



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Eficacia de las intervenciones de psicología positiva en muestras clínicas y no-clínicas: una revisión sistemática

Effectiveness of positive psychology interventions on clinical and non-clinical samples: a systematic review

Autor/es

Sara Royo Millán

Director/es

Ernestina Etchemendy Kasten

Grado en Psicología

Año 2018-2019



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Introducción

Tradicionalmente, los enfoques en salud han estado centrados principalmente en la reducción de carencias y síntomas negativos (como el dolor o el sufrimiento), dejando de lado el interés por desarrollar las fortalezas y capacidades personales (Vázquez, 2008a). Sin embargo, la salud no debería ser entendida solamente como la ausencia de síntomas negativos. Tal y como defiende la OMS (1986), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía, (...) un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida”. Se trata, más bien, de “un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales, así como la capacidades físicas” (citado en Vázquez y Hervás, 2008). Centrándonos en la salud mental, más recientemente la OMS (2004) define esta como “un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades, puede sobrellevar las situaciones estresantes típicas de la vida, puede trabajar productivamente, y es capaz de contribuir a su comunidad”.

Desde esta perspectiva, cabe destacar que la reducción o ausencia de síntomas no necesariamente implica por si sola un aumento del bienestar o la felicidad, pudiendo las personas sin enfermedad mental tener una baja satisfacción con su vida, así como llevar un estilo de vida completamente disfuncional (Keyes, 2005; Keyes, 2007). Además, también las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida satisfactoria y feliz (Bergsma, Ten Have, Veenhoven y De Graaf, 2011).

Por tanto, el bienestar psicológico no se trata únicamente de la ausencia de sufrimiento, sino de estar comprometido con la comunidad, tener la sensación de que la propia vida tiene un significado y un propósito, así como estar conectado con las personas u objetos de nuestro alrededor (Diener, Lucas y Oishi, 2002). Por otro lado, por bienestar subjetivo se entienden aquellas evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace de su propia vida, siendo este un concepto muy amplio que engloba la vivencia de emociones placenteras, la escasez de afecto negativo y la satisfacción con la vida (Averill, 2002).

En este contexto y rompiendo con la tendencia de focalizarse en las carencias surge la psicología positiva, una corriente relativamente nueva cuyo inicio se remonta a 1998 por parte de Martin Seligman (Seligman, 2002a). La psicología positiva prioriza el aumento del bienestar y el funcionamiento óptimo, en lugar de la disminución de síntomas y signos (Duckworth, Steen y Seligman, 2005; citado en Chakhssi, Kraiss, Sommers-Spijkerman y Bohlmeijer, 2018). Se trata de la rama de la psicología que estudia el funcionamiento óptimo

y la prosperidad de las personas, grupos e instituciones, así como las condiciones y procesos que contribuyen (Gable y Haidt, 2005; citado en Lupano Perugini y Castro Solano, 2010). A nivel subjetivo, estudia las emociones positivas y la experiencia subjetiva positiva, tanto del pasado (bienestar y satisfacción) como del presente (fluir -flow-, los placeres, la felicidad) y del futuro (optimismo, esperanza, fe), a nivel individual, los rasgos positivos personales o fortalezas psicológicas (capacidad de amar, vocación, perseverancia, relaciones interpersonales, perdón, originalidad, sabiduría, etc.) y, a nivel grupal, las instituciones positivas que llevan a una mejor ciudadanía (responsabilidad, tolerancia, ética, etc.) (Gillham y Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; citado en Seligman, 2002b).

No obstante, la psicología positiva no solo se ocupa de estudiar y describir estos constructos, sino que también se implica en el intento de mejorarlos o incrementarlos (Lupano Perugini y Castro Solano, 2010). La investigación ha dilucidado estrategias (saboreo, gratitud, amabilidad, relaciones sociales, y esperanza y significado) que, al ser aplicadas, resultan en aumentos de la felicidad (Schueller y Parks, 2014), lo que ha dado lugar al surgimiento y desarrollo de intervenciones de psicología positiva (IPP). En concordancia con Sin y Lyubomirsky (2009), las intervenciones de psicología positiva son aquellas que “van dirigidas a aumentar el afecto positivo, los comportamientos positivos o las cogniciones positivas en lugar de a mejorar la patología o a reparar pensamientos negativos de patrones de comportamiento desadaptativos”. Además, estos autores indican que las IPP deben estar diseñadas para aumentar el bienestar a largo plazo.

Respecto a la evidencia, cabe destacar dos meta-análisis que estudian la eficacia de las intervenciones psicológicas positivas, principalmente en población no-clínica, con una pequeña muestra clínica limitada a síntomas de depresión y ansiedad. En primer lugar, Sin y Lyubomirsky (2009) llevaron a cabo su meta-análisis teniendo en cuenta todo tipo de estudios y, posteriormente, Bolier et al. (2013) lo hicieron incluyendo solamente estudios controlados aleatorizados (ECA). Ambos estudios evidenciaron que las IPP pueden ser efectivas para la disminución de los síntomas depresivos y la mejora del bienestar psicológico y subjetivo en este tipo de muestras. Sin embargo, aunque la evidencia apunta a que las IPP pueden resultar útiles, su eficacia no está todavía bien establecida, sobre todo cuando hablamos de personas que presentan psicopatologías (Chakhssi, et al., 2018).

Dado que los meta-análisis anteriormente mencionados (Sin y Lyubomirsky, 2009; Bolier et al., 2013) se desarrollaron hace varios años (en 2009 y 2013 respectivamente), se hace

necesaria la puesta en marcha de una revisión sistemática más actual sobre el tema, con el fin de observar la evolución de la literatura científica acerca de la eficacia de las IPP en los últimos años. Además, considerando la evidencia preliminar existente relativa a la potencial eficacia de las IPP en personas con síntomas de depresión y/o ansiedad (Bolier et al., 2013; Sin y Lyubomirsky, 2009), resulta conveniente analizar los efectos producidos por las IPP en población con psicopatologías del estado de ánimo.

Si bien es cierto que muy recientemente un meta-análisis (Chakhssi, et al., 2018) dilucidó la eficacia de las IPP en el aumento del bienestar y la reducción de la angustia en poblaciones clínicas, concretamente en personas con problemas psiquiátricos y somáticos, tal estudio se enfocó únicamente en intervenciones destinadas a población con patologías, descartando los estudios en población no-clínica. Además, la metodología utilizada en los meta-análisis es principalmente cuantitativa, combinando los resultados de los estudios mediante análisis estadísticos. En contraposición, en el presente trabajo se incluyen intervenciones tanto en población clínica como no-clínica. Además, se trata de una revisión sistemática cualitativa, de modo que la evidencia se presenta de forma descriptiva y no estadística, lo cual permite tener en cuenta en mayor medida estudios heterogéneos, no combinables entre sí de forma estadística, así como analizar los detalles y los aspectos más cualitativos de las intervenciones.

El objetivo de la presente revisión sistemática cualitativa es aportar más información acerca de la eficacia de las intervenciones psicológicas positivas en personas, principalmente adultas, tanto sin patologías (población no clínica) como con patologías (población clínica), ya sea con psicopatologías (concretamente del estado de ánimo) o con patologías médicas, en términos de aumento del bienestar (resultado principal) y de reducción de síntomas de depresión, ansiedad, estrés y/o angustia (resultados secundarios), en comparación con otros tratamientos o la ausencia de estos.

Método

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en la base de datos electrónica “Pubmed”. La búsqueda de artículos en tal base de datos se produjo el día 17 de abril de 2019, utilizando la siguiente cadena de palabras clave: [positive psycholog* intervention*] OR [positive psycholog*] AND [well-being OR subjective well-being OR psychological well-being] AND [depress* OR anxi* OR stress* OR distress] AND [randomized controlled trials] AND [effectiveness] NOT mindfulness NOT meditation NOT exercise.

Además, se utilizaron tres filtros de Pubmed para acotar la búsqueda conforme a lo requerido: 1) Lectura gratuita del texto completo (“free full text”), de tal forma que los estudios resultantes pudieran ser accesibles en su totalidad; 2) Estudios controlados aleatorizados (ECA), ya que, a la hora de analizar la eficacia de las intervenciones se trata del diseño experimental más riguroso (Perestelo-Pérez, 2013); 3) Artículos publicados desde el año 2013 (fecha en la que se publicó la revisión sistemática y meta-análisis de Bolier et al.) hasta la fecha actual (año 2019). Tal estrategia de búsqueda dio como resultado 807 artículos coincidentes.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes: 1) Que se tratara sobre una o más intervenciones de psicología positiva, ya sea como componente principal o como componente secundario junto a otros (criterio más relevante); 2) Evaluación de al menos uno de los siguientes resultados: bienestar (bienestar subjetivo y/o bienestar psicológico), síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, estrés y/o angustia; 3) Muestra de jóvenes, adultos o personas mayores, sin ninguna patología, con psicopatologías del estado de ánimo o con patologías médicas; 4) Estudio controlado aleatorizado, en el que los participantes se asignen aleatoriamente a los grupos de la investigación, habiendo necesariamente grupo experimental y grupo control (condición de no intervención, placebo o tratamiento habitual); 5) Artículos publicados en inglés; 6) Artículos publicados a partir del año 2013.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos estudios cuyas intervenciones no estuvieran desarrolladas en la línea teórica de la psicología positiva, como por ejemplo intervenciones basadas principalmente en mindfulness, meditación, reminiscencia o ejercicio físico.

Selección de estudios

Una vez obtenidos los resultados de la búsqueda en Pubmed, se procedió a la selección de los estudios por parte de un solo revisor. Este proceso se dividió en dos fases: en la primera fase, se revisaron los títulos y los resúmenes de todos los resultados obtenidos en la búsqueda y, en la segunda fase, se procedió a la lectura del estudio completo (solamente de aquellos que hubieran sido seleccionados en la fase anterior).

En algunos casos, las IPP fueron encontradas en la búsqueda en forma de protocolo del estudio. En estos casos, se procedió a la búsqueda del estudio controlado aleatorizado (ECA). En caso de encontrarlo, ese artículo fue incluido en la revisión y, de no ser así, quedó excluido, dado que el protocolo aporta información acerca de la intervención, pero no cuenta con los resultados obtenidos de esta.

El proceso de selección de estudios se ilustra en la Tabla 1. La búsqueda realizada en la base de datos Pubmed resultó en la identificación de 807 estudios, no habiendo duplicados. En la primera fase de revisión de títulos y resúmenes se excluyeron 607 artículos, todos ellos por el motivo de no ser intervenciones de psicología positiva (IPP). En la segunda fase de revisión del artículo completo se revisaron 201 estudios, de los cuales se excluyeron 190. Los motivos de exclusión fueron los siguientes: 187 por no tratarse de IPP, de los cuales 5 parecían ir en la línea de IPP, pero no se encontraron las bases suficientes; 1 por tratarse del protocolo y no hallarse el ECA; 1 por utilizar variables de IPP como resultado, pero no tener componentes de IPP en la intervención; y 1 porque no medía los resultados requeridos. De tal manera, el número final de estudios incluidos fue 11. Cabe destacar que no se ha realizado la evaluación del riesgo de sesgo de los 11 estudios finalmente incluidos en la presente revisión.

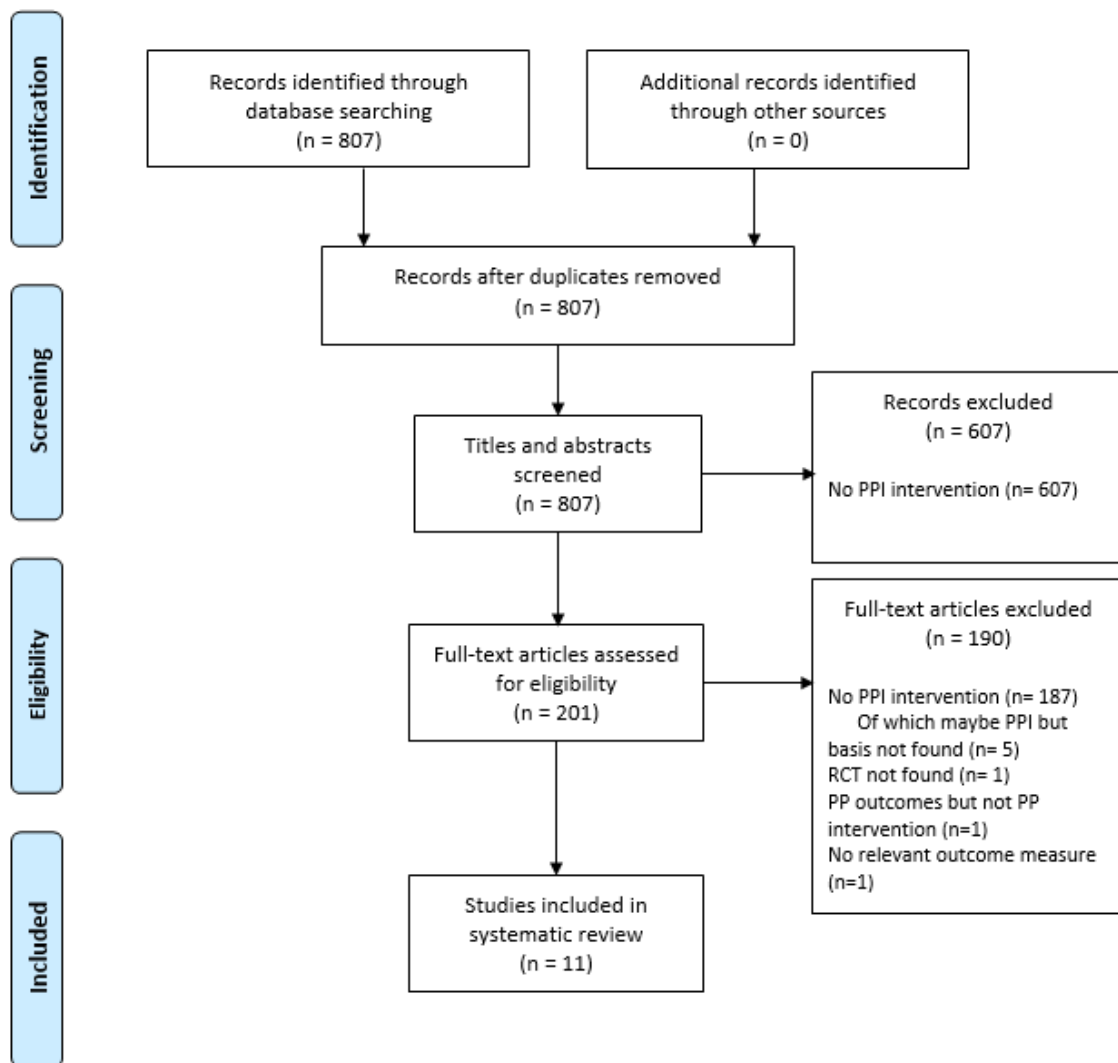


Tabla 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

Resultados

Las características de los artículos incluidos se presentan en la Tabla 2. Los estudios evaluaron a 3.492 sujetos, 2.301 en los grupos experimentales (IPP) y 1.191 en los grupos control. En cuanto a la población, 8 estudios cuentan con muestra clínica (4 con psicopatologías, concretamente trastornos emocionales, y 4 con enfermedades médicas, concretamente 1 con demencia, 1 con cáncer de mama, 1 con supervivientes de cáncer y 1 con poliartritis) y 3 con muestra no clínica (1 con trabajadores sexuales y 2 con población normal). La gran mayoría de estudios (9) cuenta con población adulta (al menos como edad media, aunque hubiera algunos participantes de mayor edad). De los 2 restantes, un estudio cuenta con población adolescente y otro con población de la tercera edad.

En 4 estudios la aplicación de la intervención se realizó a través de internet (online), en 6 cara a cara y en 1 de ambas formas. En 4 estudios la intervención fue guiada por un terapeuta o profesional, en 6 la intervención era auto aplicada y no guiada por ningún profesional y en 1 se realizó de ambas formas. Cabe destacar que en todos los casos las intervenciones no guiadas coinciden con las realizadas online, así como las guiadas con las realizadas en persona. En 7 estudios el formato de la intervención fue individual y en 4 fue grupal. La duración de las intervenciones es muy variable, encontrándose en el amplio rango de 1 semana a 4 meses. Cabe destacar que algunas de las intervenciones están basadas principal y únicamente en psicología positiva, pero en otras no se utilizan las IPP como único componente, sino como un componente más entre muchos otros o como un componente complementario.

En cuanto a los grupos control, 2 estudios compararon las IPP con una lista de espera, 2 con cuidado habitual, 2 con la misma terapia que se aplica al grupo experimental (psicoterapia regular y protocolo transdiagnóstico) pero sin el componente específico de psicología positiva, 2 con grupos de apoyo social, 1 con un tratamiento placebo, 1 con otras páginas web, pero sin contenido de IPP y 1 con participantes en un estudio observacional.

En cuanto a los resultados observados, 9 estudios miden bienestar. Algunos de ellos no miden directamente bienestar, sino que miden afecto positivo (Arends, Bode, Taal y Van de Laar, 2018; González-Robles, García-Palacios, Baños, Quero y Botella, 2017; Van Haitsma et al., 2013) y felicidad (Gander, Proyer y Ruch, 2016). Además, 10 estudios miden síntomas de depresión, 9 miden síntomas de ansiedad, 3 miden síntomas de estrés y 2 miden angustia.

Tabla 2. Características de los artículos incluidos en la revisión sistemática.

Primer autor (Año)	Población	N	% mujeres	Rango de edad (años)	Intervención (n)	Componentes intervención	Formato; guía; medio	Duración	Grupo control (n)	Tasa de retención	Seguimiento (n=GE/GC)	Medidas de resultado
Manicavasagar (2014)	No clínica (adolescentes)	235	67.5% (N) * ¹	12-18	Bite Back (n= 120)	Solo IPP	Individual No guiada Online	6 semanas consecutivas	2 páginas web (no contenido IPP) (n=115)	58% (GE) 71% (N).	Si Sexta semana (n= 62/92)	DASS-21 SWEMWBS
Lokman (2017)	Clínica (adultos con síntomas depresivos de leves a moderados)	329	73.9% (GE) 77.4% (GC)	18-81	Complaint-directed mini-interventions (CDMIs) (n=165)	Principalmente TCC, componentes de IPP, TSP y mindfulness	Individual No guiada Online	Al menos 4 semanas (recomendación)	Lista de espera (n=164)	T1 (58,8% GE, 85,4% GC); T2 (41,2% GE, 50% GC).	Si T1=3 meses (n= 97/140); T2=6 meses (n= 68/82)	IDS-SR WEMWBS PSS-10 PSWQ GAD-7
Bolier (2013)	Clínica (adultos con síntomas depresivos de leves a moderados)	284	79.6% (N) 79.7% (GE) 79.4% (GC)	21-100 (media = 43.2)	Psyfit (“mental fitness online”) (n=143)	Principalmente IPP, componentes TCC, TSP y mindfulness	Individual No guiada Online	2 meses	Lista de espera (n=141)	T1 (66,4% GE, 84,4% GC); T2 (62,2% GE, 77,3% GC).	Si T1=2 meses (n=95/119); T2=6 meses (n=89/109)	MHC-SF WHO-5 CES-D HADS-A
Gander (2016)	No clínica (adultos)	1624	79.2% (N)	18–78	“Strengthen your strengths” (n=1391; alrededor de 230 para cada condición) * ²	Solo IPP (6 intervenciones distintas de IPP)	Individual No guiada Online	1 semana (todos los días)	Placebo (“early memories”) (n=233)	T1, T2, T3 38,8% (N).	Si * ³ T1= Post-test inmediato T2= 1 mes (1139) T3= 2 meses (957) T4= 6 meses (895)	AHI ADS

Primer autor (Año)	Población	N	% mujeres	Rango de edad (años)	Intervención (n)	Componentes intervención	Formato; guía; medio	Duración	Grupo control (n)	Tasa de retención	Seguimiento (n=GE/GC)	Medidas de resultado
Wong (2019)	No clínica (mujeres trabajadoras sexuales)	127	100% (N)	33- 47	Personal Resilience and Enrichment Programme (PREP) (n=63)	Principalmente basada en IPP, con componentes de TCC y psicoeducación	Grupal Guiada En persona	6 sesiones de 1h, con intervalos de 1 a 3 semanas	Cuidado habitual (visitas a NGOs, pruebas VIH, actividades sociales) (n=64)	T1 70,10% (N) T2 52,76% (N).	Si T1= Post-test inmediato (49/40) T2= 3 meses (39/28)	PSS-4 GHQ-12 CD-RISC
González-Robles (2017)	Clínica (adultos con trastornos emocionales)	26	67% (GE) 92% (GC)	18-61	Transdiagnóstico protocol + positive affect component (TP + PA) (n=13)	Principalmente TCC (12 módulos) + componente específico IPP (4 módulos)	Individual Guiada En persona	GE= 16 a 19 sesiones (media= 17,42 s); GC= 12 a 15 sesiones (media= 13,25 s) Semanales de 1h	Transdiagnóstico protocol (TP) (n=13)	-	Si T1= Post-test inmediato (12/12) T2= 3 meses (12/12)	BDI-II BAI PANAS EQ-5D OASIS ODSIS
Berger (2018)	Clínica (adultos con trastorno afectivo unipolar)	98	66.3% (N) 64.7% (GE) 68.1% (GC)	19-73 (media = 43,1)	Regular psychotherapy (1) plus a web-based depression program “deprexis” (2) (n=51)	(“deprexis”) Principalmente TCC, con componentes de IPP, mindfulness y relajación, entre otros	Individual; No guiada y guiada (1); Online (2) y en persona (1)	No acotada; media sesiones = 9 (10 min o más); media tiempo= 559 min.	Regular psychotherapy (n=47)	T1 70,4% (N) T2 45% (N).	Si T1=12 semanas (37/32) T2= 6 meses (18/26)	BDI-II GAD-7 SF-12

Primer autor (Año)	Población	N	% mujeres	Rango de edad (años)	Intervención (n)	Componentes intervención	Formato; guía; medio	Duración	Grupo control (n)	Tasa de retención	Seguimiento (n=GE/GC)	Medidas de resultado
Ho (2016)	Clínica (mujeres con cáncer de mama no metastásico)	157	100% (N)	18-65 (media = 47,7)	Supportive-expressive group therapy (SEG) (n=49) Body- Mind-Spirit therapy (BMS) (n=51)	BMS: IPP, mindfulness, meditación, qigong, acupresión... SEG: psicoterapia cognitiva existencialista, centrada en la emoción	Grupal Guiada En persona	8 semanas Sesiones semanales de 2h	Grupo de apoyo social no estructurado (n=57)	T1, T2, T3 88,5% (N), 94,1% (BMS), 89,8% (SEG), 82,5% (GC).	Si *4 T1= 4 meses (50/47/51); T2= 8 meses (49/47/48); T3= 12 meses (48/44/47)	Chinese Perceived Stress Scale; Chinese Hospital Anxiety and Depression Scale
Arends (2018)	Clínica (pacientes con poliartritis y síntomas depresivos elevados)	262	71.8% (GE) *1 57% (GC)	22-91 (media GC= 57.34)	Goal management intervention “Right on Target” (n=111)	Principalmente basada en teorías de manejo de metas y IPP.	Grupal Guiada En persona	2 meses; Sesiones de 2h, semanales (ss. 1-4) y cada dos semanas (ss. 5 y 6)	“grupo referencia” en estudio observacional longitudinal (No tto.) (n=151)	T1, T2 83.5% (GE).	Si T1= Post-test inmediato (GE=77) T2= 6 meses (GE=75)	HADS-D HADS-A PANAS TGPFGA
Van der Spek (2017)	Clínica (adultos supervivientes de cáncer, con quejas psicológicas)	170	70% (GE) 88% (GC1) 90% (GC2)	45-69 (media = 57,1)	Meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors (MCGP-CS) (n=57)	Principalmente basada en IPP, con ejercicios breves de mindfulness	Grupal Guiada En persona	8 semanas, sesiones semanales de 2h	GC1= Grupo de apoyo social (n=56); GC2= Cuidado habitual (n=57)	T1 86% (N), T2 80% (N), T3 74% (N).	Si T1= Post-test a la 1 semana (50/49/47); T2= 3 meses (48/48/40); T3= 6 meses (45/46/35)	PMP-DV SPWB HADS-D HADS-A

Primer autor (Año)	Población	N	% mujeres	Rango de edad (años)	Intervención (n)	Componentes intervención	Formato; guía; medio	Duración	Grupo control (n)	Tasa de retención	Seguimiento (n=GE/GC)	Medidas de resultado
Van Haitsma (2013)	Clínica (personas mayores con demencia de moderada a avanzada en residencia de ancianos)	180	82,2% (N)	64-105 (media = 88,7)	GE1= Individualized Positive Psychosocial Intervention (IPPI) (n= 44) GE2= attention control group (AC) (n= 43)	GE1= act. de IPP a elección (ejercicio físico, música, reminiscencia, AVD y estimulación sensorial); GE2= Interacción social, hablar de una revista	Individual Guiada En persona	3 semanas, 3 sesiones a la semana de 10 min. (5-9 sesiones)	Cuidado habitual (n= 93)	68% (N), 73% (IPPI), 60% (AC).	No largo plazo; T0= 5 min antes de intervención T1= durante intervención T2= 30 min después	Observación (hardware “the Psion event recorder” + observador) del afecto, comportamientos verbales y no verbales

Formato (grupal/ individual); Guía (si guiada/ no guiada por terapeuta); Medio (online/ en persona); N total = N que se aleatoriza en los distintos grupos experimentales (GE, GC); Seguimiento = n Grupo Experimental/ n Grupo Control (muestra de la que se tiene información del seguimiento); Tasas de retención: En algunos artículos aparecía la tasa de abandono o de arrepentimiento y se ha obtenido una a partir de la otra (TR= 100% - TA). En los casos en los que hay varios momentos de seguimiento (T1, T2...), se especifica cuando se puede la tasa de retención para cada momento y para cada grupo (GE, GC)

GC= grupo control; GE= grupo experimental; TCC= Terapia Cognitivo Conductual; IPP = Intervenciones Psicológicas Positivas; TSP= Terapia de Solución de Problemas; NGOs= organizaciones no gubernamentales.

*1: porcentaje de mujeres de la n que completó el seguimiento, no de la N total; *2: IG1=232, IG2=236, IG3=248, IG4=223, IG5=231, IG6=221; *3: n= los 7 grupos de la intervención (6 GE + GC); *4: (n= BMS/ SEG/ GC).

Efectos sobre el bienestar

La mayoría de las intervenciones de psicología positiva evaluadas en los estudios incluidos tuvieron como resultado un aumento significativo del bienestar en comparación con el grupo control (Arends et al., 2018; Berger, Krieger, Sude, Meyer y Maercker, 2018; Bolier et al., 2013; Gander et al., 2016; Lokman et al., 2017; Manicavasagar et al., 2014; Van der Spek et al., 2017; Van Haitsma et al., 2013). Algunas de ellas encontraron efectos significativos en el post-test tras la intervención (Arends et al., 2018; Berger et al., 2018; Gander et al., 2016; Manicavasagar et al., 2014; Van der Spek et al., 2017; Van Haitsma et al., 2013), algunas en el seguimiento a los 2 o 3 meses (Bolier et al., 2013; Gander et al., 2016; Lokman et al., 2017; Van der Spek et al., 2017) y otras en el seguimiento a los 6 meses (Arends et al., 2018; Gander et al., 2016; Lokman et al., 2017; Van der Spek et al., 2017).

Por otro lado, una de las intervenciones (González-Robles et al., 2017) no resultó en un efecto significativo sobre el bienestar de los participantes, y en otro estudio (Bolier et al., 2013) los resultados de una de las dos medidas de bienestar utilizadas tampoco fueron significativos. Además, dos estudios (Ho et al., 2016; Wong, Yuen, Tang, Holroyd y Fong, 2019) no medían resultados de bienestar.

Efectos sobre los síntomas depresivos

Algunos de los estudios encontraron una disminución significativa de los síntomas depresivos tras las intervenciones de psicología positiva en comparación con los grupos control (Berger et al., 2018; Bolier et al., 2013; Gander et al., 2016; Lokman et al., 2017; Manicavasagar et al., 2014; Van der Spek et al., 2017), mientras que otros no encontraron una disminución significativa al comparar ambos grupos (Arends et al., 2018; González-Robles et al., 2017; Ho et al., 2016; Van Haitsma et al., 2013). En las intervenciones que resultaron efectivas, los efectos se encontraron en algunos casos en el post-test (Berger et al., 2018; Gander et al., 2016; Manicavasagar et al., 2014), en otros en el seguimiento a los 1, 2 o 3 meses (Bolier et al., 2013; Gander et al., 2016; Lokman et al., 2017) y en otros en el seguimiento a los 6 meses (Bolier et al., 2013; Gander et al., 2016; Lokman et al., 2017; Van der Spek et al., 2017). Además, un estudio (Wong et al., 2019) no medía resultados de síntomas depresivos.

Efectos sobre los síntomas de ansiedad

En cuanto a la eficacia de las IPP sobre los síntomas de ansiedad, algunos estudios encontraron una disminución significativa de estos síntomas en los grupos de intervención en comparación con los grupos control (Bolier et al., 2013; Lokman et al., 2017; Manicavasagar et al., 2014; Van der Spek et al., 2017). Sin embargo, otros estudios no encontraron una diferencia significativa en la reducción de estos síntomas entre ambos grupos (Arends et al., 2018; Berger et al., 2018; González-Robles et al., 2017; Ho et al., 2016; Van Haitsma et al., 2013). En los casos en los que sí se produjo una reducción significativa de síntomas de ansiedad en el grupo experimental, estos beneficios se encontraron en un caso en el post-test (Manicavasagar et al., 2014), en otros en el seguimiento a los 2 o 3 meses (Bolier et al., 2013; Lokman et al., 2017) y en otros en el seguimiento a los 6 meses (Bolier et al., 2013; Lokman et al., 2017; Van der Spek et al., 2017). Además, en dos estudios no se medían síntomas de ansiedad (Gander et al., 2016; Wong et al., 2019).

Efectos sobre el estrés

Únicamente 3 estudios medían los niveles de estrés como resultado. En dos de estos estudios (Bolier et al., 2013; Lokman et al., 2017) no se encontraron diferencias significativas en cuanto a reducción del estrés entre el grupo experimental y el grupo control. En el estudio restante (Ho et al., 2016) se encontró una reducción marginalmente significativa del estrés en el grupo de la intervención psicológica positiva en comparación con el grupo control.

Efectos sobre la angustia

Son solamente 2 los estudios que miden angustia psicológica. En ambos se encontró una reducción significativa de la angustia en el grupo experimental en comparación con el grupo control (Van der Spek et al., 2017; Wong et al., 2019). Estos efectos se encontraron en el post-test y a los 3 meses en un caso (Wong et al., 2019) y a los 6 meses en el otro caso (Van der Spek et al., 2017).

Efectos en población no-clínica

De los tres estudios (Gander et al., 2016; Manicavasagar et al., 2014; Wong et al., 2019) que aplicaban las intervenciones a muestra no-clínica, es decir, a población sin psicopatologías ni patologías médicas, dos de ellos (Gander et al., 2016; Manicavasagar et al., 2014) encontraron una disminución estadísticamente significativa de los síntomas de depresión, así como un aumento estadísticamente significativo de las puntuaciones en

bienestar. Manicavasagar et al. (2014) encontraron también una reducción significativa de los síntomas de ansiedad.

Cabe destacar que en el estudio de Manicavasagar et al. (2014), los resultados más beneficiosos se encontraron entre aquellos participantes que visitaron la web durante 30 minutos o más y/o 3 o más veces durante cada semana del periodo de intervención.

Además, en el estudio de Gander et al. (2016), las intervenciones fueron más efectivas para aquellos participantes cuyas puntuaciones en felicidad y síntomas depresivos antes de la intervención eran promedio, o ligeramente por debajo del promedio para felicidad y ligeramente por encima del promedio para síntomas depresivos.

Por otro lado, en el estudio de Wong et al. (2019), el grupo de intervención mostró un descenso significativo en la angustia psicológica en comparación con el grupo control. Además, los participantes en ambos grupos reportaron menores tasas de estrés percibido con el paso del tiempo, pero no se encontró una diferencia significativa entre grupos. En este estudio no se medían las variables de bienestar, depresión ni ansiedad.

Efectos en población clínica: con psicopatología

Son cuatro los estudios que medían los efectos de las intervenciones en población con psicopatologías, concretamente con trastornos emocionales (Berger et al., 2018; Bolier et al., 2013; González-Robles et al., 2017; Lokman et al., 2017).

En tres de ellos (Berger et al., 2018; Bolier et al., 2013; Lokman et al., 2017), los participantes en los grupos de intervención mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos, así como un aumento significativo del nivel de bienestar, en comparación con el grupo control.

Cabe destacar que en el estudio de Bolier et al. (2013) el nivel de bienestar fue medido por dos instrumentos, obteniendo en ambos como resultado una mejora del nivel de bienestar, pero siendo en uno de ellos significativo (WHO-5) y en el otro no significativo (MHC-SF). En cuanto a las medidas de bienestar (solo en el WHO-5) y depresión, en este estudio los mayores efectos se encontraron en los participantes con educación superior.

Por otro lado, en el estudio restante (González-Robles et al., 2017) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni en el aumento del bienestar (medido como afecto positivo) ni en la reducción de síntomas de depresión.

Además, dos de los estudios (Bolier et al., 2013; Lokman et al., 2017) encontraron efectos significativos para la reducción de síntomas de ansiedad, mientras que en los otros dos (Berger et al., 2018; González-Robles et al., 2017) no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la reducción de estos síntomas. Por último, únicamente un estudio (Lokman et al., 2017) aporta información acerca de los efectos sobre el estrés, en el cual la intervención no redujo significativamente las quejas por estrés, observándose reducciones tanto en el grupo control como en el grupo experimental.

Efectos en población clínica: con enfermedad médica

Cuatro de los estudios incluidos (Arends et al., 2018; Ho et al., 2016; Van der Spek et al., 2017; Van Haitsma et al., 2013) utilizan muestra con patologías médicas (cáncer, demencia y poliartritis). En tres de estos estudios (Arends et al., 2018; Van der Spek et al., 2017; Van Haitsma et al., 2013) se encontró una mejora significativa de los niveles de bienestar (en dos de ellos medido como afecto positivo) a favor del grupo experimental.

Por otro lado, en tres de estos estudios (Arends et al., 2018; Ho et al., 2016; Van Haitsma et al., 2013) no se produjo una disminución significativa de los síntomas depresivos ni de los síntomas de ansiedad en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Sin embargo, en el estudio restante (Van der Spek et al., 2017) el grupo experimental mostró mejores resultados que el grupo control en las escalas de depresión, ansiedad y angustia psicológica. Además, en el estudio de Ho et al. (2016), el grupo que asistió a la intervención psicológica positiva reportó una disminución moderada y marginalmente significativa en las tasas de estrés percibido.

Tratamientos combinados

Las intervenciones aplicadas en algunos de los estudios incluidos (Berger et al., 2018; Bolier et al., 2013; Ho et al., 2016; Lokman et al., 2017; Wong et al., 2019) no utilizan las IPP como único componente, sino que este es un componente más de la intervención entre muchos otros, tales como TCC, TSP, mindfulness, relajación, etc. Además, en un estudio (González-Robles et al., 2017) se utiliza el componente de IPP como complementario, observando directamente las diferencias en la eficacia del tratamiento principal según si se añade o no este componente.

Tres de estos estudios (Berger et al., 2018; Bolier et al., 2013; Lokman et al., 2017) mostraron un aumento significativo de los niveles de bienestar, así como una disminución

significativa de los síntomas depresivos en los grupos experimentales en comparación con los grupos control. Además, Bolier et al. (2013) y Lokman et al. (2017) encontraron también una reducción significativa en los niveles de ansiedad.

Sin embargo, en el estudio de González-Robles et al. (2017) no se encontraron mejoras significativas ni en el bienestar ni en los síntomas de depresión y ansiedad al añadir el componente específico de IPP al tratamiento principal. Del mismo modo, otros dos estudios (Berger et al., 2018; Ho et al., 2016) tampoco encontraron reducciones significativas en los niveles de ansiedad al comparar los grupos experimentales y, en el caso de Ho et al. (2016), tampoco se mostraron reducciones significativas en cuanto a los síntomas depresivos.

En cuanto al estrés, dos estudios (Lokman et al., 2017; Wong et al., 2019) no hallaron diferencias significativas entre grupos en la reducción de estos síntomas, mientras que en el estudio de Ho et al. (2016) el grupo de IPP resultó en una disminución moderada y marginalmente significativa en las tasas de estrés percibido en comparación con el grupo control. Por otro lado, en el estudio de Wong et al. (2019) el grupo de intervención mostró un descenso significativo en la angustia psicológica en comparación con el grupo control.

Discusión

Los resultados encontrados entorno al bienestar son concordantes con los hallazgos de revisiones sistemáticas y metaanálisis anteriores, que también dilucidaban la eficacia de las intervenciones de psicología positiva en el aumento del bienestar (Bolier et al., 2013; Chakhssi et al., 2018; Sin y Lyubomirsky, 2009).

Algunas de las IPP revisadas han sido efectivas en la reducción de síntomas depresivos, tal y como apoyan estudios anteriores (Bolier et al., 2013; Sin y Lyubomirsky, 2009). Sin embargo, otras tantas intervenciones no se han mostrado efectivas, por lo que la presente revisión sistemática pone de manifiesto hallazgos contradictorios sobre los efectos de las IPP sobre los síntomas depresivos.

De la misma manera, los resultados hallados en cuanto a los síntomas de ansiedad también son variables y contradictorios (Arends et al., 2018; Berger et al., 2018; Bolier et al., 2013; González-Robles et al., 2017; Ho et al., 2016; Lokman et al., 2017; Manicavasagar et al., 2014; Van der Spek et al., 2017; Van Haitsma et al., 2013), por lo que no se puede sacar una conclusión clara sobre la eficacia de las IPP en la reducción de los síntomas de ansiedad.

En cuanto al estrés, considerando el escaso número de estudios que tenía en cuenta como resultado esta variable, así como la variabilidad de resultados, no se puede concluir tampoco que las IPP sean o no efectivas en la reducción del estrés.

En cuanto a los efectos sobre la angustia psicológica, los resultados apuntan a que las intervenciones psicológicas positivas son eficaces en la reducción de estos síntomas, en concordancia con los resultados hallados en el meta-análisis de Chakhssi et al. (2018). Sin embargo, no se puede concluir nada sobre la eficacia de las IPP en la reducción de la angustia dado que solamente dos estudios medían este resultado.

Los resultados obtenidos en la presente revisión sistemática ponen de manifiesto la escasez de estudios recientes acerca de la eficacia de las IPP, así como tamaños muestrales relativamente pequeños y la existencia de una heterogeneidad considerable en las muestras de dichos estudios. Concretamente, cabe destacar la escasez de estudios evaluando los efectos de las IPP sobre los niveles de estrés y de angustia.

Otra limitación encontrada es que en algunas de las intervenciones evaluadas no se utilizan las intervenciones de psicología positiva como único componente, sino como un componente más entre muchos otros, lo cual dificulta la determinación de la eficacia propia del componente de psicología positiva.

En cuanto al presente trabajo, su principal fortaleza es la recencia de la literatura científica revisada, así como la naturaleza sistemática de la revisión. Sin embargo, la presente revisión sistemática cuenta con múltiples limitaciones. En primer lugar, cabe destacar que, por circunstancias, ha sido realizada únicamente por un revisor y en una única base de datos. Otra limitación es la ausencia de evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos. Además, como se ha mencionado anteriormente, algunos de los estudios identificados, cinco concretamente, parecían ir en la línea de la psicología positiva, pero no se encontraron bases suficientes para incluirlos en la revisión, lo cual puede haber supuesto la pérdida de información posiblemente relevante.

La presente revisión sistemática pone de manifiesto la necesidad de poner en marcha más estudios controlados aleatorizados con tamaños muestrales grandes y, consecuentemente, más revisiones sistemáticas que evalúen la eficacia de las intervenciones psicológicas positivas en la reducción de los síntomas de depresión, ansiedad, estrés y angustia, tanto en población clínica como no-clínica. Además, sería conveniente que en las intervenciones evaluadas los

componentes de IPP se diferenciaron con claridad del resto de componentes, para poder atribuirles así la variabilidad en la eficacia.

Conclusiones

La presente revisión sistemática da apoyo a los resultados hallados por estudios anteriores (Bolier et al., 2013; Chakhssi et al., 2018; Sin y Lyubomirsky, 2009) relativos a la eficacia de las intervenciones de psicología positiva en el aumento del bienestar, tanto en muestra clínica como no clínica. Sin embargo, no arroja resultados concluyentes en cuanto a la eficacia de estas intervenciones en la reducción de síntomas de depresión, ansiedad, estrés ni angustia. Más investigaciones futuras han de ser puestas en marcha con el fin de dilucidar tales efectos.

Referencias

- Arends, R. Y., Bode, C., Taal, E., y Van de Laar, M. A. (2018). A goal management intervention for patients with polyarthritis and elevated levels of depressive symptoms: a quasiexperimental study. *Disability and rehabilitation*. doi: 10.1080/09638288.2018.1513086
- Averill, J., R. (2002). Emotional Creativity: Toward “Spiritualizing the Passions”. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (eds.), *Handbook of positive psychology*, 2, 172-188. New York: Oxford University Press.
- Berger, T., Krieger, T., Sude, K., Meyer, B., y Maercker, A. (2018). Evaluating an e-mental health program (“deprexis”) as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 227, 455-462.
- Bergsma, A., Have, M. T., Veenhoven, R., y Graaf, R. D. (2011). Most people with mental disorders are happy: A 3-year follow-up in the Dutch general population. *The Journal of Positive Psychology*, 6(4), 253-259.
- Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Westerhof, G. J., Riper, H., Walburg, J. A., Boon, B., y Bohlmeijer, E. (2013). An Internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, 15(9), 200-218.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 119-139.
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., y Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 18(1), 211-228.
- Diener, E., Lucas, R. E., y Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (eds.), *Handbook of positive psychology*, 2, 63-73. New York: Oxford University Press.
- Gable, S. L. y Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9, 103-110.
- Gander, F., Proyer, R. T., y Ruch, W. (2016). Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: a randomized, placebo-controlled online study. *Frontiers in psychology*, 7(686). doi: 10.3389/fpsyg.2016.00686
- Gillham, J. E., y Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.

- González-Robles, A., García-Palacios, A., Baños, R., Quero, S., y Botella, C. (2017). Upregulating Positive Affectivity in the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Pilot Study. *Behavior modification*, 43(1), 26-55.
- Ho, R. T. H., Fong, T. C., Lo, P. H., Ho, S. M., Lee, P. W., Leung, P. P., Spiegel, D. y Chan, C. L. (2016). Randomized controlled trial of supportive-expressive group therapy and body-mind-spirit intervention for Chinese non-metastatic breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 24(12), 4929-4937.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539-548.
- 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.
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., y Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 629-651.
- Lokman, S., Leone, S. S., Sommers-Spijkerman, M., Van Der Poel, A., Smit, F., y Boon, B. (2017). Complaint-directed mini-interventions for depressive complaints: a randomized controlled trial of unguided web-based self-help interventions. *Journal of medical Internet research*, 19(1), 4-22.
- Lupano Perugini, M. L., y Castro Solano, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias psicológicas*, 4(1), 43-56.
- Manicavasagar, V., Horswood, D., Burckhardt, R., Lum, A., Hadzi-Pavlovic, D., y Parker, G. (2014). Feasibility and effectiveness of a web-based positive psychology program for youth mental health: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 16(6), 140-157.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57.
- Schueller, S. M., y Parks, A. C. (2014). The science of self-help. *European Psychologist*, 19(2), 145-155.
- Seligman, M. E. P. (2002a). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2002b). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (eds.), *Handbook of positive psychology*, 2, 3-9. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Sin, N. L., y 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.
- Van der Spek, N., Vos, J., Van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., Witte, B. I., Tollenaar, R. y Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 47(11), 1990-2001.
- Van Haitsma, K. S., Curyto, K., Abbott, K. M., Towsley, G. L., Spector, A., y Kleban, M. (2013). A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 35-45.
- Vázquez, C. (2008a). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Bienestar: Fundamentos científicos de una Psicología Positiva*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). Salud positiva: Del síntoma al bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower.
- Wong, W. C. W., Yuen, W. W. Y., Tang, C. S. K., Holroyd, E., y Fong, D. Y. T. (2019). Evaluation and mechanism analysis of HIV prevention programme using resilience framework among female sex workers: A randomised controlled trial. *Preventive medicine reports*, 13, 229-237.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, November 1986, Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva: WHO.