casa 2. Psicoeducación sobre la diferencia entre capacidad innata y fortaleza 3. Actividad: Listado fortalezas (selección aprox. 3-5) 4. Reflexión sobre cómo aplicar sus fortalezas en el tratamiento, en su vida diaria y objetivos futuros <p><u>Tarea para casa:</u> cómo ha usado las fortalezas durante la semana.</p>
<p>3 <i>“Mi mejor yo posible” (relaciones sociales)</i></p>	<p>Explorar y analizar las relaciones sociales saludables y positivas presentes y futuras.</p> <p>Establecer objetivos concretos para mejorar las relaciones sociales</p>	<p>Mi mejor yo posible (para relaciones sociales) (Huffman et al., 2014)</p> <p>Carta de gratitud (Riches et al., 2016).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión tarea para casa 2. Actividad: escribir Mi mejor yo posible en las relaciones sociales (Huffman et al., 2014). 3. Reflexiona relaciones positivas que a la paciente le gustaría establecer en el futuro. Reflexionar sobre pasos realistas y concretos para alcanzar tales vínculos. <p><u>Tarea para casa:</u> carta de gratitud</p>

4 <i>Carta de perdón</i>	<p>Reconocer el perdón como un proceso personal.</p> <p>Reflexionar sobre las razones del perdón.</p> <p>Aumentar la aceptación a sí mismo</p>	Carta de perdón (Riches et al., 2016).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión tarea para casa 2. Actividad: escribir una carta en la que se perdone a sí misma por algo. 3. Reflexión sobre la carta (cómo se ha sentido escribiéndola, qué piensa de lo sucedido, qué supone perdonarse...). <p><u>Tarea para casa:</u> escribir carta de perdón hacia alguien que se esté dispuesto a perdonar por un daño causado en el pasado (no tiene ser necesariamente un evento traumático)</p>
5 <i>Recopilación y metas futuras</i>	<p>Resumir y recopilar los temas trabajados hasta el momento.</p> <p>Reflexionar sobre metas y logros que les gustaría alcanzar.</p> <p>Establecer objetivos o metas futuras congruentes con las virtudes y valores personales.</p> <p>Aumentar la atención en aspectos positivos del futuro y el optimismo</p>	Hoja de trabajo basada en el modelo PERMA de la teoría de Martín Seligman (2011)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión tarea para casa 2. Actividad: completar preguntas sobre los cinco pilares de su vida (emociones positivas, relaciones positivas, sentido, fluir y logros) y cuándo los experimenta. 3. Reflexión sobre qué objetivos y metas personales que se quieren alcanzar en el futuro, prestando atención a aspectos positivos y esperanzadores del futuro.

Sesión 1

En la primera sesión de intervención se trabajaron las emociones positivas. Dicha sesión se inició con psicoeducación acerca de las emociones, se abordó la definición de afecto positivo y negativo y la importancia de no etiquetar tales emociones como buenas o malas para así entender la función de cada una de ellas (poniendo el foco de atención

sobre las emociones positivas y sus efectos beneficiosos). En este sentido, se explicó que las emociones positivas amplían el repertorio de pensamientos y conductas, favoreciendo comportamientos más flexibles y el desarrollo de recursos para el futuro (Vázquez et al., 2006). También se aclaró que las emociones positivas y negativas no son mutuamente excluyentes, de modo que en períodos más estresantes también se pueden experimentar emociones positivas sin que éstas se vean limitadas por el aumento de las emociones negativas (Hervás, 2009; Vázquez, 2013).

A continuación, se le pidió a C. que recordase acontecimientos significativos que le hubiesen sucedido en relación al tratamiento psicológico, y que escribiese 3 momentos agradables y 3 momentos estresantes o desagradables dentro del hospital de día (tabla 3).

Tabla 3. Respuestas actividad: Buenos y malos momentos

Momentos agradables

1. Cuando M. me dijo que se me cogía cariño
2. El reconocimiento y apoyo del grupo tras volver después de una semana ausentada
3. Última conversación individual con I.

Momentos desagradables

1. Chismorreos y comentarios negativos hacia las compañeras no presentes
 2. Faltas de respeto en cuanto a política
 3. Grupos de amigas
-

Una vez seleccionados los momentos significativos del proceso terapéutico se reflexiona con C. el aprendizaje obtenido durante la estancia en el hospital de día, así como las emociones positivas asociadas a los momentos agradables. Además, se le pide que ponga ejemplos de su vida donde experimente emociones positivas, en este sentido, se trabajó el fin de semana de C., donde experimentó tanto enfrentamientos con sus padres y emociones de enfado y tristeza como momentos de placer asociados a sentimientos de alivio, tranquilidad y alegría en compañía de su prima y su amigo. Se reforzó la posibilidad de pasar tiempo con otras personas a pesar de tener discusiones con su padres (lo cual en C. es bastante limitante). También se utilizó el hospital de día como metáfora de la vida (acontecimientos agradables y desagradables que tienen como

resultado el aprendizaje y crecimiento personal), resaltando el proceso por el hospital como un viaje que tiene que proseguir una vez finalizada su estancia en el centro. Además, se señaló la importancia de empezar a considerar un funcionamiento personal y de vida distinto al que disponía previamente. Finalmente, se le pide C. como tarea para casa que escriba al final del día tres momentos agradables que haya experimentado ese día con el objetivo de aprender a centrar la atención en los aspectos positivos.

Sesión 2

Esta segunda sesión tuvo lugar dos semanas después de la primera sesión, ya que la paciente no asistió durante tres días al hospital. El motivo de su ausencia fueron las discusiones con los padres y, además, la semana anterior se había acordado con ella que empezase a venir sola a la unidad sin que sus padres la llevaran.

En esta sesión se trabajaron las fortalezas y virtudes de C. En primer lugar, se revisó la tarea que se le había mandado para casa. No trajo escrito como se le pidió momentos agradables que hubiera vivido esa semana, pero sí que pudo poner algunos ejemplos. A continuación, a través de psicoeducación se aclararon conceptos básicos como las diferencias entre fortalezas y capacidades. Se explicó que las fortalezas -a diferencia de las capacidades innatas o talentos naturales- implicaban rasgos morales, fácilmente adquiribles y que dependían de la propia voluntad, por tanto, podían llegar a ser auténticas (Seligman, 2002).

A continuación, se le pide a C. que complete la versión adaptada (Seligman, 2002) de la Clasificación de Fortalezas y Virtudes de Valores en Acción (VIA) de Park et al. (2004) (resultados en anexo 3) y se reflexionó sobre las fortalezas que habían aparecido, sobre cómo había aplicado esas fortalezas en el tratamiento y sobre cómo podría aplicarlas en su vida diaria y objetivos futuros.

Las fortalezas predominantes en C. fueron el trabajo en equipo y lealtad, la imparcialidad y equidad, la gratitud, la humildad, la creatividad y la inteligencia social. Respecto a la gratitud y la humildad explicó que le gustaba tratar de manera educada a las personas y expresar su gratitud; además, para ella era importante mostrarse humilde respecto a sus logros. En ese sentido, se reflexionó sobre la posibilidad de valorar los propios logros desde la humildad y la modestia sin que ello supusiera menospreciarlos (pues se observó que le costaba hablar de sus propias fortalezas). C. se vio

especialmente identificada con la creatividad, se definió como una persona con una alta imaginación que intentaba realizar actividades que le permitieran desarrollar esta fortaleza, por ello se había apuntado a un curso de caracterización que iniciaría en breve.

También se analizaron las puntuaciones más bajas del test (pensamiento crítico, perseverancia, amar y dejarse amar y disfrute de la belleza). C. estuvo de acuerdo con respecto a la perseverancia y el amor, pero en desacuerdo con las puntuaciones en pensamiento crítico y disfrute de la belleza; comentó que no había entendido esos ítems. Respecto al disfrute de la belleza, afirmó haberse emocionado con una película que vio el fin de semana pasado y se reforzó el hecho de poder disfrutar de una película, además de comentaron las emociones positivas e sus implicaciones en su vida cotidiana (aumento del bienestar).

Finalmente, se abordó la dificultad para ser perseverante y amar y dejarse amar. Se enfatizó nuevamente en la posibilidad de trabajar ambas fortalezas para que se mostraran más a menudo en su vida. La perseverancia comentó que la podía trabajar yendo al curso de monitora y al hospital (al cual no había asistido la semana anterior). Se hizo hincapié también en que la mejora de tales fortalezas dependía de su voluntad y se destacó que tenía el poder de aumentar su propia constancia. En cuanto, a amar y dejarse amar comentó que le resultaba muy complicado entender cómo una persona podía quererla si ni siquiera ella misma lo hacía. Ante lo cual se trabajó la posibilidad de mostrarse no desde la perfección sino desde la humanidad, mostrando tanto sus defectos como sus cualidades. Ella puso de manifiesto que poder contar en el curso de monitora que era perfeccionista fue un logro porque antes era incapaz de hacerlo (comentar la parte de sí misma que no le gustase); a raíz de ello se trabajó la posibilidad de mostrar también sus fortalezas y se le pidió que comentara algunas que ella creía que poseía aunque no hubieran salido. También se abordó los beneficios de dejarse amar y cómo lo estaba evitando. Por último, se pidió como tarea para casa escribir cómo había utilizado sus fortalezas durante la semana.

Sesión 3

En la tercera sesión se trabajaron las relaciones sociales de C. desde una perspectiva positiva. En primer lugar, se revisó la tarea que se le había mandado para casa. C. comentó que había utilizado su creatividad en el curso de monitora para proponer

actividades novedosas y eso le hacía sentir bien. También comenta que las actividades eran colaborativas le gustaban y le permitía conocer gente nueva, y lo asoció a su fortaleza para trabajar en equipo. Asimismo, comentó que le había agradecido a su madre que le hubiera hecho la cena y le escribió una nota para agradecerse ya que no tuvo oportunidad de decírselo personalmente. Además, se le reforzó el trabajo de perseverancia ya que había acudido todos los días al hospital y a sus cursos. Se observa que le cuesta nombrar las emociones positivas y hablar de sus propias fortalezas.

A continuación, se le pidió a C. que escribiese cómo sería su mejor yo posible respecto a sus relaciones sociales (familia, amigos, conocidos, pareja e inquietudes sociales). Se trabajó área por área qué era lo que le gustaría alcanzar y cómo podría ella realizar acciones concretas que le permitiesen conseguir sus objetivos. En el ámbito familiar, propuso tener su propio espacio haciéndose cargo de sus responsabilidades como venir al hospital por sí misma, ir a los cursos que había iniciado y dejar sus síntomas, ya que estos le genera un aumento de las discusiones con ellos. Además, se le devolvió la posibilidad de comunicarse con ellos de una manera más positiva, realizando actividades agradables o hablando de intereses comunes. En cuanto a la relaciones de amistad, ahora está conociendo personas nuevas y le gustaría en un futuro tener un círculo social más amplio, para ello propuso seguir con sus cursos, mantener el contacto con sus amigos y tener la iniciativa de proponer quedar a los demás. En al ámbito de pareja, se muestra reticente y afirma que es algo que no puede saber, se le explica que no le pide seguridad sino que imagine cómo le gustaría estar en el futuro. Afirma que prefiere mantener relaciones esporádicas y que no se ve con una relación estable, y explica que antes “debería” quererse ella y aceptarse. Referente a las inquietudes sociales, es una aspecto importante en su vida e indica dos voluntariados que le gustaría poder hacer pero que aún no ha realizado por falta de iniciativa. Se motiva a C. a buscar información y se comentan los beneficios y emociones positivas que podrían derivarse de tales actividades.

Finalmente, se le indica que la tarea para casa de esa semana es escribir una carta de gratitud a una persona a la que le gustaría dar las gracias por algún motivo.

Sesión 4

Esta sesión corresponde a la sesión 5 del cronograma, pero dado por motivos prácticos y organizacionales del hospital, se tuvo que alterar el orden.

A lo largo de las diferentes sesiones hasta ahora aplicadas, se han abordado tres pilares de los propuestos por Seligman: emociones positivas (sesión 1), fortalezas que le permitan alcanzar momentos de *fluir* (sesión 2) y relaciones positivas (sesión 3). En esta sesión, se revisó lo aprendido a través de la hoja de trabajo basada en el modelo PERMA basado en la teoría de Martín Seligman (2011). A lo largo de la intervención se reflexionó sobre los objetivos concretos y congruentes que le ayudarían a mejorar su estado actual en las áreas trabajadas y, en especial, en las áreas no abordadas (logros y sentido).

Esta sesión comenzó revisando la carta de gratitud que se había mandado para casa, no la había realizado pero me comentó que estaba dispuesta a hacerla durante la semana. Seguidamente se pasó a realizar de manera conjunta (terapeutas y pacientes) la hoja PERMA. Se inició la actividad con los momentos o experiencias que le generaban emociones positivas, se preguntó cuáles realizaba actualmente y cuáles no y el motivo de ello. También se trabajó cómo podría beneficiarse de seguir realizando esas actividades. Posteriormente, se abordaron las actividades que le permitían entrar en *flow* (sentir que el tiempo se pasa rápido y se está concentrado/a en la actividad) y comentó varias, entre las cuales se encontraban crear nuevos maquillajes y dibujar. Se le devolvió la posibilidad de aplicar su creatividad en estas actividades y los beneficios de llevarlas a cabo (las había abandonado pero ahora las está retomando). Se realizaron preguntas también referentes a las emociones positivas que le generaban y si podría seguir manteniéndolas a pesar de encontrarse mal. A continuación, se abordaron las relaciones positivas y aparecieron momentos y experiencias con su familia, amigos/as y pareja. En esta área salió la posibilidad de divertirse y disfrutar de la compañía de los demás a pesar de que en ocasiones hubiera discusiones. Finalmente, se trabajaron las actividades o experiencias que le daban un sentido a su vida o la motivaban y los logros o metas que le gustaría alcanzar en el futuro. En este sentido, se trabajó la recuperación de su salud y proyectos como retomar sus estudios y el deporte. Asimismo, se analizaron conductas congruentes y concretas para alcanzar dichos objetivos.

En general, se reforzó la posibilidad de realizar actividades agradables, mantener sus relaciones sociales y continuar esforzándose por alcanzar sus metas a pesar del malestar, de haber fallado en un área (ella expuso que cuando fracasaba en un área de su vida se aislaba y lo dejaba todo) o de haber tenido un síntoma.

Sesión 5

La sesión 4 del cronograma fue la última sesión realmente y, aunque no se pudo aplicar de manera individual por motivos de tiempo y programación del hospital, sí se pudo aplicar de manera grupal. Dado que se trataba de la última sesión y era grupal, no se mandó ninguna tarea para casa, de modo que se les dio la posibilidad a las pacientes de decidir si querían escribir una carta de perdón hacia ellas mismas o preferían perdonar a alguien.

En esta sesión participaron la mayoría de las pacientes, se abordaron temas como discusiones con los hijos, momentos de tensión donde se perdía el control y la dificultad para perdonarse a sí misma tras ello. En concreto, C. intervino dando su perspectiva como hija (“Yo he tenido discusiones con mi madre donde ha llegado a agredirme, pero mi madre a día de hoy se arrepiente y yo la he perdonado, todos nos equivocamos”). Otra paciente trajo a la sesión la culpa y responsabilidad que sintió en el pasado por no impedir que su madre bebiese. C. se sintió identificada con los vértigos que sufre su madre. Se trabajó hasta qué punto eran realmente responsables ellas de esas situaciones, qué responsabilidad tenía la otra persona y cómo podrían perdonarse así mismas. También habló otra paciente sobre sus dificultades para perdonarse, comentó que tenía muchas cosas que perdonarse y se trabajó qué era aquello para lo que sentía realmente preparada a perdonar y se explicó que el perdón es un proceso personal que lleva tiempo y aceptación. Finalmente, se abordó el perdón dentro de la relación de pareja.

Factores relacionados con la terapeuta

En el caso C. trabajaron dos terapeutas: la terapeuta titular del Hospital de Día y la terapeuta en prácticas del Máster de Psicología General Sanitaria. La intervención la realizaba fundamentalmente la terapeuta en prácticas con la supervisión y asesoramiento de la terapeuta titular, a excepción de la sesión grupal donde la terapeuta titular dirigió la sesión y la terapeuta en prácticas intervino como coterapeuta. En este sentido, se fomenta la autonomía, confianza y seguridad en las habilidades y capacidades de la propia terapeuta en formación.

El caso se revisaba de manera conjunta tras cada sesión y previamente la terapeuta titular aprobó la adecuación de la intervención para el caso de C.

Los puntos más importantes relacionados con la terapeuta que han permitido un desarrollo adecuado de la intervención han sido: ajustarse al ritmo individual de la paciente; fortalecer la sensación de auto-eficacia; reforzar las conductas alternativas a la evitación y/o escape ante situaciones temidas (abandono actividades, situaciones sociales...), empatizar y no juzgar a la paciente.

Resultados

Seguidamente se analizan cuantitativa y cualitativamente los resultados obtenidos para valorar si se han producido cambios que justifiquen la eficacia del programa.

Análisis cuantitativo

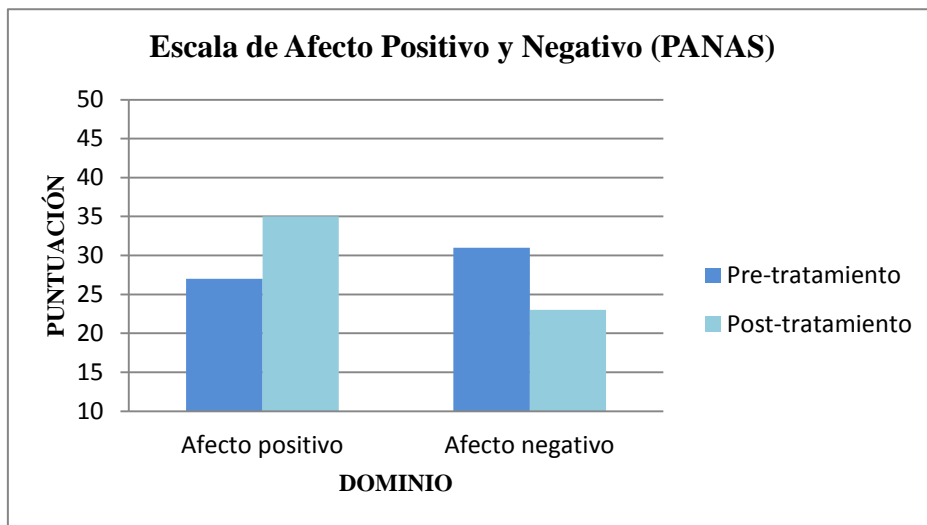
Los resultados cuantitativos provienen de la comparación de datos numéricos obtenidos mediante cuestionarios y escalas aplicadas antes de realizar la intervención (evaluación pre), y los datos procedentes de la aplicación de las mismas tras dicha intervención (evaluación post).

1. Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

El afecto positivo y negativo ha sido evaluado mediante la adaptación española de López-Gómez, Hervás, y Vázquez (2015) de la *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) de Watson et al. (1988).

La comparación de los resultados PRE-POST aparece en la figura 5. Como se puede observar en dicha figura, previamente C. puntuaba en afecto positivo valores más bajos de los que aparecen tras la intervención. En concreto, la puntuación inicial (27) se encontraba por debajo del punto de corte para la población no clínica (33.5) mientras que tras la intervención la puntuación supera la media (35). Respecto al afecto negativo, se ha observado una disminución de la misma tras la intervención. La puntuación previa al tratamiento indicaba que el afecto negativo de C. (31) era superior a la media de la población (20.1) y, aunque tras la intervención el afecto negativo se redujo, éste seguía estando por encima de la media poblacional.

Figura 5. Resultados PRE-POST de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

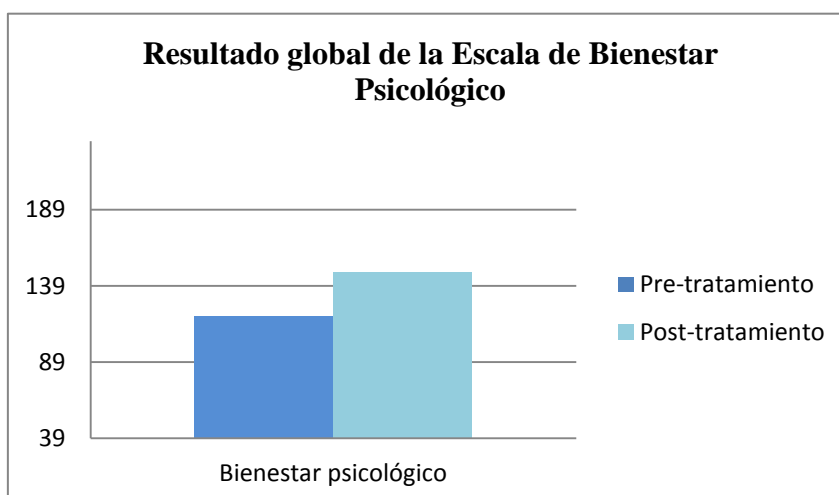


2. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

La evaluación del bienestar psicológico se realizó mediante la Escala de Bienestar Psicológico (BP) de Ryff (Ryff, 1989) en su versión española de Díaz et al. (2006).

Respecto al análisis la puntuación global en esta escala, los resultados aparecen recogidos en la figura 6, en la cual se pudo observar un incremento del bienestar de la paciente. En la evaluación PRE, la puntuación obtenida (119) indicaba un BP moderado, no obstante, tras la intervención dicha puntuación se vio incrementada (148) pasando al rango de un alto BP.

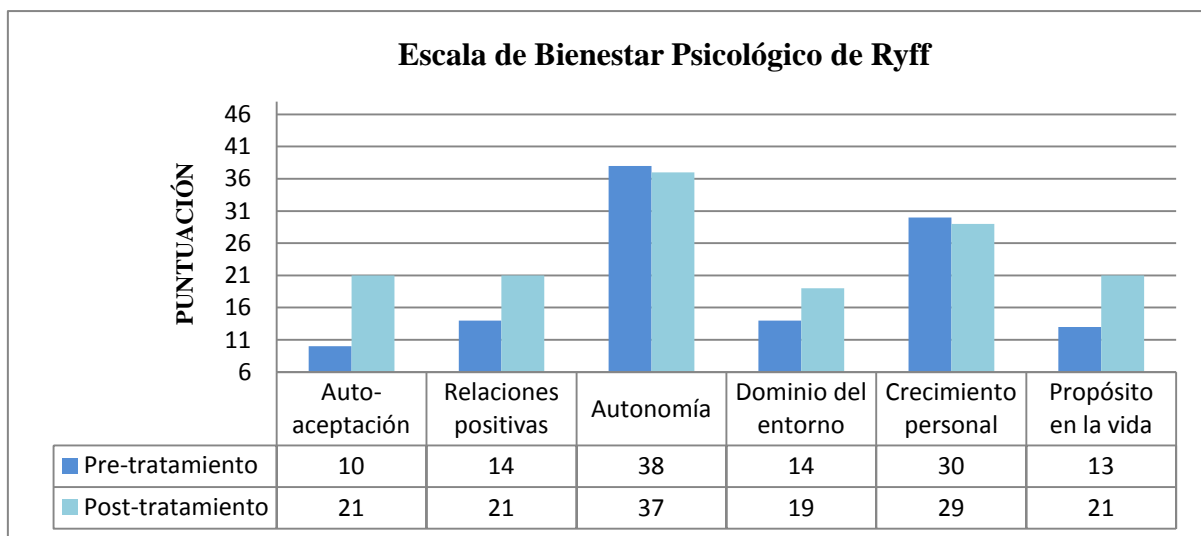
Figura 6. Resultado global de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff



Además de la puntuación global, la comparación de los datos PRE-POST en las diferentes dimensiones de la escala (figura 7), revela un incremento de las puntuaciones

de las siguientes dimensiones: aceptación, relaciones positivas, dominio del entorno y propósito en la vida (aunque todas estas puntuaciones continúan en un rango bajo pero cerca del límite del rango medio). Sin embargo, se ha producido una disminución en autonomía y crecimiento personal pero, a pesar de ello, la autonomía se encuentra en un rango alto y el crecimiento personal en un rango medio respecto de la media. En general, la disminución en tales dominios es muy pequeña (variación de 1 punto), siendo más acusado el aumento del resto de dimensiones de la escala. En concreto, las diferencias o cambios más notables se han obtenido en las dimensiones de aceptación (una variación de 11 puntos), propósito en la vida (un incremento de 8 puntos) y relaciones positivas (diferencia de 7 puntos).

Figura 7. Resultados PRE-POST de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

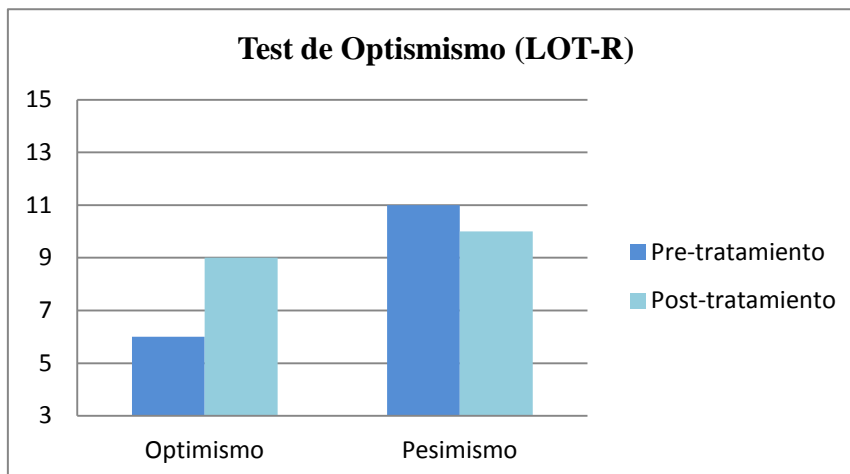


3. Test de Optimismo (LOT-R)

El optimismo se ha evaluado a través de la adaptación española del *Life Orientation Test* (LOT-R) (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Los resultados de la evaluación PRE y POST aparecen en la figura 8.

La comparación de los datos muestra un aumento en la puntuación obtenida en la dimensión de optimismo y una disminución en la escala de pesimismo. Aunque el pesimismo ha mostrado un cambio leve y sigue siendo alto, sí se ha producido una variación considerable respecto al optimismo de C. (diferencia de 3 puntos tras la intervención), pasando este a una puntuación media en lugar de baja.

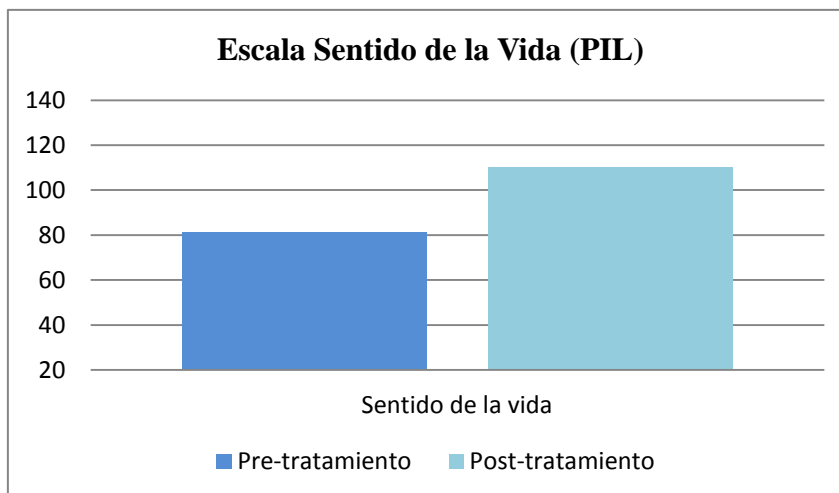
Figura 8. Resultados PRE-POST del Test de Optimismo (LOT-R)



4. Escala de Sentido de la Vida (PIL)

La comparación PRE-POST del sentido de la vida (figura 9), evaluado con la versión española de Noblejas de la Flor (2000) de *Purpose In Life-PIL* (Crumbaugh, 1968), muestra un incremento en dicha área. En concreto, se ha observado que C. ha pasado de una puntuación (81) que indicaba ausencia de sentido de la vida a una puntuación superior (110) donde situada en el rango de presencia de sentido de la vida.

Figura 9. Resultados PRE-POST de la Escala de Sentido de la Vida (PIL)

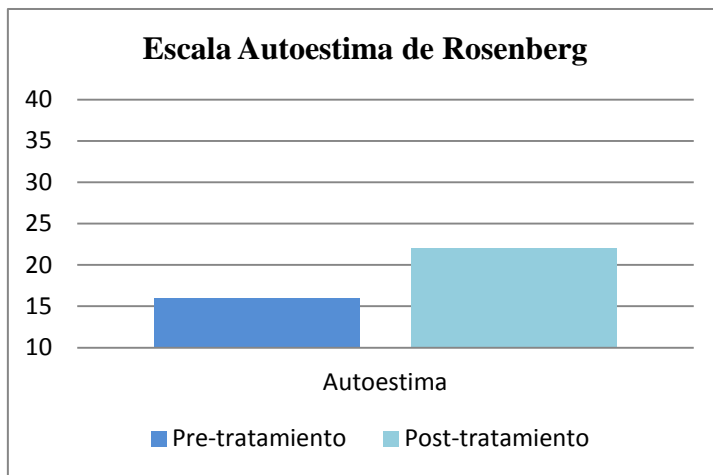


5. Escala de Autoestima de Rosenberg

La autoestima se midió a través de la adaptación española de González, Sigüenza, y Solá (2000) de Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1973).

La comparación PRE-POST de este constructo dio lugar a los resultados siguientes (recogidos en la figura 10). Se ha observado un incremento en la puntuación (6 puntos de diferencia), sin embargo, dicho aumento no ha sido suficiente para superar el rango de autoestima problemática. La puntuación tras la intervención (22) continúa siendo muy baja.

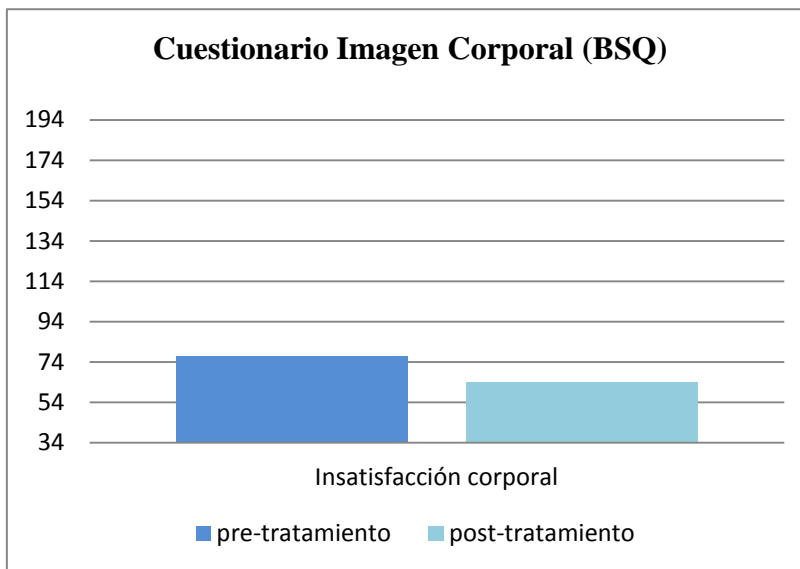
Figura 10. Resultados PRE-POST de la Escala de Autoestima



6. Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ)

La satisfacción con la imagen corporal ha sido evaluada mediante la versión española de Raich et al. (1996) del *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (Cooper et al. 1987). La puntuación PRE en este cuestionario indica que C. no presenta insatisfacción corporal. Asimismo, tras la intervención la puntuación disminuye aún más, de modo que C. continúa sin mostrar insatisfacción corporal (resultados se muestran en la figura 11).

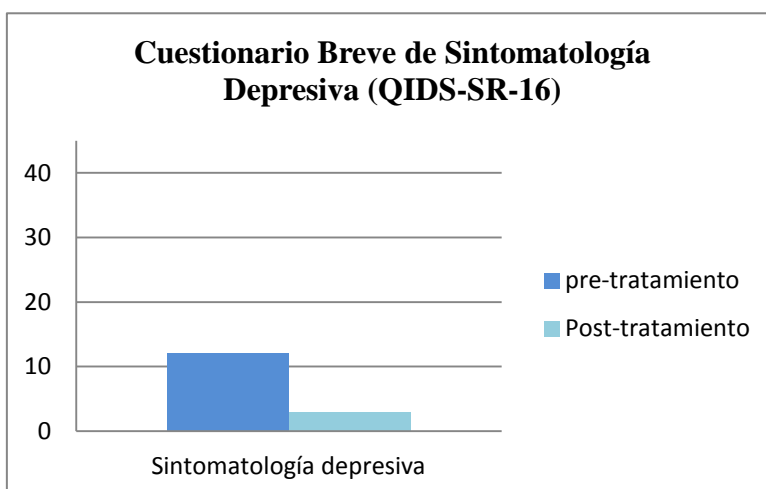
Figura 11. Resultados PRE-POST del Cuestionario Imagen Corporal (BSQ)



7. Cuestionario Breve de Sintomatología Depresiva (QIDS-SR-16)

La versión española de Guzzo et al. (2015) de la escala *Quick Inventory of Depressive Symptomatology* (QIDS-SR-16) (Rush et al. 2003) se utilizó para medir los síntomas depresivos. Los resultados del análisis PRE-POST aparecen en la figura 12, en la cual se puede observar una disminución de dichos síntomas. En la evaluación previa al tratamiento, la puntuación obtenida indicaba la presencia de sintomatología depresiva moderada; no obstante, tras la intervención la puntuación se ha reducido hasta alcanzar el nivel normal de la población general.

Figura 12. Resultados PRE-POST del QIDS-SR-16



Análisis cualitativo

A lo largo de la intervención también se han observado cambios que, aunque no queden reflejados en los cuestionarios de evaluación, sí aportan información sobre la implicación de dichas sesiones en el funcionamiento de C. El análisis cualitativo implica la comparación de los resultados obtenidos antes de la intervención (PRE) y tras la misma (POST) de datos no numéricos.

Concretamente, se ha observado en el discurso verbal de C. que se han producido cambios referentes a varios objetivos terapéuticos. La paciente ha referido que escribir cuáles son los momentos, experiencias y personas que le generan emociones positivas, así como los logros y metas que quiere alcanzar le ha permitido tener en mente lo que puede hacer en su vida y le ha aportado recursos para continuar. Tiene verbalizaciones como la siguiente: “yo soy muy negativa a veces y el poder ver escrito lo que tengo en mi vida me hace valorar mis virtudes y mis defectos y querer seguir curándome”.

Este tipo de verbalizaciones pone de manifiesto una mejoría tanto en el objetivo 3 que implica el desarrollo y uso de fortalezas, ya es capaz de reconocer sus propias virtudes, como del objetivo 6 dirigido a mejorar el proyecto de vida y aumentar el optimismo. Además, respecto a este último objetivo, C. verbalizó en un grupo su motivo para continuar con el tratamiento y querer curarse (“poner distancia con mis padres, conocer personas nuevas y continuar con mis cursos”), lo que indicaba una mayor claridad en relación a sus aspiraciones y metas vitales que antes. Además, fue la primera en intervenir cuando normalmente espera que varias compañeras lo hagan.

Asimismo, se ha observado un cambio en el comportamiento de C. para afrontar situaciones de malestar. C. tuvo una discusión con una compañera del hospital pero pudo exponer su motivo de desacuerdo, volver al hospital tras la discusión y relacionarse con el resto de compañeras, lo cual en ocasiones anteriores habría desembocado en una ausencia de varios días. Además, al día siguiente quedó con sus compañeros/as del curso después de clase. Este cambio está relacionado tanto con una mejora en el objetivo 4 que implica establecer y mantener sus elaciones sociales como con el objetivo 6 y su proyecto de vida. Un problema grave de C. es su aislamiento, en el momento que tiene alguna discusión o siente que ha fracasado abandona actividades y deja de relacionarse, por tanto, continuar con sus metas y objetivos (en este caso su tratamiento y sus cursos) revela un cambio positivo y significativo en su conducta.

Discusión

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto cambios relevantes producidos en la paciente tras la aplicación de la intervención. Teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos propuestos al inicio del tratamiento, la comparación de los cuestionarios pre y post-tratamiento, la conducta de la paciente y el discurso de la misma, se analizan seguidamente los cambios más notables en C. tras la intervención:

- Mejora del estado de ánimo y aumento del bienestar.
- Disminución de conductas evitativas como el abandono de actividades o el aislamiento social. Se ha observado una asistencia continuada a actividades valiosas para C. (curso, hospital) y la mejora de su red social.
- Aumento del sentido de la vida y clarificación del proyecto vital.
- Incremento de la auto-aceptación y reconocimiento de las propias virtudes.

Respecto a la mejora del estado de ánimo y el aumento del bienestar, los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff indican un aumento del su bienestar psicológico y la puntuación en el PANAS refleja mayores niveles de afecto positivo y menores en afecto negativo. También hay una disminución de la sintomatología depresiva evaluada con el QIDS-SR-16. En concreto, el aumento del afecto positivo fue considerablemente mayor que la disminución en el afecto negativo el cual continuó siendo mayor que la media de la población. No obstante, el QIDS-SR-16 sí refleja una reducción importante en síntomas depresivos, hallándose la puntuación tras intervención en el rango normal de la población.

Posiblemente estos resultados estén influenciados por la disminución de las conductas evitativas. La diferencia en los resultados entre QIDS-SR-16 y el PANAS puede deberse a que el primero evalúa a nivel conductual los síntomas depresivos (por ejemplo, problemas para conciliar el sueño, pensamientos de muerte, nivel de activación o concentración), mientras que el segundo evalúa el afecto negativo a través de emociones (por ejemplo, angustia, miedo o irritabilidad, entre otras). Actualmente, C. se está exponiendo a situaciones que evitaba como conocer personas nuevas o realizar sus tareas diarias aunque se encuentre dificultades, por tanto, es congruente que existan ahora altos niveles de emociones negativas ya que a nivel conductual está haciendo frente a situaciones que le generan miedo y angustia. Además, ha tenido uno o dos síntomas a la semana desde que inició el curso de monitora, pero aún no lo ha

abandonado ni ha evitado quedar con compañeros/as, comportamiento que se habría dado con anterioridad. Así, probablemente el afecto negativo disminuya a medida que C. continúe enfrentándose a situaciones que le producen malestar e incluso podrían reducirse los síntomas.

En cuanto al aumento del sentido de la vida, se ha observado un discurso más claro por parte de la paciente cuando comenta sus metas y objetivos vitales, así como un aumento en el optimismo que se refleja en el LOT-R y en el sentido de la vida que mide el PIL. En concreto, esta última escala indica presencia de sentido de la vida y, aunque el propósito de la vida medido con la Escala de Bienestar de Ryff es más bajo que para la población general, también ha aumentado. Esto indica que C. ha mejorado el objetivo de su vida y la sensación de llevar un rumbo pero es posible que muestre aún dificultades para incrementar la sensación de que el pasado y el presente tienen sentido (Ryff, 1989). Probablemente la satisfacción con el pasado y el presente necesiten ser reforzadas con más sesiones puesto que las dos tareas para casa planteadas para mejorar tal objetivo no fueron realizadas por la paciente (*Contando experiencias agradables* y *Carta de gratitud*). También es posible que dado el poder que adquiere la paciente en casa con el síntoma (atención de los padres y eludir responsabilidades) no esté dispuesta a abandonar por completo el atracón y las purgas, lo cual se refleja en la conducta de la paciente quien se mostró colaboradora en las sesiones donde sí se trabaja el rumbo de su vida, pero no con aquellas tareas que implicaban esfuerzo en casa (*Contando experiencias agradables*) y reconciliación con personas del pasado (*Carta de gratitud*). Además, la sesión de perdón fue grupal y quizás esta paciente se habría beneficiado más de una sesión individual de perdón para poder extrapolar después lo abordado en dicha sesión al grupo, y así, aumentar la satisfacción con el pasado.

Asimismo, el pesimismo continúa siendo, por poco, más elevado que el optimismo, aunque este último ha aumentado especialmente. Todo ello parece indicar que la paciente empieza a tener más esperanzas respecto al futuro, pero que aún sigue mostrando una alta negatividad respecto a lo que puede ocurrir en su futuro. En este sentido, sería importante continuar con un seguimiento de la paciente y de las actividades que lleva a cabo, puesto que en la medida que las finalice y consiga alcanzar sus objetivos, esta valoración negativa del futuro podría cambiar. Tras tantas metas inalcanzadas, actividades abandonadas y aislamiento social posiblemente no se sienta capaz de tomar sus propias decisiones por miedo a fracasar nuevamente, pero esa

evitación mantenía la situación de aislamiento y su bajo sentido de la vida. Además, la relación entre el padre, la madre y la paciente sigue siendo conflictiva por lo que podría estar afectando también a su valoración del futuro, ya que los cambios se producen muy lentamente dentro del área intrafamiliar.

En general, estos datos confirman los encontrados por estudios anteriores donde se asocian intervenciones basadas en la Psicología Positiva con la restitución del funcionamiento óptimo y bienestar de la persona (Vázquez et al., 2006; Riches, et al., 2016). También siguen la línea de la Psicología Positiva confirmando que la visión optimista potencia la capacidad de afrontar situaciones de enfermedad y que la calidad de vida y el funcionamiento social mejoran con el tratamiento en casos de TCA (Ackard, et al., 2014; Norman y Herzog, 1986; Meyer, 2012).

En referencia al incremento de la auto-aceptación y el reconcomiendo de las fortalezas, se ha observado en la Escala de Bienestar de Ryff, una mejora de la auto-aceptación y un aumento de la autoestima en el cuestionario de Rosenberg, pero dichos incrementos en no han sido suficientes para situar tanto la auto-aceptación como la autoestima dentro del rango medio de la población. En concreto, la autoestima continúa siendo problemática y sería necesario trabajar más este aspecto con la paciente. Posiblemente cinco sesiones sean escasas para conseguir una valoración más positiva de ella misma. No obstante, el aumento en ambos constructos podría estar indiciando que la paciente comienza a cambiar su valoración hacia sí misma y que la autoestima y la auto-aceptación podrían ir mejorando a medida que pase el tiempo y se aborden con mayor profundidad esas dificultades. Además, la sesión de fortalezas considero que pudo ser útil para este respecto ya que se trabajó tanto la exposición a hablar de las propias virtudes (lo cual le resultó complicado y se puso nerviosa) como para mejorar su auto-valoración en el futuro poniendo en prácticas sus fortalezas en situaciones diarias.

Por otro lado, resulta llamativo que no exista insatisfacción corporal en una paciente diagnosticada con Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. Otros estudios sí que han observado relación entre insatisfacción corporal y diagnóstico de TCA (García et al., 2009; Martínez, Gil, y de Los Fayos, 2016). Los resultados en el BSQ quizás reflejen que efectivamente la paciente está satisfecha con su cuerpo (ahora presenta infra-peso) y que los síntomas le está proporcionando ciertas ganancias como la satisfacción por alcanzar una meta inaccesible para muchas personas (el cuerpo delgado

asociado a la perfección en la cultura occidental). En este sentido, Martínez et al (2016) asociaron un mayor IMC con una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, mostrando los/as participantes mayor preocupación por el cuerpo, las dietas y miedo a engordar en universitarios. También es posible que la paciente se avergüence de los sentimientos y pensamientos asociados con su cuerpo y prefiera no contestar con sinceridad el cuestionario. Quizás esta evitación para contestar con sinceridad se relaciona con una forma de evitación de la imagen corporal lo cual se ha asociado fuertemente con la patología alimentaria y de manera moderada con el ánimo y el afecto (Walker, White y Srinivasan, 2018).

En cuanto a la valoración de la intervención realizada, a continuación, se analiza la eficacia, la efectividad y la eficiencia del tratamiento (Crespo et al, 2017).

En primer lugar, en términos de eficacia el tratamiento resulta eficaz en el aumento del bienestar y sentido de la vida, pero se ha producido un leve aumento en la frecuencia de los síntomas, posiblemente debido a que la paciente está empezando a enfrentarse a situaciones temidas. No obstante, está acudiendo a actividades positivas e importantes para ella a pesar de los síntomas, por ello sería importante saber si tales logros se mantienen tras la intervención. En este sentido, es probable que tanto el seguimiento como un mayor número de sesiones aporten más información y mejoren la eficacia de este tipo de intervenciones en el caso de TCA.

En términos de eficacia, también es relevante tener en cuenta la propia percepción subjetiva de la paciente quien manifiesta sentirse satisfecha con la mejora de su proyecto vital tras la intervención.

Respecto a la efectividad, la posibilidad de que el efecto hallado en C. se pueda generalizar a otras/os pacientes no se puede confirmar, dado que el estudio de caso único no permite extrapolar los resultados de la intervención aplicada. Sin embargo, tratamientos grupales aplicados en otras psicopatologías sí muestran éxito terapéutico con intervenciones basadas en la Psicología Positiva (Navascués et al., 2016; Meyer, 2012; Riches, et al., 2016). Por otro lado, la investigación científica sobre el impacto y posibles beneficios de este tipo de terapias en pacientes con TCA es bastante escasa (Vázquez, 2013), de modo que en el futuro sería recomendable realizar más estudios tanto de caso único como de programas grupales donde se abordase con mayor profundidad los efectos de la Psicología Positiva en este tipo de población clínica.

Finalmente, la eficiencia del tratamiento o balance de costes y beneficios obtenidos (Crespo et al., 2017) indica que la intervención ha sido eficiente respecto al aumento de bienestar y sentido de la vida, lo cual se ha conseguido aumentar en solo 4 sesiones individuales. Posiblemente, sería más beneficioso un aumento de sesiones en el futuro aunque repercuta la expansión del tratamiento puesto que sería importante conocer si estos resultados se mantienen en el tiempo. Las razones para haber llevado la intervención en un corto periodo de tiempo se ha debido al periodo de prácticas asignados y a la necesidad de adaptar el programa al horario y estructura del hospital. Además, es posible que un aumento en el número de sesiones permita una mayor adherencia al tratamiento y un mayor compromiso por parte de la paciente para realizar las tareas de casa.

La relevancia clínica de este trabajo se justifica en la presentación de una intervención basada en Psicología Positiva para un caso clínico de Trastorno de la Conducta Alimentaria, el cual afecta actualmente a un importante número de la población (Treasure, Claudino y Zucker, 2010) y cuyo tratamiento está centrado en la reducción de síntomas, especialmente durante el ingreso hospitalario (de Vos, 2017; Vázquez, Hervás y Ho, 2006). Por ello, sería necesario un tratamiento eficaz, efectivo y eficiente que permitiese complementar el trabajo clínico dirigido a la reducción del malestar y estabilización con una mejora del proyecto de vida y aumento de bienestar. Esto podría dotar a la persona de un mayor sentido vital y motivación para finalizar el proceso terapéutico en el hospital y continuar su vida fuera del centro con metas y objetivos claros, así como con una valoración más positiva del futuro. En este sentido, sería interesante seguir investigando y desarrollando nuevos estudios sobre este tipo de tratamientos.

Referencias bibliográficas

Ackard, D. M., Richter, S., Egan, A., Engel, S., & Cronemeyer, C. L. (2014). The meaning of (quality of) life in patients with eating disorders: A comparison of generic and disease-specific measures across diagnosis and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 259-267. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/eat.22193>

- Akhtar, M., & Boniwell, I. (2010). Applying positive psychology to alcohol-misusing adolescents: A group intervention. *Groupwork, 20*, 6–31. doi:10.1921/095182410X576831
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Angela, L. D., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 629-651. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/213100604?accountid=14542>
- Bergsma, A., Veenhoven, R., Have, M., & de Graaf, R. (2011). Do they know how happy they are? on the value of self-rated happiness of people with a mental disorder. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-being, 12*(5), 793-806. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-010-9227-5>
- 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*, 119. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Brockmeyer, T., Friederich, H., & Schmidt, U. (2018). Advances in the treatment of anorexia nervosa: A review of established and emerging interventions. *Psychological Medicine, 48*(8), 1228-1256. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291717002604>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 485–494. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O.
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., ... & Olivares, J. M. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 10*(1), 4-20.

- Crumbaugh, J. C. (1968). Cross-validation of purpose-in-life test based on frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24(1), 74-81. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/615542041?accountid=14542>
- Csikszentmihalyi, M. (1997). Evolution and flow. *NAMTA Journal*, 22(1), 118-49. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/62623055?accountid=14542>
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 5(1), 34. doi 10.1186/s40337-017-0164-0
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/621455041?accountid=14542>
- Elliot, A. J. & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 804–818. doi.org/10.1037/0022-3514.82.5.804
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 185-190. doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00267-6
- Ferrando, P. J., Chico, E., & Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo life orientation test. *Psicothema*, 14(3), 673-680. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/619909788?accountid=14542>
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1439517228?accountid=14542>

- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. doi:org/10.1037/1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the united states on september 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. doi:http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103
- García, A. C., Planell, L. S., Estragués, J. R., Escursell, R. M. R., & Carracedo, D. S. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20(2), 145-157. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/815566355?accountid=14542>
- Gili, M., Lopez-Navarro, E., Homar, C., Castro, A., García-Toro, M., Llobera, J., & Roca, M. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala QIDS-SR 16 en pacientes con trastorno depresivo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 292-9.
- González, F. A., Sigüenza, Y. M., & Solá, I. B. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología*, 22, 29-42.
- Guzzo, E., Teme, A., Chimera, K., Krupitzki, H., Rozic, P., & Taragano, F. (2015). Cuestionario breve de sintomatología depresiva autoadministrado en la práctica clínica de pacientes depresivos. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 173-181.
- Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). Depression and immunity: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 113(3), 472-486. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.472

- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (66), 23-41.
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Healy, B. C., Boehm, J. K., Kashdan, T. B., Celano, C. M., . . . Lyubomirsky, S. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 88-94. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.10.006
- Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Boehm, J. K., Seabrook, R., Fricchione, G. L., Denninger, J. W., & Lyubomirsky, S. (2011). Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart International*, 6(2), 2-11. doi:http://dx.doi.org/10.4081/hi.2011.e14
- Huffman, J. C., Millstein, R. A., Mastromauro, C. A., Moore, S. V., Celano, C. M., Bedoya, C. A., ... & Januzzi, J. L. (2016). A positive psychology intervention for patients with an acute coronary syndrome: treatment development and proof-of-concept trial. *Journal of happiness studies*, 17(5), 1985-2006. doi.org/10.1007/s10902-015-9681-1
- Jiménez, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *suma psicológica*, 23(1), 51-59. doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001
- Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278
- Keyes, C. L. (2005). Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62(2), 95-108. doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95
- Kraiss, J. T., ten Klooster, P.,M., Chrispijn, M., Trompetter, H. R., Stevens, A. W. M. M., Neutel, E., . . . Bohlmeijer, E. T. (2018). B-positive: A randomized

- controlled trial of a multicomponent positive psychology intervention for euthymic patients with bipolar disorder - study protocol and intervention development. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-13 .doi.org/10.1186/s12888-018-1916-3
- Krentzman, A. R. (2013). Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 151-165. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0029897
- Layous, K., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 3-12. doi.org/10.1037/a0034709
- Layous, K., Nelson, S. K., Oberle, E., Schonert-Reichl, K., & Lyubomirsky, S. (2012). Kindness counts: Prompting prosocial behavior in preadolescents boosts peer acceptance and well-being. *PLoS One*, 7(12) doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0051380
- Leclaire, K., Cecil, A., LaRussa, A., Stuart, F., Hemond, C. C., Healy, B. C., . . . Glanz, B. I. (2018). Short report: A pilot study of a group positive psychology intervention for patients with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 20(3), 136-141. doi.org/10.7224/1537-2073.2017-002.
- López-Gómez, I., Hervás, G., & Vázquez, C. (2015). Adaptación de las "escalas de afecto positivo y negativo" (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23(3), 529-548. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1749659761?accountid=14542>
- Lyubomirsky, S (2008). *La ciencia de la felicidad*. Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62. doi:http://dx.doi.org/10.1177/0963721412469809

- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology, 9*(2), 111-131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111
- Machado, L., de Oliveira, I. R., Peregrino, A., & Cantilino, A. (2019). Common mental disorders and subjective well-being: Emotional training among medical students based on positive psychology. *PloS one, 14*(2), 1-18.
- Martínez, M. Á. C., Gil, R. B., & de Los Fayos, E. J. G. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria, 36*(1), 54-63.
- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C., & Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology, 7*(3), 239-248. doi.org/10.1080/17439760.2012.677467
- Mitchell, J. A., Agras, S., & Wonderlich, S. (2007). Treatment of bulimia nervosa: Where are we and where are we going? *International Journal of Eating Disorders, 40*(2), 95. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/211113327?accountid=14542>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 847-862. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/621881111?accountid=14542>
- Moran, G. S., & Nemeč, P. B. (2013). Walking on the sunny side: What positive psychology can contribute to psychiatric rehabilitation concepts and practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 36*(3), 202-208. doi.org/10.1037/prj0000012
- Moskowitz, J. T., Carrico, A. W., Duncan, L. G., Cohn, M. A., Cheung, E. O., Batchelder, A., . . . Folkman, S. (2017). Randomized controlled trial of a positive affect intervention for people newly diagnosed with HIV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(5), 409-423. doi:http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000188

- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 903-918. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z
- Navascués, A., Calvo-Medel, D., & Bombin-Martín, A. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Acción Psicológica*, 13(2), 143-156. doi.org/10.5944/ap.13.2.15818
- Norman, D. K., & Herzog, D. B. (1986). A 3-year outcome study of normal-weight bulimia: Assessment of psychosocial functioning and eating attitudes. *Psychiatry Research*, 19(3), 199-205. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(86)90098-3
- Noblejas de la Flor, M. A. (2000). Fiabilidad de los tests PIL y Logotest. *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 4, 81-90
- Nøkleby, H. (2012). Comorbid drug use disorders and eating disorders - a review of prevalence studies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(3), 303-n/a. doi:http://dx.doi.org/10.2478/v10199-012-0024-9
- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K., & Fredrickson, B. L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindnesses intervention. *Journal of Happiness Studies*, 7, 361-375. doi:10.1007/s10902-005-3650-z
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619. doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/619428944?accountid=14542>

- Riches, S., Schrank, B., Rashid, T., & Slade, M. (2016). WELLFOCUS PPT: Modifying positive psychotherapy for psychosis. *Psychotherapy, 53*(1), 68-77. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000013>
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., . . . Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research, 227*(1), 52-57. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015>
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires. Paidós.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., . . . Keller, M. B. (2003). The 16-item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry, 54*(5), 573-583. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01866-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01866-8)
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 57*(6), 1069-81. doi:[10.1037/0022-3514.57.6.1069](http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069)
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American psychologist, 55*(1), 110-121. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.110>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063-1078. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>
- Schrank, B., Brownell, T., Tylee, A., & Slade, M. (2014). Positive psychology: An approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian Archives of Psychiatry, 24*(3), 95-103. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1616501190?accountid=14542>
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.

- Seligman, M. (2011). *La vida que florece una nueva concepción visionaria de la felicidad y el bienestar*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, *61*(8), 774-788. doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774
- Seligman, M, Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, *60*(5), 410-421. doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410
- 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.org/10.1002/jclp.20593
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC health services research*, *10*(26), 3-14. doi.org/10.1186/1472-6963-10-26
- Tejero P. A., Guimerá Q. E., Farré M. J. & Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (hospital anxiety and depression scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista Del Departamento De Psiquiatría De La Facultad De Medicina De Barcelona*, *13*(5), 233-238. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/617658571?accountid=14542>
- Tomba, E., Tecuta, L., Schumann, R., & Ballardini, D. (2017). Does psychological well-being change following treatment? an exploratory study on outpatients with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *74*, 61-69. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.001>
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, *375*(9714), 583-93. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/199059169?accountid=14542>

- Vallance, J. K., Latner, J. D., & Gleaves, D. H. (2011). The relationship between eating disorder psychopathology and health-related quality of life within a community sample. *Quality of Life Research*, 20(5), 675-82. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-010-9799-x>
- Vázquez, C. (2013). *Psicología positiva aplicada*. Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual Revista Internacional De Psicología Clínica De La Salud*, 14(3), 401-432. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/621556545?accountid=14542>
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the march 11, 2004 terrorist attacks in a madrid community sample: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 61-74. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/274588343?accountid=14542>
- Vecina, J. M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 9-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827103>
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827102>
- Vescovelli, F., Albieri, E., & Ruini, C. (2017). Positive Narrative Therapy for an unspecified eating disorder: A child case report. *Clinical Case Studies*, 16(5), 351-369. doi: 10.1177/1534650117698799
- Walker, D. C., White, E. K., & Srinivasan, V. J. (2018). A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 745-770. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/eat.22867>
- Warlick, C. A., Nelson, J., Krieschok, T. S., & Frey, B. B. (2018). A call for hope: The mutually beneficial integration of positive psychology and dialectical behavior therapy. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(3), 314-322. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/tps0000166>

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, 1063–1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063.

WHO: Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (summary report) (2004). Geneva: World Health Organization.

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H., Teufel, M., Schellberg, D., . . . Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9912), 127-137. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8

Anexos

Anexo 1. Hoja de trabajo basado en el modelo PERMA basado en la teoría de Martín Seligman (2011)

<p>Momentos, experiencias y tareas que me hacen sentir EMOCIONES POSITIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • 	<p>Momentos, experiencias y personas que considero parte de mis RELACIONES POSITIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • •
<p>Momentos, actividades y tareas que me hacen conectar y centrarme en el momento, entrando en estado de FLOW:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 	<p>Momentos, actividades y tareas que valoro porque tienen mucho SENTIDO para mí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • •
	<p>Actividades, metas y tareas que me transmiten una sensación de LOGRO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • •

Anexo 2. Versión adaptada (Seligman, 2002) de la Clasificación de Fortalezas y Virtudes de Valores en Acción (VIA) de Park et al. (2004)

1.

a) La afirmación “siempre siento curiosidad por el mundo” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

b) “Me aburro con facilidad” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

2.

- a) La afirmación “me emociono cuando aprendo algo nuevo” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Nunca me desvío de mi camino para visitar museos u otros lugares educativos” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

3.

- a) La afirmación “cuando la situación lo exige, soy una pensadora altamente racional” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Tiendo a emitir juicios precipitados” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

4.

- a) “Me gusta pensar en nuevas formas de hacer las cosas” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “La mayoría de mis amigos son más imaginativos que yo”

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

5.

- a) “Independencia de la situación social, soy capaz de encajar” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “No se me da demasiado bien advertir lo que sienten otras personas” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

6.

- a) “Siempre soy capaz de analizar las cosas y verlas en un contexto más amplio” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Lo demás pocas veces me piden consejo” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

7.

- a) “A menudo defendiendo mi postura ante una oposición fuerte”:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

b) El dolor y el desengaño suelen vencerme es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

8.

a) “Siempre acabo lo que empiezo” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

b) “Me distraigo mientras trabajo” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

9.

a) “Siempre mantengo mis promesas” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

b) “Mis amigos nunca me dicen que soy realista” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

10.

- a) “El mes pasado ayudé voluntariamente a un vecino” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Raras veces me emociona tanto la buena suerte de los demás como la mía propia” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

11.

- a) “Hay personas en mi vida que se preocupan tanto por mis sentimientos y bienestar como por los suyos propios” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Me cuesta aceptar el amor de los demás” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

12.

- a) “Doy lo mejor de mí en el trabajo en grupo “ es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Me cuesta sacrificar mis propios intereses en beneficio de los grupos a los que pertenezco” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

13.

- a) “Trato a las personas con igualdad independientemente de quiénes sean” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Si alguien no me cae bien me cuesta tratarlo con justicia” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

14.

- a) “Siempre consigo que las personas cumplan su cometido sin insistir en exceso” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “No se me da demasiado bien organizar actividades de grupo” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

15.

- a) “Controlo mis emociones” es:
- Muy propia de mí
 - Propia de mí
 - Neutra
 - Poco propia de mí
 - Impropia de mí
- b) “Me cuesta mucho contener mis deseos e impulsos “es:
- Muy propia de mí
 - Propia de mí
 - Neutra
 - Poco propia de mí
 - Impropia de mí

16.

- a) “Evito actividades que resulten físicamente peligrosas” es:
- Muy propia de mí
 - Propia de mí
 - Neutra
 - Poco propia de mí
 - Impropia de mí
- b) “A veces me equivoco al elegir amistades y relaciones” es:
- Muy propia de mí
 - Propia de mí
 - Neutra
 - Poco propia de mí
 - Impropia de mí

17.

- a) “Cambio de tema cuando la gente me halaga” es:
- Muy propia de mí
 - Propia de mí
 - Neutra
 - Poco propia de mí
 - Impropia de mí
- b) “Suelo hablar de mis logros”:
- Muy propia de mí
 - Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

18.

- a) “El mes pasado, me emocioné por la excelencia en música, arte, teatro, deporte, ciencia o matemáticas” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “No he creado nada bello el año pasado” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

19.

- a) “Siempre digo gracias, incluso por pequeñas cosas” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Raras veces me detengo a dar las gracias” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

20.

- a) “Siempre veo el lado bueno de las cosas” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Raras veces tengo un plan bien desarrollado de lo que quiero hacer” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

21.

- a) “Mi vida tiene un propósito fuerte” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “No siento una vocación en la vida”:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

22.

- a) “Siempre pienso que lo pasado, pasado está” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Siempre intento desquitarme” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

23.

- a) “Combino el trabajo con la diversión en la mayor medida posible” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Raras veces digo cosas divertidas” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

24.

- a) “Me implicó por completo en todo lo que hago” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

- b) “Muchas veces me siento decaído” es:

Muy propia de mí

Propia de mí

Neutra

Poco propia de mí

Impropia de mí

Sabiduría y conocimiento

1 CURIOSIDAD/INTERÉS POR EL MUNDO

2 AMOR POR EL CONOCIMIENTO

3 JUICIO/PENSAMIENTO CRÍTICO/MENTALIDAD ABIERTA

4 INGENIO/ORIGINALIDAD/INTELIGENCIA PRÁCTICA/PERSPICACIA

5 INTELIGENCIA SOCIAL/INTELIGENCIA PERSONAL/INTELIGENCIA EMOCIONAL

6 PERSPECTIVA

Valor

7 VALOR Y VALENTÍA

8 PERSEVERANCIA/LABORIOSIDAD/DILIGENCIA

9 INTEGRIDAD/AUTENTICIDAD/HONESTIDAD

Humanidad y amor

10 BONDAD Y GENEROSIDAD

11 AMAR Y DEJARSE AMAR

Justicia

12 CIVISMO/DEBER/TRABAJO EN EQUIPO/LEALTAD

13 IMPARCIALIDAD Y EQUIDAD

14 LIDERAZGO

Templanza

15 AUTOCONTROL

16 PRUDENCIA/DISCRECIÓN/CAUTELA

17 HUMILDAD Y MODESTIA

Trascendencia

18 DISFRUTE DE LA BELLEZA Y LA EXCELENCIA

19 GRATITUD

20 ESPERANZA/OPTIMISMO/PREVISIÓN

21 ESPIRITUALIDAD/PROPÓSITO/FE/RELIGIOSIDAD

22 PERDÓN Y CLEMENCIA

23 PICARDÍA Y SENTIDO DEL HUMOR

24 BRÍO/PASIÓN/ENTUSIASMO

Anexo 3. Resultados cuestionario de fortalezas

Sabiduría y conocimiento	Puntuación
Curiosidad/interés por el mundo	6
Amor por el conocimiento	8
Juicio/pensamiento crítico/mentalidad abierta	4
Ingenio/originalidad/inteligencia práctica/perspicacia	9
Inteligencia social/inteligencia personal/inteligencia emocional	9
Perspectiva	6
Valor	
Valor y valentía	8
Perseverancia/laboriosidad/diligencia	4
Integridad/autenticidad/honestidad	6
Humanidad y amor	
Bondad y generosidad	6
Amar y dejarse amar	5
Justicia	
Civismo/deber/trabajo en equipo/lealtad	10
Imparcialidad y equidad	10
Liderazgo	7
Templanza	
Autocontrol	6
Prudencia/discreción/cautela	6
Humildad y modestia	10
Trascendencia	
Disfrute de la belleza y la excelencia	5
Gratitud	10
Esperanza/optimismo/previsión	6
Espiritualidad/propósito/fe/religiosidad	8
Perdón y clemencia	6
Picardía y sentido del humor	6
Brío/pasión/entusiasmo	7