

Revisión crítica

Enfoques más positivos de la psicología clínica y la psiquiatría

Clinical psychology and psychiatry more positive approaches

- 1^{er} Autor: José M. BERTOLÍN-GUILLÉN

Doctor y Licenciado en Medicina y Cirugía; Médico Especialista en Psiquiatría; Licenciado en Psicología

Práctica profesional propia, Jefe de Servicio (*retirado*). Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Departamento de salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalidad Valenciana, Valencia, España, Unión Europea

jmbertolin@comv.es

Open Researcher and Contributor ID: <https://orcid.org/0000-0001-8934-8051>

- 2^º Autor: Pilar COLILLA-RUBIO

Licenciada en Filología Anglogermánica. *Coach* profesional. Educadora social.

Práctica profesional propia

pilar.colilla@gmail.com

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Financiación: La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Resumen

Vamos a referirnos a la cualidad llamada positiva o constructiva de las intervenciones facultativas en salud mental. Nos basaremos en publicaciones científicas adecuadamente seleccionadas, significativas y representativas. La denominada informalmente psicología positiva o de las fortalezas busca el estudio del funcionamiento óptimo de las personas. Se enmarca bien en el contexto de la psicología general y es útil como ayuda a las más científicas psicología clínica y psiquiatría. Lo que se evalúa en estas dos últimas especialidades regladas son los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, correctamente diagnosticados. Son sus funciones inherentes ayudar a resolver o afrontar mejor dichos trastornos, lo que afectará al bienestar integral de los pacientes. En el ámbito de la psicopatología son planteamientos positivos aumentar la conciencia y usar las fortalezas cuando existan discapacidades físicas, cognitivas y emocionales importantes. La perspectiva clínica constructiva puede ser un activo poderoso para alcanzar los objetivos de salud y aumentar la calidad de vida. Sin embargo, el desiderátum de la felicidad personal no puede constituir ninguna medida del resultado. Actualmente, por el contrario, a veces los profesionales facultativos clínicos se limitan exclusivamente a contrarrestar las debilidades y limitaciones mórbidas de sus pacientes. La perspectiva positiva o de las fortalezas de la psicología clínica no es una alternativa a la “curativa”, como tampoco lo es una hipotética “nueva psiquiatría” ilusoriamente holística. En cambio, ese es el propósito del auténtico enfoque positivo de todas las ciencias de la salud, incluyendo la psicología clínica y la psiquiatría pretendidamente más contemporáneas y constructivas.

Palabras clave: Bienestar psíquico; España; Psicología clínica positiva; Psiquiatría positiva; Optimismo; Salud mental

Abstract

In this article, we are going to refer to the so-called constructive or positive quality of medical interventions in mental health. We will be based on properly selected, significant and representative scientific publications. The informally named positive psychology or strength-based psychology aims to study the people's optimal functioning. Positive psychology is well defined in the context of general psychology and is useful as a complement for the more scientific clinical psychology and psychiatry. These regulated specialities evaluate correctly diagnosed mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Their inherent function is to help to solve or better face those disorders, what will affect the patients' integral well-being. In the field of psychopathology, to increase awareness and use the patient's strengths when there are significant physical, cognitive and emotional disabilities are positive approaches. The constructive clinical perspective may be a powerful asset in order to achieve health objectives and increase quality of life. However, personal happiness as desideratum cannot be considered as a measurement of the result. At present, on the contrary, clinic physicians sometimes limit themselves to exclusively counteracting their patients' weaknesses and morbid limitations. The clinical psychology positive or strength-based perspective is not an alternative to "curative" psychology and neither is a hypothetical "new psychiatry" aiming to be illusorily holistic. However, this is the purpose of the authentic positive approach of all health sciences, including clinical psychology and psychiatry, supposedly more constructive and contemporary.

Key words: Mental Health; Optimism; Positive clinical psychology; Positive psychiatry; Psychological well-being; Spain

Enfoques más positivos de la psicología clínica y la psiquiatría

Introducción

La evolución de la atención psicológica general y la asistencia médica cada vez se orientan más hacia la recuperación y ayuda a las personas para alcanzar el bienestar y la mejor calidad de vida posibles. Pero, en general, la desigualdad de los servicios en el ámbito de la salud es una realidad muy extendida. Más en particular, no hay duda acerca de que los tratamientos pertinentes de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo alivian el sufrimiento, promueven la salud física y están asociados con mayor longevidad.

El objeto de la psicología clínica y de la psiquiatría es, en última instancia, los trastornos mentales, sus síntomas y signos. Esto sucede en pacientes con anatomofisiologías, personalidades y caracteres muy diferentes, por lo que la finalidad esencial de ambas disciplinas es un híbrido de las ciencias naturales y humanas o sociales en busca continua de la estabilidad. En la actualidad se intentan superar las limitaciones de las habilidades clínicas de comunicación basadas únicamente en el cientificismo más radical con su tendencia al abuso del biologicismo extremo.

Sucede también, de modo contrario, que para la comprensión de un número y variedad excesivos de trastornos mentales la mayoría de modelos psicólogos conductuales y cognitivos rechazan o infraestiman su fundamentación biológica de manera más o menos igualmente radical. La rehúyen en pro de la socioambiental, cultural y del psiquismo personal, entendido el último como producto de la primera. Sobre todo, ocurre con las prácticas, hipótesis y criterios profesionales de quienes no están especializados adecuadamente en clínica psicopatológica¹.

Es preciso no olvidar que el sistema nervioso anatomo-fisiológico, las creencias, conocimiento y afectividad están continuamente interrelacionados, aunque con frecuencia no se discriminan bien². Está por ver si en el futuro se llegará a conocer la contribución biológica en casi todos los trastornos mentales, en cuyo caso la psiquiatría podría verse condicionada

en mayor medida por la neurología y otras disciplinas médicas³. Para la psicología clínica esa seguirá siendo una fuerte frontera con la medicina psiquiátrica.

Se conoce coloquialmente como “mentalidad positiva” cuando alguien se centra en lo que todavía le quede o posea, no en lo que le falte o se haya perdido. Es decir, que la atención y las acciones consecuentes se focalizarán en las fortalezas, no en las debilidades. En cualquiera que sea su ámbito, si se tratara de propiciar el desarrollo personal el énfasis se situará en lo que se manifieste bueno para conseguir que resulte aún mejor o excelente. Naturalmente, también se tendrán que intentar corregir cuantas debilidades individuales frenen las fortalezas. Es en estas cuestiones donde incide la auténtica cualidad llamada positiva o constructiva de las intervenciones facultativas oportunas sobre la salud mental. Seguidamente ahondaremos en estos asuntos.

Material y método

La presente es una investigación de revisión crítica y narrativa de salud basada principalmente en los resultados de la búsqueda electrónica y manual de las principales bases de datos médicas y psicológicas seleccionadas: PUBMED, US; SCILIT Indexing; PSYCINFO JOURNAL; e ÍNDICES CSIC., además de libros. Se ha realizado un proceso exhaustivo de selección y los estudios hallados se han sometido a la evaluación rigurosa de su calidad científica.

La literatura técnica resultante es considerable, pero de metodología muy heterogénea y de calidad más bien limitada, baja o muy baja. Abundan los artículos sólo de opinión o meramente exploratorios. Para esta aportación se han incluido finalmente de forma organizada y estructurada un total de cincuenta y una publicaciones científicas e institucionales que se han considerado apropiadas, significativas y más recientes.

Los hallazgos se han dividido en seis epígrafes: 1) Psicología y psiquiatría positivas, y psicopatología; 2) Abordaje futuro de la clínica psicopatológica; 3) Las nuevas tecnologías y el encuadre psicoterapéutico; 4) La formación psicológica especializada en España (Unión

Europea); 5) Salud mental, felicidad y bienestar, conceptos diferentes; y 6) Psicoterapias “positivas” u orientadas a las fortalezas.

Resultados

1. Psicología y psiquiatría positivas, y psicopatología

Las modalidades “positivas” de la psicología y de la medicina buscan examinar los aspectos más personales, biopsíquicos, sociales y culturales del individuo frente a la especificidad y gravedad de sus patologías. Sin embargo, no debemos olvidar que las genuinas especialidades de psicología clínica y psiquiatría promueven únicamente los tratamientos basados en pruebas o evidencias científicas adecuadas, por encima de escuelas y especulaciones o teorías, por sugestivas o interesantes que sean. Que resulten relativamente frecuentes las discrepancias entre la investigación rigurosa y la práctica clínica profesional no permite colegir que “todo vale”.

Tampoco se trata de oponer una psicología positiva a otra negativa (lo que también es aplicable a la psiquiatría), si es que se entendiera la negativa como la centrada en los trastornos. Algunos consideran como negativa a la especialidad de psicología clínica que, sin embargo, normalmente ya es y debe seguir siendo tan positiva como cualquier encuadre psicológico que no sea clínico. No obstante, hay autores que parecen no distinguir con claridad las intervenciones clínicas de las no que no lo son. Otros afirman de modo terminante que filosófica y antropológicamente la conocida como psicología positiva no aporta nada nuevo⁴. Lo cierto es que la psicología especializada en clínica necesita confrontar honestamente algunas verdades incómodas sobre el estado actual insostenible de su formación mundial específica y adecuada⁵.

Los hay, igualmente, que hablan de “trastornos psicológicos”⁶ como si fueran o pudieran ser conceptos avalados por la ciencia análogos o similares a los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo que sí están bien reconocidos conceptualmente por la comunidad científica internacional^{7,8}. Se intenta de esa peculiar forma léxico-semántica diferenciar trastorno de enfermedad. Su objetivo subyacente es distanciarse de la perspectiva

biomédica que es la dominante en salud mental y característica de la psiquiatría vigente moderna. Así que en la actualidad es corriente hablar de trastornos psicológicos como equivalentes a trastornos mentales y con preferencia a los llamados antes, comúnmente, trastornos psiquiátricos.

El discurso doctrinal, corporativo, interesado y en ocasiones pseudocientífico de autoayuda es inmenso en casi todas partes. No podemos desconocer la realidad cotidiana de que resulta habitual la poca tolerancia hacia los exogrupos ideológicos. Por tanto, esto afectará, cuando sea el caso, tanto a quienes consideran que el concepto de psicología positiva podría ser una visión utópica, idealizada o meramente ideológica, como a quienes pretenden ilusoriamente o por interés que sea un nuevo paradigma o rama de la psicología. La denominada psicología positiva está de moda y ello conlleva el riesgo de vulgarización, comercialización y escaso rigor en el manejo del concepto o de la perspectiva del que podría ser un enfoque innovador.

También sorprende que, desde una orientación más político-social que técnica, haya quien sugiera actualmente que en lugar de adaptarse la persona al entorno ha de suceder al contrario y, por tanto, la psicología positiva en particular debería enfocarse en conseguir un contexto socio-general óptimo⁹.

2. Abordaje futurible de la clínica psicopatológica

En concreto y a pesar de sus logros, la psiquiatría personalizada o de precisión¹⁰ no representa todavía una alternativa válida al fenotipado que acompaña a los actuales y reconocidos sistemas mundiales de clasificación nosológica^{7,8}. La psiquiatría personalizada busca modelos validados de predicción desde el punto de vista diagnóstico, pronóstico y terapéutico. Existe optimismo generalizado de que los avances en genómica facilitarán estos esfuerzos y posibilitarán encuadres terapéuticos psicofarmacológicos adaptados individualmente. Se carece en todo el mundo, sin embargo, de un paradigma equivalente para una hipotética psicología de precisión, tanto si fuera clínica como general¹¹.

En el abordaje de la salud mental es necesario que el progreso del conocimiento sea incremental, interdisciplinario y con integración iterativa. En el futuro cercano será determinante la nosología basada en biomarcadores, ideal para la previsible y novedosa psiquiatría de precisión o personalizada. La psicología experimental se apoya en el método científico y el positivismo lógico, y estos principios que son característicos del pensamiento moderno, aún se mantienen. En síntesis, en el amplio campo de las intervenciones facultativas psicológicas y médicas en salud mental se necesita un enfoque multidisciplinario actualizado como estructura abierta.

Los mecanismos de acción de muchos tratamientos psicofarmacológicos y de la mayoría de intervenciones psicoterapéuticas son, generalmente, poco conocidos o desconocidos. El próximo enfoque terapéutico en salud mental no tiene que ser rompedor con sus fundamentos ni obligadamente ligado a un pretendido paradigma postpositivista, llamado también postmodernista, cualitativo, fenomenológico o interpretativo. El futuro enfoque más multidisciplinario deberá incorporar convenientemente en la práctica los conocimientos proporcionados por la medicina, la neurogenética, la psicología, la filosofía fenomenológica y la filosofía de la mente. Véase al respecto a Stein et al. (2022)¹².

Hasta la actualidad no se ha generado ningún cambio de paradigma creíble que pueda y deba afectar a la clasificación nosológica y a las intervenciones clínico-terapéuticas de los vigentes trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo^{7,8,13}. En psicopatología es frecuente que haya procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos compartidos entre varios trastornos distintos, lo que no necesita ser explicado de modo especulativo por el concepto, también de moda, de “transdiagnóstico”, ya que hasta ahora es suficiente con el de comorbilidad¹. Para el modelo biomédico dominante usual en salud mental la base de la nosología es la exploración científica de la psicopatología; esto es y ha sido obvio desde siempre, aunque haya actuales corrientes de opinión muy críticas y que proponen una reforma nosológica^{14,15}.

3. Las nuevas tecnologías y el encuadre psicoterapéutico

La práctica de la medicina y de la salud pública, así como específicamente de la psicología clínica y la psiquiatría, probablemente puedan apoyarse más en dispositivos de comunicación móvil que ayuden a soslayar las limitaciones de la asistencia basada, hasta el presente, en la habitualmente necesaria presencia física. Se favorecerían así mejor los contextos vivenciales cotidianos de los pacientes y representa un desafío para mejorar la gestión de la atención crónica en salud mental¹⁶.

No vamos a abordar ahora y aquí específicamente, sin embargo, la que se podría denominar filosofía asistencial biodigital, tan ligada a la capacidad tecnológica actual. La moderna psiquiatría integra los enfoques biológicos, evolutivos, familiares, culturales, del ambiente y digitales¹⁷. La psicología clínica, orientada todo lo positivamente que sea posible, está determinada a hacer lo mismo en lo biológico y tecnológico digital en el futuro próximo, sin tener que renegar del cientificismo no radicalizado.

Los dispositivos de comunicación móvil son, en particular, una probable ayuda terapéutica¹⁶. Añadimos que también profiláctica de bastantes trastornos mentales específicamente asociados con el estrés, según los códigos 6B4x-6B4Z de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, CIE-11⁷. Ya se han sugerido algunas intervenciones clínicas psicológicas basadas en la inteligencia artificial. Ahí está la propuesta de adicionar los llamados “agentes conversacionales incorporados” de baja tecnología en la interacción paciente-computadora, como una forma complementaria de interfaz inteligente¹⁸.

4. La formación psicológica especializada en España

La psicología positiva se enmarca bien en las llamadas psicología general y general sanitaria, sin excluir a la verdadera especialidad formal y oficial de la psicología clínica, al menos en España. Para la especialidad se exige en este país una formación específica postgrado de cuatro años con régimen laboral de dedicación exclusiva. A diferencia de la oficiosamente denominada psicología positiva, la psicología clínica sí que es, en efecto, una rama empírica y

profesionalmente bien establecida de las ciencias de la salud¹⁹, cuyo objetivo central es reducir el sufrimiento causado por perturbaciones más o menos relevantes de la salud mental⁵.

La formación psicológica superior adecuada y necesaria respecto a la salud y patologías mentales está garantizada por el Estado en España con dicha especialidad. Otras supuestas especialidades psicológicas, como la neuropsicología, psicología de la educación, del trabajo, familiar, ocupacional, forense, etc., por citar algunos ejemplos habituales, no existen como especialidades con reconocimiento estatal en ningún lugar del mundo, aunque supongan áreas psicológicas delimitadas de aplicación. Conviene, por tanto, diferenciar correctamente lo que son especialidades sanitarias reconocidas por el Estado de lo que son enfoques expertos o supuestamente “especializados” ampliamente utilizados, pero no oficiales.

Paradójicamente, en España el Consejo General de la Psicología ha creado por su cuenta la División de Psicología de la Salud, con el único prerrequisito de estar colegiado, no de estar reconocido por el Estado en psicología general sanitaria o titulado formalmente en psicología clínica. Igualmente ha constituido áreas colegiadas de intervención profesional, que tampoco deben confundirse con titulaciones oficiales, aunque algunos parece que sí lo hacen. La formación en psicología clínica en el resto de Europa es muy diversa y España se ha diferenciado para optimizarla (Real Decreto –RD– 2490/1998). Pero los hay que siguen interesados en la heterogeneidad de ese aprendizaje, contra la lógica de la enseñanza igual y común, pero también acotada, para capacitarse de modo experiencial y didáctico con las mejores competencias.

Para considerar las titulaciones que son oficiales en España nos basamos en el RD 1509/2008, de 12 de septiembre, por el que se regula el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT) por parte del Ministerio de Ciencia e Innovación. Este ministerio asumió entre 2018 y 2020 la ejecución de la política gubernamental en materia de universidades, investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación en cualquier sector. En el RUCT constan los títulos oficiales con validez en todo el territorio nacional español.

Dicho registro se fundamenta en el RD 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se estableció la Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales y derogó el anterior RD 1282/2002, de 5 de diciembre, por el que se regulaba el Registro Nacional de Universidades, Centros y Enseñanzas. Véase también la línea estratégica n.º 9 sobre “formación” en la nueva estrategia española de salud mental 2022-2026, aprobada recientemente por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se promueve en ella explícitamente la “formación específica” de los diferentes profesionales del ámbito de la salud mental²⁰.

Es una realidad actual que la formación en psiquiatría en la UE y muchos otros lugares ha sido y es muy desigual. Como venimos repitiendo, sucede lo mismo, pero bastante más todavía, con la capacitación profesional para ejercer la psicología en el ámbito psicopatológico. Así como la psiquiatría está reconocida en todas partes, la psicología clínica como especialidad de las ciencias de la salud lo está por el Estado únicamente en España en el momento presente²¹.

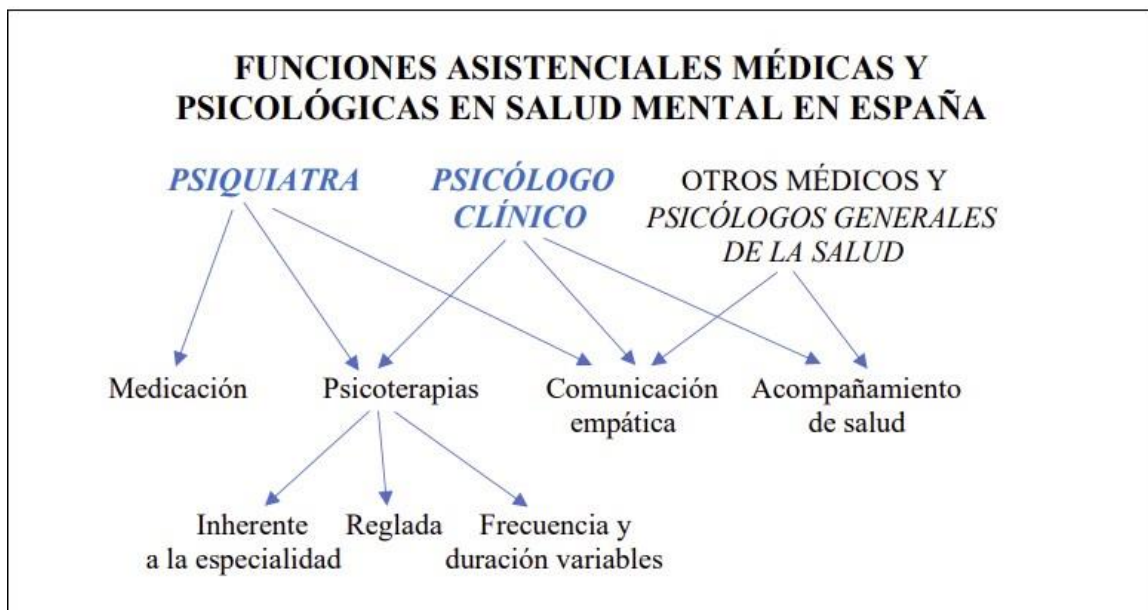
La psicología general sanitaria conlleva una formación generalista y abarca muchos aspectos de la salud que no implican específicamente patologías mentales y del comportamiento. Y si la implicasen la intervención profesional será legítimamente, al menos en nuestro país, competencia prioritaria de las especialidades de psicología clínica o de psiquiatría. Los psicólogos generales sanitarios, así reconocidos, suelen promocionar la salud en todas sus formas y acompañar en las enfermedades más aparentemente físicas y crónicas²². Sin embargo, la evaluación del estado mental de una persona puede incluir actuaciones de gran complejidad para un generalista²¹.

En particular, el objeto competencial de la psicología general sanitaria, titulación que se oficializa en España tras realizar un máster específico, viene determinado en el apartado 1 de la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Pero en ella se estipula específicamente que el tratamiento y diagnóstico de los trastornos mentales requiere un nivel de formación superior al que otorga el máster en psicología general sanitaria.

Aunque la psiquiatría ha ido trascurriendo hacia enfoques más biológicos^{23,24}, los sociales aún tienen un papel importante en el diagnóstico transcultural, en los trastornos mentales relacionados con la privación social, así como en la rehabilitación y la inclusión sociales²⁵. También es en factores psicosociales como el apoyo, optimismo, autoestima, control de impulsos y habilidades relacionales, donde inciden especialmente las aportaciones de la psicología general orientada al amplio campo de la salud.

Por su parte, específicamente las especialidades de psicología clínica y psiquiatría abordan propiamente los trastornos mentales de cualquier tipo, aunque podrán ser más positivas si intervienen de modo centrado en las fortalezas. Sus actuaciones no deberán dejar de cumplir, sin embargo, su objetivo terapéutico principal que es ayudar a resolver o afrontar mejor los trastornos mentales correctamente diagnosticados y sus consecuencias (tablas I y II).

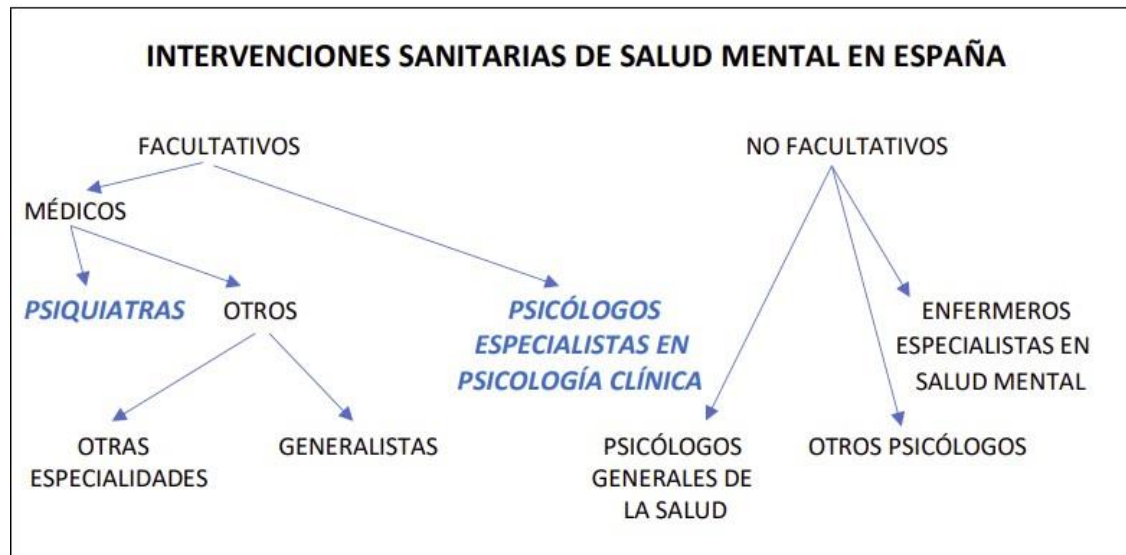
Tabla I



El psiquiatra puede prescribir medicación, pero el psicólogo no. El psicólogo clínico es el único psicólogo con funciones asistenciales en el ámbito de la salud mental. Las psicoterapias (entendidas como intervenciones terapéuticas verbales *ad hoc* para pacientes afectados de trastornos mentales y del comportamiento) pueden ser las implícitas e inherentes a las intervenciones de los psiquiatras y psicólogos clínicos, u otras más formales y regladas que podrán ser realizadas indistintamente por ambos especialistas si estuvieran adiestrados convenientemente. Otros profesionales, incluyendo médicos generales o de otras especialidades y psicólogos no especializados oficialmente en clínica, no deben realizar psicoterapias. La frecuencia y duración de las intervenciones psicoterápicas puede ser muy variable. Como es natural, cualquier médico, psicólogo o psicólogo general de la salud ha de

mantener una comunicación empática y acompañamiento adecuado con los clientes afectados en su salud mental.

Tabla II



El personal facultativo del ámbito de la salud mental comprende solamente a los médicos psiquiatras y a los psicólogos clínicos. Como único personal no facultativo en este ámbito se incluyen los enfermeros especialistas en salud mental. La psiquiatría, la psicología clínica y la enfermería especializada en salud mental son titulaciones oficiales del Estado. Los demás psicólogos no especializados oficialmente en psicología clínica son generales o generalistas. En España, los psicólogos generales de la salud están reconocidos específicamente por el Estado tras realizar un máster no competitivo, pero no ostentan la categoría oficial de ser facultativos especialistas.

En la actualidad, para ser psiquiatra tanto de adultos como infantil y de la adolescencia, se precisa ser médico graduado, tras seis años de formación universitaria, y después otros cinco años de formación satisfactoria reglada y supervisada con dedicación exclusiva, preferiblemente en las unidades docentes oficiales multiprofesionales de salud mental. Ambas especialidades médicas de salud mental, de adultos e infantil y de la adolescencia, requieren superar una oposición competitiva nacional como médico interno-residente (vía MIR). Véase la muy reciente Orden PCM/205/2023, de 2 de marzo, del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, que deroga la Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre. Son referentes, entre otros, las recomendaciones de la *European Union of Medical Specialist*, de 2017.

Para ser psicólogo clínico en nuestro país se precisa, además de ser psicólogo graduado (tras cuatro años de formación universitaria), aprobar una oposición competitiva nacional específica y seguir satisfactoriamente una formación reglada supervisada de otros cuatro años con dedicación exclusiva (vía PIR). Su formación y capacitación se estableció en el Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se creó y reguló el vigente título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

5. Salud mental, felicidad y bienestar, conceptos diferentes

La salud, tal como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1946, “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁶. Por tanto, cualquier intervención en el ámbito de la salud tendrá como objetivo inherente el bienestar personal.

No obstante, la función específica de la psicología clínica y de la psiquiatría es, además, mejorar los trastornos en el ámbito de la salud mental. Por tanto, resulta relevante no intentar reducir la salud mental únicamente al bienestar, según la reconocida propuesta de Vaillant (2012)²⁷. Como es lógico, si se mejora un trastorno o enfermedad lo hará íntegramente quien lo sufre.

Es importante asimismo no confundir el concepto de bienestar, entendido como estar dichoso o satisfecho, con el de felicidad, entendido como plena satisfacción y ampliamente abordado desde la filosofía. También es fundamental diferenciar la cualidad de lo positivo, entendido como de las fortalezas, con el desiderátum de la felicidad personal.

En el campo de la salud mental coexisten tres modelos de bienestar, que responden a la manera como una persona se entiende a sí misma y afronta las vicisitudes: 1- El bienestar subjetivo o cognitivo-afectivo de la propia vida; 2- El psicológico, fundamentado en el desarrollo del potencial de cada individuo; y 3- El social o de integración²⁸. Los autores recién referidos opinan que es necesario construir una comprensión de la salud mental que se aleje del concepto de trastorno. Pero esa es una pretensión probablemente tan errada como fantasiosa.

La realidad es que hay una cantidad excesiva de supuestos pacientes que no presentan ningún trastorno mental diagnosticable y que, sin embargo, son remitidos a los centros públicos o privados específicos de salud mental. En consecuencia, se ha cuestionado la función de la atención primaria de salud como filtro asistencial²⁹, lo que genera una innecesaria saturación de la asistencia especializada. En efecto, las dificultades o problemas vitales no conllevan en la mayoría de ocasiones ningún trastorno mental, por lo que no pueden considerarse estados parecidos, equivalentes o “como si fueran” trastornos. Que las personas

anhelen mayor bienestar y satisfacción no acarrea que requieran intervenciones psicoterapéuticas, aunque los hay que piensan de otra manera³⁰.

Muchos sobrevivientes de enfermedades críticas experimentarán, en particular, problemas de salud mental nuevos o que empeoren y podrían beneficiarse de un apoyo psicológico positivo apropiado. Examinar el comportamiento relacionado con las fortalezas en diferentes dominios de la vida representa una valiosa adición a la investigación sobre las firmezas del carácter³¹.

En resumen, la novedosa y denominada informalmente “psicología positiva” quiere ser un extendido enfoque evolutivo multidimensional y multinivel. Suele considerarse como una mejor orientación de la psicología, esto es, una parte, movimiento o nueva perspectiva psicológica, que ya fuera introducida por Seligman en la década de 1990^{32,33}. En cualquier caso y como decíamos en los subapartados primero y tercero, no es una rama nueva de la psicología. Puede incorporar plenamente la también llamada “psicología paliativa”³⁴, cuya función primordial es acompañar en los trastornos mentales y físicos más graves y crónicos.

Hay que recordar que Seligman evolucionó desde una primera fase en que vinculó la psicología positiva a la felicidad a, después, asociarla al bienestar como elección voluntaria. Es decir, al estar bien, sentirse bien con una vida comprometida, de significado y propósito o de bienestar “eudaimónico”, frente al inicial de proponerse ser feliz. Puede consultarse al respecto a Deci y Ryan (2012)³⁵. Como es evidente, la felicidad, a diferencia del bienestar, no es ni puede ser el objeto principal de la psicología especializada en clínica, ni tampoco de la psiquiatría, por más positivas que quieran ser. En cambio, la felicidad siempre ha sido cuestión nuclear para la filosofía.

6. Psicoterapias positivas u orientadas a las fortalezas

El objetivo de conocer y potenciar las fortalezas personales es intentar vivir dentro del rango óptimo del funcionamiento humano, llamado a veces *flourishing*, florecimiento^{36,37}. De modo que, para muchos y aunque la aplicación del concepto ya esté bastante obsoleta, el

desafío de la psicología positiva sería utópicamente el florecimiento humano, esto es, hallar una guía optimista sobre cómo encontrar y asegurar la felicidad individual^{32,38}.

Alternativamente, la auténtica y cabal psicología positiva u orientada a las fortalezas se interesa por lo que parezca más “correcto” en cada persona, no por lo que la haga sentirse más feliz, si entendemos la felicidad como la ausencia de inconvenientes o tropiezos. Promueve la resiliencia, es decir, la adaptación exitosa y la recuperación rápida después de experimentar cualquier problema o adversidad. Para ello será también necesario poder explicar la interacción entre los procesos neuroquímicos, genéticos y epigenéticos en la persona a lo largo del tiempo, entre otros factores varios³⁹.

Algunos autores consideran igualmente que la denominada coloquialmente “psiquiatría positiva” es un nuevo campo o enfoque, más acorde con los tiempos actuales. Esta novedosa perspectiva quiere orientarse a la salud y bienestar de las personas más que a combatir única y exclusivamente los trastornos mentales^{40,41}, pero sin pretender dejar de hacerlo. Estaría, pues, en sintonía completa con la también informal psicología clínica positiva, ambas positivas en tanto buscan la salud, es decir, el bienestar físico, mental y social de los pacientes, según la ya mencionada definición de la OMS.

Desde las ciencias de la salud son planteamientos llamados positivos aumentar la conciencia y el uso de las fortalezas del carácter para el tratamiento de personas con discapacidades físicas, cognitivas y emocionales. Las perspectivas que usualmente se llaman positivas pueden ser un activo poderoso para alcanzar los objetivos de salud y aumentar la calidad de vida y bienestar personal. Constituyen alternativas a los métodos terapéuticos basados en los déficits cuando tales procedimientos se limiten únicamente a reducir las conductas negativas o los síntomas asociados con una determinada discapacidad⁴².

La inactividad física, mala alimentación, sueño inadecuado, grado elevado de estrés, consumo de sustancias y aislamiento social son factores de riesgo comunes para gran variedad de trastornos físicos y mentales. Intentar su corrección es, o debe ser, parte preventiva adecuada de cualquier intervención terapéutica, sea médica o psicológica. Incluso ha llegado a proponerse el concepto de “salutogénesis”, como opuesto a “patogénesis”. El primero es un

término referido a la capacidad innata de los individuos para crear y mantener la salud y el bienestar frente a la adversidad. Dicho concepto encaja perfectamente con el objeto de la psicología positiva u orientada a las fortalezas⁴³ y puede ser de ayuda para la psicología clínica, aunque tampoco ha de ser su principal cometido.

Enlazando con la psicología paliativa que se comentaba en el subapartado anterior, fuera del ámbito específico de la salud mental se ha planteado la creación de una intervención de psicología positiva concisa y centrada en el trabajo para el personal de enfermería de determinados dispositivos sociosanitarios, como son las residencias de la tercera edad para personas dependientes⁴⁴. También hay, por poner otro ejemplo relacionado, intervenciones de psicología positiva para enfermos con diabetes tipo 2⁴⁵ y para otras muchas patologías. Cualesquiera intervenciones psicológicas serán positivas si están abiertas al desarrollo y al cambio, y si existe asociación fuerte con la mejora del rendimiento personal⁴⁶.

La psicología constructiva o positiva no es alternativa a la “curativa”, pero sí un complemento necesario. Tampoco es ninguna ciencia nueva, ni paradigma nuevo, pero sí un enfoque novedoso. Ahora bien, aplicada a la salud mental ha de reconocerse que probablemente haya tantas opiniones al respecto como profesionales de la salud. Igual que sucede para la psiquiatría contemporánea, hay que discriminar determinadas aproximaciones a la cuestión que no estén debidamente fundamentadas, como sucede con el peculiar metaanálisis de Pan et al. (2022)⁴⁷, que incluye: 1- Pacientes con solo síntomas depresivos (sin diagnóstico formal de un trastorno depresivo); 2- Pacientes con depresiones clínicas diagnosticadas formalmente; y 3- A quienes llevaban, además, tratamiento psicofarmacológico.

Por otro lado, ya existen sociedades o asociaciones como la *International Positive Psychology Association* y otras como la Sociedad Española de Psicología Positiva, ambas no específicamente orientadas a la clínica psicopatológica. Naturalmente, para la psicología general o no especializada es lícito que se busquen nuevos campos, influencias y perspectivas sintónicas con la demanda social creciente.

El paradigma positivista es igualmente llamado hipotético-deductivo, cuantitativo, empírico-analista o racionalista. En psicología se cuestiona a menudo el orden considerado reduccionista del positivismo. Pero, por otro lado, la psicología como conocimiento no pretende, en modo alguno, abandonar el científicismo necesario para poder seguir siendo una aplicación de la ciencia más que de la filosofía, a la que, por cierto, tampoco sería pertinente renunciar⁴⁸. Esto afecta también, o debería hacerlo, a la entendida como psicología particularmente positiva.

Para ir terminando, en el terreno del desarrollo personal y, por tanto, de la mejora continua, otras disciplinas como el *coaching* convergen de manera natural con la psicología positiva. El *coaching* se centra en incrementar el grado de autoconocimiento y potenciar la responsabilidad personal⁴⁹. Pretende el desarrollo estratégico de las fortalezas del *coach* y del *coachee*. Busca apoyar y desarrollar individuos y equipos para lograr sus objetivos y mejorar su potencial.

Por su parte, la psicología positiva ha sido definida como el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas⁵⁰. La convergencia potencial de ambas estrategias es evidente, aunque queda excluido el ámbito psicopatológico en el que el *coaching* y la psicología positiva no especializada adecuadamente en clínica podrán ser limítrofes o superponerse, pero no intercambiarse.

Hay actualmente una orientación psicológica llamada *coaching psychology* que goza de creciente aceptación e implantación en amplias partes del mundo. Según la *International Society for Coaching Psychology* se trata de un proceso ideal para aumentar el bienestar y el desempeño en la vida personal y profesional sustentado por modelos de *coaching* que se basan en teorías y aproximaciones psicológicas y del aprendizaje. Algunos hablan incluso de implementar *coaching psychology* en la formación médica⁵¹.

Conclusiones

Poner el foco en lo que se tiene y no en aquello de lo que se carece es una actitud general adecuada hacia todo cuanto rodea y concierne a cualquier sujeto. El desarrollo personal

centrado en las fortalezas se dirige a identificar cuanto el individuo hace bien y potenciarlo para que lo haga todavía mejor. Esto se puede aplicar en especial al modo particular de hacer frente a un trastorno, enfermedad o déficit, del tipo que sea.

En lo que las concierne, la psicología clínica y también la psiquiatría, consideradas ambas “positivas”, mejor deberían renombrarse como “orientadas a las fortalezas”, pues toda intervención en salud se basa en el bienestar de la persona y es, por tanto, positiva. Mediante sus actuaciones se ayudará a afrontar correctamente cualquier trastorno y se enfatizará cómo la patología sufrida puede favorecer el desarrollo de quien la padece. Por parte del profesional de salud que intervenga se requiere, por tanto, el mejor dominio técnico, así como también el mejor adiestramiento en el apoyo a las fortalezas individuales, capacidad de resistencia y estado de ánimo, aunque a veces sean escasos o precarios en el paciente.

La psicología general positiva o de las fortalezas impera como intervención en el afrontamiento de múltiples problemas y adversidades, eventualidades que solo a veces conllevarán directa o indirectamente verdaderas psicopatologías, esto es, trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. En tales circunstancias la psicología positiva cuando no esté debidamente especializada en clínica podrá ser una ayuda eficaz, aunque no una práctica profesional alternativa bien cualificada.

Cualquier facultativo de los campos del conocimiento científico psicológico y médico-psiquiátrico seguramente afirmará que sus intervenciones siempre han sido y son positivas. Pero también es cierto que en muchas ocasiones no se pone el énfasis adecuado en las fortalezas del paciente y los profesionales se limitan a proporcionar ayuda para intentar contrarrestar las debilidades. Dicho énfasis es precisamente el propósito de la llamada perspectiva positiva en todas las ciencias de la salud y de modo particular de las especialidades de psicología clínica y de psiquiatría cuando se consideren o quieran ser más positivas.

Así pues, la llamada de modo genérico psicología orientada a las fortalezas, mejor que positiva, tiene mucho que ofrecer a todos los sujetos, incluyendo a cuantos sufran o no trastornos mentales actuales al contribuir a su prevención. Y si ya los sufrieran habrá que tener

cuidado en que no ocurran interferencias con las psicoterapias o terapias psicobiológicas de los especialistas adecuados que intervengan. Estos tendrán que estar debidamente formados en clínica psicopatológica, aunque no compartieran idéntico o similar enfoque ideológico-pragmático positivo.

Bibliografía

1. Bertolín-Guillén JM. Mental health: Transdiagnosis versus comorbidity. *Inter J Psychiatr Ment Health*. 2022; 4(1):27–37. doi: [0.36811/ijpmh.2022.110016](https://doi.org/10.36811/ijpmh.2022.110016)
2. Bertolín-Guillén JM. Mental health and validity of the psycho-neurobiological stress model. *Am J Psychiatr Res Rev*. 2022; 5(34):1–11. doi: [10.28933/ajpr-2021-12-310](https://doi.org/10.28933/ajpr-2021-12-310)
3. Kelly BD. Psychiatry is essential for now but might eventually disappear (although this is unlikely to happen any time soon). *Australas Psychiatry*. 2022; 30(2):171–73. doi: [10.1177/10398562211048141](https://doi.org/10.1177/10398562211048141)
4. Fernández-Rios L, Comes JM. Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. *Anu Psicol Clin Salud*. 2009; 5:7–13. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132672/APCS_5_esp_7-13.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Gee DG, DeYoung KA, McLaughlin KA, Tillman RM, Barch DM, Forbes EE, et al. Training the next generation of clinical psychological scientists: A data-driven call to action. *Annu Rev Clin Psychol*. 2022; 18:43–70. doi: [10.1146/annurev-clinpsy-081219-092500](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-092500)
6. European Federation of Psychologists' Association –EFPA–. Psicología clínica y psiquiatría. *Pap Psicol*. 2003; 24(85). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1073>
7. World Health Organization –WHO–. 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. In: *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version: 02/2022)*; 2022. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>

8. American Psychiatric Association –APA–. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition. Text revision. (DSM-5-TR). VA-US, American Psychiatric Association Publishing; 2022. doi: [10.1176/appi.books.9780890425787](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787)
9. Joseph S. How humanistic is positive psychology? Lessons in positive psychology from Carl Rogers' person-centered approach-it's the social environment that must change. *Front Psychol.* 2021; 12:709789. doi: [10.3389/fpsyg.2021.709789](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709789)
10. Köhne ACJ, van-Os J. Precision psychiatry: Promise for the future or rehash of a fossilised foundation? *Psychol Med.* 2021; 51(9):1409–11. doi: [10.1017/S0033291721000271](https://doi.org/10.1017/S0033291721000271)
11. Purgato M, Singh R, Acarturk C, Cuijpers P. Moving beyond a 'one-size-fits-all' rationale in global mental health: Prospects of a precision psychology paradigm. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021; 30:e63. doi: [10.1017/S2045796021000500](https://doi.org/10.1017/S2045796021000500)
12. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV, Lund C, Cuijpers P, Bantjes J, et al. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: Paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry.* 2022; 21(3):393–414. doi:[10.1002/wps.20998](https://doi.org/10.1002/wps.20998)
13. Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, Davies C, Chae C, Politi P, et al. Transdiagnostic psychiatry: A systematic review. *World Psychiatry.* 2019; 18(2):192–207. doi: [10.1002/wps.20631](https://doi.org/10.1002/wps.20631)
14. Schultze-Lutter F, Theodoridou A. Die rolle von psychopathologie und nosologie in der ‚precision‘-psychiatrie. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2020; 88(12):773–7. doi: [10.1055/a-1183-4300](https://doi.org/10.1055/a-1183-4300)
15. Stoyanov D, Maes MH. How to construct neuroscience-informed psychiatric classification? Towards nomothetic networks psychiatry. *World J Psychiatr.* 2021; 11(1):1–12. doi: [10.5498/wjp.v11.i1.1](https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i1.1)
16. Castelnuovo G, Zoppis I, Santoro E, Ceccarini M, Pietrabissa, Manzoni GM, et al. Managing chronic pathologies with a stepped mHealth-based approach in clinical psychology and medicine. *Front Psychol.* 2015; 6:407. doi: [10.3389/fpsyg.2015.00407](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00407)
17. Golubnitschaja O, Topolcan O, Kucera R, Costigliola V, EPMA. 10th anniversary of the European Association for Predictive, Preventive and Personalised (3P) Medicine - EPMA World Congress

- Supplement 2020. EPMA J. 2020; 11(Suppl 1):1–133. doi: [10.1007/s13167-020-00206-1](https://doi.org/10.1007/s13167-020-00206-1)
18. Provoost S, Lau HM, Ruwaard J, Riper H. Embodied conversational agents in clinical psychology: A scoping review. J Med Internet Res. 2017; 19(5):e151. doi: [10.2196/jmir.6553](https://doi.org/10.2196/jmir.6553)
 19. Hayes SC, Hofmann SG, Wilson DS. Clinical psychology is an applied evolutionary science. Clin Psychol Rev. 2020; 81:101892. doi: [10.1016/j.cpr.2020.101892](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101892)
 20. Bertolín-Guillén JM, Cantero-Araque F, Colilla-Rubio P. La evaluación psicopatológica óptima en el derecho procesal. Der Salud. 2022; 32(1):39–49. <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-32-numero-1-2022/la-evaluacion-psicopatologica-optima-el>
 21. Bertolín-Guillén JM. Psicoterapias en la psicología clínica y psiquiatría actuales en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020; S1888989120300239. doi: [10.1016/j.rpsm.2020.01.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.004)
 22. Seaton N, Moss-Morris R, Norton S, Hulme K, Hudson J. Mental health outcomes in patients with a long-term condition: Analysis of an Improving Access to Psychological Therapies service. BJPsych Open. 2022; 8(4):e101. doi: [10.1192/bjo.2022.59](https://doi.org/10.1192/bjo.2022.59)
 23. Bertolín-Guillén JM. Current state of psychopharmacology, psychotherapies and other interventions in mental health problems and disorders. Eur J Appl Sci. 2021; 9(5):251–61. <https://journals.scholarpublishing.org/index.php/AIVP/article/view/10994>
 24. Bertolín-Guillén JM. Psychobiology in relation to beliefs, knowledge and feelings. Am J Psychiatr Res Rev. 2022; 5(35). doi: [10.28933/ajpr-2022-03-2605](https://doi.org/10.28933/ajpr-2022-03-2605)
 25. Bouras N. Social challenges of contemporary psychiatry. Psychiatriki. 2017; 28(3):119–202. doi: [10.22365/jpsych.2017.283.199](https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.283.199)
 26. World Health Organization –WHO–. Official records of the World Health Organization. Summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 june to 22 july 1946. Nº 2. New York, US-NY & Genève, CH, 1948; p. 100. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf

27. Vaillant GE. Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*. 2012; 11(2):93–9. doi: [10.1016/j.wpsyc.2012.05.006](https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006)
28. Muñoz-Arroyave CO, Cardona-Arango D, Restrepo-Ochoa DA, Calvo AC. Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. *CES Psicol*. 2022; 15(2):151–68. doi: [10.21615/cesp.5275](https://doi.org/10.21615/cesp.5275)
29. Ortiz-Lobo A, González-González R, Rodríguez-Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*, 2006; 38(10):563–9. doi: [10.1157/13095928](https://doi.org/10.1157/13095928)
30. Bohlmeijer ET, Bolier L, Lamers SMA, Westerhof GJ. Intervenciones clínicas positivas: ¿por qué son importantes y cómo funcionan? *Pap Psicol*. 2017; 38(1):34–41. doi: [10.23923/pap.psicol2017.2819](https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2819)
31. Wagner L, Pindeus L, Ruch W. Character strengths in the life domains of work, education, leisure, and relationships and their associations with flourishing. *Front Psychol*. 2021; 12:597534. doi: [10.3389/fpsyg.2021.597534](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.597534)
32. Seligman MEP, Peterson C. Positive clinical psychology. En: Aspinwall LG, Staudinger UM (eds.). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, US-DC: American Psychological Association; 2003, p. 305. isbn: [978-1557989314](https://doi.org/10.1037/1076898X.000)
33. Guillén V, Botella C, Baños R. Psicología clínica positiva y tecnologías positivas. *Pap Psicol*. 2017; 38(1):19–25. doi: [10.23923/pap.psicol2017.2817](https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2817)
34. Testoni I, Orkibi H, Benini F, Dagan E. Editorial: The challenge of palliative psychology across the lifespan: Between new health emergencies and paradigm shifts. *Front Psychol*. 2022; 13:1028330. doi: [10.3389/fpsyg.2022.1028330](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1028330)
35. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory in health care and its relations to motivational

interviewing: A few comments. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012; 9:24. doi: [10.1186/1479-5868-9-24](https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-24)

36. Seligman MEP. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being – and how to achieve them.* Boston, US-MA, Nicholas Brealy Publishing; 2011. isbn: 9781857885699
37. Vera AI. Florecimiento: el camino a la prosperidad. *Psocial.* 2019; 5(2):40–9. https://www.researchgate.net/publication/338630967_Florecimiento_el_camino_a_la_prosperidad
38. Seligman ME[P], Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *Am Psychol.* 2005; 60(5):410–21. doi: [10.1037/0003-066X.60.5.410](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410)
39. Osório C, Probert T, Jones E, Young AH, Robbins I. Adapting to stress: Understanding the neurobiology of resilience. *Behav Med.* 2017; 43(4):307–22. doi: [10.1080/08964289.2016.1170661](https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1170661)
40. Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S. Positive psychiatry: Its time has come. *J Clin Psychiatr.* 2015; 76(6):675–83. doi: [10.4088/JCP.14nr09599](https://doi.org/10.4088/JCP.14nr09599)
41. Eglit GML, Palmer BW, Jeste DV. Overview of measurement-based positive psychiatry. *Nord J Psychiatry.* 2018; 72(6):396–403. doi: [10.1080/08039488.2018.1459834](https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1459834)
42. Umucu E, Lee B, Genova HM, Chopik WJ, Sung C, Yasuoka M, et al. Character strengths across disabilities: An international exploratory study and implications for positive psychiatry and psychology. *Front Psychiatry.* 2022; 13:863977. doi: [10.3389/fpsy.2022.863977](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.863977)
43. Rajkumar RP. Suffering and salutogenesis: A conceptual analysis of lessons for psychiatry from existential positive psychology (PP2.0) in the setting of the COVID-19 pandemic. *Front Psychol.* 2021; 12:646334. doi: [10.3389/fpsyg.2021.646334](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646334)
44. Kloos N, Drossaert CHC, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Online positive psychology intervention

for nursing home staff: A cluster-randomized controlled feasibility trial of effectiveness and acceptability. *Int J Nurs Stud.* 2019; 98:48–56. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2019.06.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.004)

45. Huffman JC, Golden J, Massey CN, Feig EH, Chung WJ, Millstein RA, et al. A positive psychology-motivational interviewing program to promote physical activity in type 2 diabetes: The BEHOLD-16 pilot randomized trial. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021; 68:65–73. doi: [10.1016/j.genhosppsy.2020.12.001](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.12.001)
46. Bakker AB, Rodríguez-Muñoz A, Derks D. La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema.* 2012; 24(1):66–72. <https://www.psicothema.com/pdf/3980.pdf>
47. Pan S, Ali K, Kahathuduwa C, Baronía R, Ibrahim Y. Meta-analysis of positive psychology interventions on the treatment of depression. *Cureus.* 2022; 14(2):e21933. doi: [10.7759/cureus.21933](https://doi.org/10.7759/cureus.21933)
48. Mazur, L.B. The epistemic imperialism of science. Reinvigorating early critiques of scientism. *Front Psychol.* 2021; 11:609823. doi: [10.3389/fpsyg.2020.609823](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.609823)
49. Vázquez-Blanco S, Farrapeira JL. Coaching emergente. *Psicología positiva para un nuevo liderazgo.* Madrid, UE-ES, Editorial Síntesis; 2020. isbn: [978-8413570549](https://doi.org/10.1016/j.ijpn.2020.100000)
50. Gable S, Haidt J. What (and why) is positive psychology? *Rev Gen Psychol.* 2005; 9:103–10. doi: [10.1037/1089-2680.9.2.103](https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103)
51. Wang Q, Li H, Pang W, Liang S, Su Y. Developing an integrated framework of problem-based learning and coaching psychology for medical education: A participatory research. *BMC Med Educ.* 2016; 16(2). doi: [10.1186/s12909-015-0516-x](https://doi.org/10.1186/s12909-015-0516-x)