



Anuario de

Psicología

The UB Journal of Psychology | 54/3



AUTORES

Claudia Tejada-Gallardo

Departament de Psicologia, Sociologia i Treball Social, Universitat de Lleida
Càtedra d'Innovació Social, Universitat de Lleida
claudia.tejada@udl.cat
ORCID: 0000-0002-2867-7561

Ana Blasco-Belled

Departament de Psicologia, Sociologia i Treball Social, Universitat de Lleida
Càtedra d'Innovació Social, Universitat de Lleida
ana.blasco@udl.cat
ORCID: 0000-0003-0641-0169

Claudia Rufach-Molina

Departament de Psicologia, Sociologia i Treball Social, Universitat de Lleida
Càtedra d'Innovació Social, Universitat de Lleida
claudia.rufach@udl.cat

Alba Palomares-Pérez

Departament de Psicologia, Sociologia i Treball Social, Universitat de Lleida
Càtedra d'Innovació Social, Universitat de Lleida
alba.palomares@udl.cat

Anna Mateu

Servei de Rehabilitació Comunitària de Lleida
amateu@gss.cat

Carles Alsinet

Departament de Psicologia, Sociologia i Treball Social, Universitat de Lleida
Càtedra d'Innovació Social, Universitat de Lleida
carles.alsinet@udl.cat
ORCID: 0000-0001-9353-3591

AUTOR DE CONTACTO

Claudia Tejada-Gallardo

Departament de Psicologia, Sociologia i Treball Social, Universitat de Lleida
Càtedra d'Innovació Social, Universitat de Lleida
claudia.tejada@udl.cat
ORCID: 0000-0002-2867-7561

Anuario de Psicología

N.º 54/3 | diciembre 2024 | págs. 65-73

Enviado: 2 de abril de 2024

Aceptado: 27 de mayo de 2024

Publicado: 20 de diciembre de 2024

DOI: 10.1344/ANPSIC2024.54.3.6

ISSN: 0066-5126 | © 2024 Universitat de Barcelona.



Intervención positiva para la mejora de la salud mental en población clínica: Programa GROW, un estudio piloto

Claudia Tejada-Gallardo, Ana Blasco-Belled, Claudia Rufach-Molina, Alba Palomares-Pérez, Anna Mateu, Carles Alsinet

Resumen

Investigaciones previas sugieren que centrarse en el bienestar junto con los tratamientos tradicionales puede ofrecer beneficios significativos para las personas con trastornos mentales. Sin embargo, históricamente los entornos clínicos se han focalizado en reducir el afecto negativo en lugar de promover emociones positivas y un funcionamiento psicológico óptimo, como sugiere el modelo dual de salud mental. Este estudio piloto tuvo como objetivo evaluar la eficacia del programa GROW, una intervención positiva, para mejorar el bienestar emocional, psicológico y social, y, al mismo tiempo, reducir el malestar psicológico. Participantes procedentes del servicio de rehabilitación comunitaria de Lleida (España) realizaron el programa GROW ($n = 58$). Su bienestar y su malestar psicológico se evaluaron antes y después del tratamiento a través de la prueba Wilcoxon. Los resultados indicaron mejoras significativas en varias dimensiones del bienestar (satisfacción con la vida, autoaceptación, relaciones positivas e integración social), junto con una reducción del malestar psicológico, en particular en términos de estrés. Este estudio respalda la aplicabilidad del modelo dual en la evaluación de la efectividad del programa. Destaca también el valioso papel de las intervenciones positivas para mejorar la salud mental entre las poblaciones clínicas, enfatizando la importancia de equilibrar los esfuerzos para aliviar el malestar psicológico con estrategias que fomenten el bienestar y el funcionamiento positivo.

Palabras clave

Muestra clínica, salud mental, intervención positiva, malestar psicológico, bienestar

Intervenció en població clínica

Resum

Investigacions prèvies suggereixen que centrar-se en el benestar juntament amb els tractaments tradicionals pot oferir beneficis significatius per a les persones amb trastorns mentals. Ara bé, històricament els entorns clínics s'han centrat a reduir l'afecte negatiu en comptes de promoure emocions positives i un funcionament psicològic òptim, com suggereix el model dual de salut mental. Aquest estudi pilot tenia com a objectiu avaluar l'eficàcia del programa GROW, una intervenció positiva, per millorar el benestar emocional, psicològic i social, i, al mateix temps, reduir el malestar psicològic. Participants procedents del servei de rehabilitació comunitària de Lleida van dur a terme el programa GROW (n = 58). El seu benestar i malestar psicològics es van avaluar abans i després del tractament amb la prova Wilcoxon. Els resultats van indicar millores significatives en diverses dimensions del benestar (satisfacció amb la vida, autoacceptació, relacions positives i integració social), i també una reducció del malestar psicològic, en particular en termes d'estrès. Aquest estudi dona suport a l'aplicabilitat del model dual en l'avaluació de l'efectivitat del programa. Destaca també el paper valuós de les intervencions positives per millorar la salut mental entre les poblacions clíniques, tot fent èmfasi en la importància d'equilibrar els esforços per alleujar el malestar psicològic amb estratègies que fomenten el benestar i el funcionament positiu.

Paraules clau

Mostra clínica, salut mental, intervenció positiva, malestar psicològic, benestar.

Positive intervention to improve mental health in a clinical sample: GROW program, a pilot study

Abstract

Previous research suggests that targeting well-being alongside traditional treatments may offer significant benefits for individuals with mental illnesses. However, clinical settings have historically focused on reducing negative affect rather than promoting positive emotions and optimal psychological functioning as the dual-factor model of mental health suggests. This pilot study aimed to assess the effectiveness of the GROW program—a positive intervention—in enhancing emotional, psychological, and social well-being while reducing distress symptoms. Participants drawn from the rehabilitation community service in Lleida, Spain, were enrolled in the GROW program (n = 58). Their well-being and psychological distress were assessed before and after treatment using the Wilcoxon test. The results indicated significant improvements in various dimensions of well-being (life satisfaction, self-acceptance, positive relationships, and social integration) alongside a reduction in psychological distress, particularly in terms of stress. This study lends support to the applicability of the dual-factor model in evaluating program effectiveness. It also highlights the valuable role of positive interventions in enhancing mental health among clinical populations, emphasizing the importance of balancing efforts to alleviate distress with strategies that foster well-being and positive functioning.

Keywords

Clinical sample, mental health, positive intervention, psychological distress, well-being.

INTRODUCCIÓN

La psicología positiva es una disciplina centrada en el estudio de las experiencias positivas, las fortalezas personales, el bienestar y el funcionamiento óptimo de las personas (Hervás, 2009). Por tanto, podemos decir que esta disciplina se centra en todos aquellos aspectos positivos del desarrollo humano y no en la simple ausencia de enfermedad o malestar, a diferencia de la concepción médico-patológica que guio la psicología clásica hasta el surgimiento de esta disciplina (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Lee Duckworth et al., 2005). Siguiendo esta aproximación, entendemos la salud mental como un constructo formado por dos componentes: por una parte, el bienestar emocional, psicológico y social, y, por otra, el malestar psicológico, una conceptualización basada en el modelo dual de salud mental (Keyes, 2002; Keyes & Annas, 2009). Este modelo propone que la presencia y/o ausencia de dichos componentes puede dar lugar a cuatro estados distintos de salud mental: bienestar completo (*flourishing*), presencia de bienestar y de malestar (salud mental moderada), ausen-

cia de bienestar y de malestar (*languishing*) y malestar completo (dificultad) (Keyes, 2002). Así, la salud mental no se entiende como una dimensión bipolar, sino que la salud y la enfermedad conforman dos dimensiones distintas, unipolares y correlacionadas entre sí. Por lo tanto, la ausencia de trastorno o malestar no garantiza la presencia de salud mental y viceversa (Bauer et al., 2014).

La implicación directa del modelo dual de salud mental radica en la consideración de un funcionamiento psicosocial óptimo para lograr un buen ajuste persona-entorno, el cual, según Keyes (2005), se promueve a través de tres pilares fundamentales: el bienestar emocional (satisfacción vital y mayores niveles de afecto positivo que de afecto negativo); el bienestar psicológico (autorrealización y crecimiento personal) y el bienestar social (sentimiento de pertinencia y adaptación en el contexto social) (Keyes, 2005).

La ciencia del bienestar ha demostrado que esta concepción positiva de la salud tiene una función protectora

en las personas, por ejemplo, en la prevención y recuperación de enfermedades físicas (por ejemplo, aumentando la esperanza de vida), en una mayor capacidad de resiliencia, en el establecimiento de relaciones interpersonales más positivas e íntimas, y, en general, en una mayor percepción de control personal y una visión optimista ante las adversidades (Wood & Tarrrier, 2010). Por tanto, la promoción del bienestar de las personas supone un impacto positivo en el ámbito personal, pero también en el social y comunitario (Vázquez et al., 2009). Estos hallazgos han supuesto, en las últimas dos décadas, la creación e implementación de intervenciones basadas en los principios de la psicología positiva, las cuales van dirigidas a la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas y la reducción de su malestar psicológico (Bolier et al., 2013). Dentro de las Intervenciones en Psicología Positiva (IPP), podemos diferenciar: (1) aquellas centradas en un único constructo o actividad referente al bienestar (por ejemplo, gratitud; Froh et al., 2008), denominadas IPP de un único componente y (2) aquellas enfocadas en dos o más componentes del bienestar y que incluyen diversas actividades (por ejemplo, fortalezas de carácter y perdón; Tejada-Gallardo et al., 2020), llamadas Intervenciones en Psicología Positiva Multicomponente (IPPM).

En población clínica, hay una notable falta de programas de intervención destinados a promover el bienestar en personas mayores con trastornos mentales (Koslowski et al., 2016). Los pocos programas existentes han demostrado que la participación en intervenciones de promoción del bienestar, en concreto las IPPM, puede ser beneficiosa (Carr et al., 2021). Siguiendo el modelo dual de salud mental, se destaca la importancia de no solo centrarse en la recuperación clínica a través de la psicoterapia, sino también en la recuperación personal mediante la promoción del bienestar (Leamy et al., 2011). Esto es en especial relevante en poblaciones clínicas, donde históricamente el enfoque se ha centrado en la recuperación clínica, y a pesar de los esfuerzos, no se han observado mejoras significativas. De hecho, la incidencia de trastornos mentales ha aumentado en los últimos años (Vigo et al., 2016).

PROGRAMA GROW: UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL

El programa GROW (Gaining Resources for Optimal Well-being) es una IPPM diseñada para promover la salud mental y ha mostrado su eficacia en población adolescente (Tejada-Gallardo et al., 2021; Tejada-Gallardo et al., 2022). Este programa incluye adaptaciones específicas según la edad y las características de la población. El programa contiene ocho sesiones de trabajo, todas ellas basadas en aspectos relacionados con la salud mental positiva (bienestar, fortalezas de carácter, inteligencia emocional, perdón, gratitud, optimismo, esperanza y expec-

tativas). Las sesiones se organizan de forma que inciden en la promoción de las emociones positivas por medio de un eje temporal: en el presente (mediante la realización de las sesiones de bienestar, fortalezas personales e inteligencia emocional); a partir de las experiencias pasadas (mediante las sesiones de perdón y gratitud) y hacia las expectativas futuras (mediante las sesiones de optimismo, esperanza y expectativas). La estructura formal de las sesiones gira en torno a seis apartados generales que representan, respectivamente: (1) la contextualización y familiarización con el constructo a trabajar; (2) la actividad de *flow* o de preparación; (3) la actividad principal; (4) las reflexiones grupales y, por último, (5) la actividad de práctica, una propuesta de trabajo individual entre sesiones para practicar los conceptos aprendidos y crear hábitos saludables. En la [tabla 1](#) se muestra un resumen de las actividades principales de cada sesión del programa.

Dada la escasez de estudios que demuestran la efectividad de IPPM para promover el bienestar en poblaciones clínicas (Carr et al., 2021; Lim & Tierney, 2023), y en consonancia con el modelo dual de salud mental que enfatiza la relevancia de la recuperación personal a través de la promoción del bienestar para alcanzar un estado completo de salud mental, este estudio se propone dos objetivos principales. En primer lugar, busca describir la experiencia de la implementación piloto del programa GROW en una muestra de población clínica que asiste con regularidad a los Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC) en la provincia de Lleida. Estos servicios brindan atención a jóvenes y adultos diagnosticados con trastornos mentales graves y que, al mismo tiempo, mantienen cierto grado de autonomía, centrándose en la rehabilitación personal, familiar y social. En segundo lugar, se pretende analizar el impacto del programa piloto en la salud mental de esta muestra.

METODOLOGÍA

Participantes

Participaron en el estudio un total de 58 personas, con edades comprendidas entre los 18 y 61 años ($M = 40.71$; $DT = 12.28$; 20% mujeres). Se produjo una pérdida de muestra ($n = 8$) debido a la dificultad de algunas personas para adherirse al programa por sus situaciones personales. Por lo tanto, la muestra final que completó la batería de pruebas durante el transcurso de la intervención (pretest y postest) fue de $n = 50$ participantes. Como único criterio de inclusión para participar en el programa se requirió que los participantes acudieran al SRC de forma habitual, con independencia de su diagnóstico. Por lo tanto, no contamos con información sobre diagnósticos específicos. En cuanto a los criterios de exclusión, se establecieron los siguientes: ser menor de 18 años, haber llegado recientemente al SRC y que la sintomatología de su diagnóstico les impidiera realizar sus rutinas diarias.

Tabla 1: Resumen de contenidos del programa GROW.

Módulos y sesiones	Objetivos de la sesión	Actividad central
Centrarse en las emociones positivas del presente		
1. Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> – Establecer un ambiente grupal de confianza – Introducir los aspectos más amplios del bienestar (Lyubomirsky et al., 2005) y los factores que lo determinan 	Conocer a través de la técnica del mapa mental qué significa para cada persona el bienestar
2. Fortalezas del carácter	<ul style="list-style-type: none"> – Definir las fortalezas y virtudes del carácter (Park et al., 2004) – Explorar las fortalezas de carácter a través del cuestionario VIA y aplicarlas a diferentes situaciones 	<p>Actividad central 1: identificar las fortalezas de su propio carácter</p> <p>Actividad central 2: identificar y compartir las fortalezas a través de las cartas INNSOC</p> <p>Actividad central 3: seleccionar y aplicar dos de sus principales fortalezas en diferentes contextos (por ejemplo, familia, amigos)</p>
3. Emociones e inteligencia emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Presentar los componentes de la inteligencia emocional (atención, claridad y regulación) – Abordar emociones y pensamientos desagradables mediante la reestructuración cognitiva y la revisión de experiencias negativas pasadas (Fava, 1999) 	Proceso de acción emocional: identificar una situación de conflicto; reconocer las emociones, pensamientos y comportamientos que la situación evocó; finalmente, sugerir y planificar respuestas más adaptativas a futuras situaciones similares.
Volver a las emociones positivas del pasado		
4. Perdón	<ul style="list-style-type: none"> – Introducir el concepto de perdón a través de la empatía – Conectar con las emociones pasadas que surgen en situaciones de conflicto – Aprender a llevar a cabo los distintos pasos del proceso del perdón 	Los cuatro estadios del perdón
5. Gratitud	<ul style="list-style-type: none"> – Introducir la gratitud y su contribución al bienestar a través de conductas prosociales – Conectar y apreciar las emociones positivas – Aprender a integrar acciones y expresiones de gratitud en la vida diaria 	Carta de agradecimiento
Avanzar hacia las emociones positivas del futuro		
6. Pensamiento optimista	<ul style="list-style-type: none"> – Introducir el optimismo y el pensamiento optimista – Aprender estrategias de pensamiento y afrontamiento optimistas ante situaciones cotidianas de la vida 	Reconocer los pensamientos limitantes y cambiarlos por pensamientos optimistas alternativos
7. Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> – Introducir la esperanza y su relación con la planificación de objetivos – Aprender estrategias para establecer metas y diseñar planes para alcanzarlas 	Mi mejor yo posible
8. Establecimiento de metas	<ul style="list-style-type: none"> – Recopilar las actividades y ejercicios aprendidos durante el programa – Encuadrar la vida en términos de establecimiento de objetivos y planificación de acciones para lograr esos objetivos 	Plan de acción personal: establecer los pasos necesarios para alcanzar lo mejor de sí mismos

Procedimiento

El programa GROW se implementó en el SRC de la ciudad de Lleida y sus alrededores, y la participación fue voluntaria. Se llevó a cabo durante los cursos académicos 2021-2022 y 2022-2023, y se formaron grupos con un

máximo de 12 participantes, aunque algunos grupos tuvieron un número menor de participantes. En total, se llevaron a cabo seis grupos de intervención diferentes. Para recopilar los datos se administró un cuestionario a través de Google Forms antes de iniciar el programa, que incluía las escalas de salud mental que se presentan en el

siguiente apartado. Al finalizar la intervención, se volvió a proporcionar el cuestionario a fin de poder identificar los cambios en los niveles de salud mental. Siguiendo las características generales de las IPPM, el programa se impartió una vez por semana y cada sesión tuvo una duración de una hora y media (Chakhssi et al., 2018; Chaves et al., 2017). La persona profesional que lo impartía era psicóloga con formación específica en intervenciones positivas y comunitarias.

Instrumentos

El Bienestar Psicológico se midió con la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) adaptada al español (Díaz et al., 2006). Esta escala cuenta con 39 ítems que evalúan las 6 dimensiones del modelo teórico de bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Las puntuaciones de las respuestas están comprendidas entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 6 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones omegas para las subescalas utilizadas fueron de .80 y .85 (autoaceptación), .75 y .86 (relaciones positivas), .73 y .78 (autonomía), .77 y .77 (dominio del entorno), .80 y .73 (crecimiento personal), y .87 y .83 (propósito en la vida) en el tiempo 1 y tiempo 2, respectivamente.

El Bienestar Social se midió con la escala de Bienestar Social de Keyes (1998) adaptada al español (Blanco y Díaz, 2005). Esta escala cuenta con 33 ítems que miden la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad a través de 5 dimensiones que conforman el modelo teórico de bienestar social: integración, aceptación, contribución, actualización y coherencia. Las personas participantes responden a esta escala con puntuaciones comprendidas entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones omegas para las subescalas utilizadas fueron de .80 y .79 (integración social), .87 y .88 (aceptación social), .95 y .96 (contribución social), .75 y .76 (actualización social), y .73 y .75 (coherencia social) en el tiempo 1 y tiempo 2, respectivamente.

El Afecto Positivo y Negativo se midió con la escala de Experiencias Positivas y Negativas de Diener et al. (2009) adaptada al español (León-Pinilla, 2015). Contiene 12 ítems, 6 que evalúan experiencias positivas y 6 experiencias negativas. Las puntuaciones de las respuestas están comprendidas entre 1 (*nunca*) y 5 (*siempre*). Las puntuaciones omegas para las subescalas utilizadas fueron de .93 y .95 (afecto positivo) y .80 y .87 (afecto negativo) en el tiempo 1 y tiempo 2, respectivamente.

La Satisfacción con la Vida se midió con la escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (1985) adaptada al español (Atienza et al., 2000). Esta escala consta de 5 ítems que evalúan el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida. Las puntuacio-

nes están comprendidas entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones omegas para esta escala fueron de .89 en el tiempo 1 y de .87 en el tiempo 2.

La Felicidad Subjetiva se midió con la escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky & Lepper (1999) adaptada al español (Extremera & Fernández-Berrocal, 2014). Esta escala consta de 4 ítems que miden de manera global la felicidad subjetiva. Un ejemplo de ítem sería: «Algunas personas suelen ser muy poco felices. Aunque no están deprimidas, no parecen tan felices como ellas quisieran. ¿En qué medida te consideras una persona así?». Las puntuaciones van de 1 (*nada en absoluto*) a 7 (*muchísimo*). Las puntuaciones omegas para esta escala fueron de .84 en el tiempo 1 y de .81 en el tiempo 2.

La Depresión, Ansiedad y Estrés se midieron con la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) adaptada al español (Bados et al., 2005). La escala cuenta con 21 ítems, 7 para cada una de las escalas. Las alternativas de respuesta tipo Likert van de 0 (*no se aplica a mí, en absoluto*) a 3 (*se aplica a mí, mucho*). Las puntuaciones omegas para las subescalas utilizadas fueron de .91 y .93 (depresión), .84 y .87 (ansiedad), y .86 y .90 (estrés) en el tiempo 1 y tiempo 2, respectivamente.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se iniciaron con una exploración de los datos para observar su distribución. Para asegurar la validez de los resultados, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk. Esta evalúa la normalidad de los datos, donde un valor de $p < 0.05$ indica no normalidad, y un valor de $p > 0.05$, normalidad. Los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk revelaron que aproximadamente la mitad de los datos presentaba una distribución normal, mientras que la otra mitad mostraba una distribución no normal. Ante esta diversidad en la distribución de los datos, se decidió emplear el test no paramétrico de Wilcoxon para comparar las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest en la muestra de participantes (Portney & Watkins, 2009). El test de Wilcoxon es una herramienta apropiada para evaluar las diferencias entre dos condiciones dentro del mismo grupo de participantes en situaciones en las que la normalidad de los datos no puede ser asumida, y resulta en especial útil en estudios con muestras pequeñas, como el presente. Este enfoque metodológico garantiza la obtención de resultados confiables y válidos, esenciales para interpretar las diferencias observadas entre las condiciones de pretest y postest en la muestra de participantes. Los resultados de la prueba de Wilcoxon se interpretaron considerando el valor de p asociado, con un nivel de significancia establecido en $\alpha = 0.05$. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de p era inferior a α . Además, se analizaron las medias y desviaciones típicas antes y después de la inter-

Tabla 2: Medias, desviaciones estándar, diferencias entre pre y postest y tamaño del efecto de las variables estudiadas.

Variabes	<i>M</i> Pretest (DT)	<i>M</i> Postest (DT)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
Bienestar psicológico				
Autoaceptación	2.93 (1.02)	3.26 (1.01)	.040	.32
Relaciones positivas	2.25 (1.08)	3.64 (1.17)	.029	1.2
Autonomía	3.65 (0.88)	3.82 (0.91)	.375	.20
Dominio del entorno	3.60 (0.82)	3.74 (0.92)	.193	.16
Crecimiento personal	3.95 (0.68)	4.12 (0.87)	.261	.22
Propósito en la vida	3.12 (1.19)	3.47 (1.07)	.079	.31
Bienestar social				
Integración	2.86 (0.82)	3.30 (0.72)	.012	.57
Aceptación	2.88 (0.72)	3.09 (0.75)	.227	.28
Contribución	3.08 (0.70)	3.21 (0.69)	.223	.18
Actualización	3.22 (0.86)	3.37 (0.79)	.174	.18
Coherencia	2.94 (0.62)	3.09 (0.64)	.127	.23
Afecto				
Positivo	2.99 (0.90)	3.25 (0.87)	.072	.30
Negativo	3.11 (0.82)	2.81 (0.89)	.062	.35
Satisfacción con la vida	2.96 (1.30)	3.38 (1.26)	.048	.33
Felicidad subjetiva	3.47 (1.18)	3.71 (1.24)	.214	.20
Malestar psicológico				
Depresión	1.52 (0.91)	1.26 (0.89)	.140	.28
Ansiedad	1.30 (0.83)	1.16 (0.85)	.438	.16
Estrés	1.57 (0.73)	1.29 (0.77)	.046	.37

vención. Para complementar los análisis, se calculó la medida *d* de Cohen para evaluar el tamaño del efecto de la intervención en las variables estudiadas. Esta medida indica cuántas desviaciones típicas de diferencia existen entre dos puntos de comparación (el mismo grupo antes y después de la intervención). Para su interpretación, se sigue una guía general donde 0.20 indica un efecto pequeño, 0.5 un efecto mediano y 0.80 un efecto grande (Cohen, 1988).

RESULTADOS

En la [tabla 2](#) se puede observar que las medias de las variables de bienestar se incrementan del pretest al postest. Por el contrario, las medias de las variables de malestar psicológico y afecto negativo disminuyen.

Impacto del programa GROW en la salud mental

En cuanto a la efectividad del programa, los resultados revelan un aumento significativo en algunas dimensiones del bienestar psicológico, como en la autoaceptación y en las relaciones positivas, así como en el bienestar social, en

particular en la dimensión de integración. Además, se observó un aumento en la satisfacción con la vida y una disminución significativa en los síntomas de estrés. En lo que respecta al tamaño del efecto del programa, la mayoría de las variables estudiadas mostraron un efecto leve, mientras que una de ellas exhibió un efecto moderado (integración) y otra un efecto alto (relaciones positivas). Sin embargo, algunas dimensiones, como el dominio del entorno, la contribución, la actualización y la ansiedad, no presentaron ningún efecto (ver la [tabla 2](#)).

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio era implementar y analizar el efecto del programa piloto GROW, una IPPM para promover la salud mental en una muestra de población clínica. Los resultados obtenidos muestran mejoras significativas en diversas dimensiones del bienestar, incluyendo el bienestar psicológico (autoaceptación y relaciones positivas), el bienestar social (integración) y la satisfacción con la vida. Asimismo, se observó una reducción significativa en los síntomas de estrés después del programa.

Nuestros resultados están en línea con estudios previos realizados en poblaciones clínicas, los cuales evidenciaron

mejoras en el bienestar (Carr et al., 2021). En particular, las dos dimensiones de bienestar psicológico, autoaceptación y relaciones positivas, son las que han mejorado en gran medida en esta población. La autoaceptación es un aspecto importante a tener en cuenta en personas con un diagnóstico de trastorno mental. Este concepto se erige como un indicador crucial de su nivel de funcionamiento óptimo, ofreciendo conocimiento sobre su grado de autoconciencia y aceptación de sus propias fortalezas y debilidades, todo ello respaldado por una actitud positiva hacia uno mismo (Ryff, 1989). Las personas que sufren un trastorno mental suelen mostrar actitudes negativas sobre sí mismas (por ejemplo, creen que no son valoradas) y no conocer y/o aceptar sus propias cualidades positivas (Corrigan & Watson, 2002). A través de actividades centradas en la promoción del bienestar y en las cuales se trabajan tan solo aspectos positivos, se ha podido incidir en esta dimensión del bienestar psicológico tan relevante para esta población. En lo que respecta a la dimensión de relaciones positivas, su mejora significativa sugiere que el programa GROW tiene un valor añadido, ya que esta intervención no solo incidiría en aspectos de desarrollo personal, sino también en aspectos de relaciones sociales de apoyo. En relación al bienestar social, este no se ha incluido previamente en estudios que analizan la eficacia de las IPP o IPPM, por lo que no existe evidencia previa con la que comparar los resultados del presente estudio. No obstante, nuestros resultados han mostrado que la dimensión de integración social mejora de manera significativa después de la intervención. Esto sugiere que la oportunidad de compartir situaciones y vivencias personales durante la intervención pudo permitir a las personas participantes descubrir similitudes con otras con las que comparten una misma realidad social, lo que es probable que llevara a generar un sentimiento de comunidad y pertenencia entre ellas (Keyes, 1998).

En cuanto a las variables relacionadas con el malestar psicológico, se registró una significativa disminución del estrés después de la intervención. Es importante destacar que estudios anteriores de IPP o IPPM con personas que tienen trastornos mentales no han mostrado ningún efecto en esta variable (Carr et al., 2021). Sin embargo, investigaciones previas realizadas en población general han demostrado una reducción del estrés después de este tipo de intervenciones (Hendriks et al., 2019). A pesar de que nuestros resultados muestran contradicciones con respecto a la bibliografía científica, los hallazgos indican que el programa GROW es una estrategia que no solo mejora el bienestar, sino que también puede reducir indicadores de malestar psicológico. Aunque se ha encontrado que la mejora del bienestar también puede reducir el malestar psicológico, esto no siempre ocurre en todas las personas que participan en una intervención positiva (Trompetter et al., 2017). Por ello, evaluar la salud mental desde el modelo dual, incluyendo las dos dimensiones de bienestar y malestar psicológico, permite identificar en qué áreas específicas de salud mental se producen mejoras.

Implicaciones de los resultados

En líneas generales, los resultados obtenidos en este estudio destacan la importancia de las intervenciones positivas en una población que suele presentar niveles bajos de bienestar (Wood y Joseph, 2010). Es importante tener en cuenta que las intervenciones tradicionales, como la terapia cognitivo-conductual, pueden llegar a ser más efectivas cuando se acompañan de intervenciones positivas (Tejada-Gallardo et al., 2020; Rashid, 2015). Esto se debe a que las IPP o IPPM no se centran únicamente en las deficiencias, sino que también tienen en cuenta las fortalezas y la búsqueda de una vida plena, aspectos que contribuyen al funcionamiento óptimo de la persona (Seligman et al., 2006; Vittersø, 2016).

Cabe destacar que el programa GROW aborda diferentes aspectos que se relacionan con las dos grandes conceptualizaciones de bienestar hedónico (búsqueda del placer) y eudaimónico (desarrollo y realización personal). En este sentido, el modelo de cambio sinérgico destaca que enfocarse en múltiples dominios de funcionamiento positivo disminuye el riesgo de recaída y aumenta la probabilidad de efectos indirectos y sinergia entre actividades (Rusk et al., 2017). Por tanto, es más probable que las IPPM proporcionen efectos a largo plazo en comparación con IPP de un solo componente y centradas en una única conceptualización del bienestar (Rusk et al., 2017). Todos estos aspectos podrían explicar, en gran parte, la eficacia del programa GROW en población clínica (Hendriks et al., 2019; Tejada-Gallardo et al., 2020). Analizar el impacto y la eficacia del programa en esta población es crucial para continuar ofreciendo y ampliando las estrategias de intervención centradas en el desarrollo óptimo y la recuperación completa de la persona, más allá del tratamiento del trastorno. Los resultados obtenidos sugieren que el programa GROW es una herramienta eficaz y susceptible de incorporarse en programas de atención psicológica para mejorar el bienestar en población clínica.

Limitaciones y direcciones futuras

Este estudio presenta algunas limitaciones que se comentan a continuación. En primer lugar, la muestra del estudio es pequeña y, por tanto, los resultados no se pueden generalizar. A pesar de que la implementación de intervenciones en población clínica es difícil de llevar a cabo por diversas razones, como el limitado acceso de profesionales de la investigación al campo clínico, o por dificultades en la adherencia de las personas participantes a las intervenciones (Laranjeira et al., 2023), futuros estudios deberían incluir un número mayor de muestra para poder generalizar los resultados. Por otra parte, los autoinformes pueden ser técnicas poco objetivas y pueden estar sesgadas por aspectos como la deseabilidad social o la capacidad de introspección de una persona (Fernández-Berrocal & Extremera, 2004). Sería, por tanto, interesante

hacer un seguimiento más minucioso de las personas participantes (por ejemplo, a través de la evaluación ecológica momentánea) para tener información diaria o semanal de la relación de su bienestar con otras variables contextuales (por ejemplo, realizar actividad física o tener interacciones sociales; Vries et al., 2020), ya que estas también pueden tener un valor añadido a la mejora o disminución de sus niveles de bienestar. Por último, mientras se lleva a cabo el programa GROW, es importante destacar que las personas participantes también realizan otras actividades propias del SRC, como ejercicio físico, aspecto que podría haber influido en los resultados.

En resumen, a pesar de las limitaciones expuestas, subrayamos la importancia de las contribuciones de este estudio, ya que muestran los resultados de una IPPM en población clínica utilizando variables que no se habían estudiado antes en esta población, como, por ejemplo, las diferentes dimensiones del bienestar social. En definitiva, continuar estudiando la eficacia de estos programas en población clínica aporta evidencias para que cada vez esté más presente este tipo de intervenciones en un ámbito donde la promoción del bienestar se considera sumamente importante.

Referencias

- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 314-319.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 679-683.
- Bauer, G.F., Hämmig, O., & Keyes, C.L. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach*, 179-192. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinesaillagh, E., & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 16(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Chakhssi, F., Kraiss, J.T., Sommers-Spijkerman, M., & 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, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chaves, C., López-Gómez, I., Hervás, G., & Vázquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 417-433. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9778-9>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- De Vries, L.P., Baselmans, B.M., & Bartels, M. (2021). Smartphone-based ecological momentary assessment of well-being: A systematic review and recommendations for future studies. *Journal of Happiness Studies*, 22, 2361-2408. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00324-7>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.W., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being. *Assessing Well-being: The Collected Works of Ed Diener*, 247-266.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocá, P. (2014). The Subjective Happiness Scale: Translation and preliminary psychometric evaluation of a Spanish version. *Social Indicators Research*, 119, 473-481. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0497-2>
- Extremera, N., Fernández-Berrocá, P., Mestre, J.M., & Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2), 209-228.
- Froh, J.J., Sefick, W.J., & Emmons, R.A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46(2), 213-233. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2007.03.005>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., De Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Happiness Studies*, 21, 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 23-41.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C.L.M. (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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C.L., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197-201. <https://doi.org/10.1080/17439760902844228>
- Koslowski, N., Klein, K., Arnold, K., Koesters, M., Schuetzwohl, M., Salize, H.J., & Puschner, B. (2016). Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disability.

- ities and mental health problems: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 469-474.
- Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J. & Querido, A. (2023). Therapeutic adherence of people with mental disorders: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lee Duckworth, A., Steen, T.A., & Seligman, M.E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- León-Pinilla, R. (2015). *La interpretación en el contexto de refugiados: Camino hacia el bienestar* (Tesis doctoral, Universitat Jaume I).
- Lim, W.L., & Tierney, S. (2023). The effectiveness of positive psychology interventions for promoting well-being of adults experiencing depression compared to other active psychological treatments: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 24(1), 249-273. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00598-z>
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H.S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155. <https://doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- Portney, L.G., & Watkins, M.P. (2009). *Foundations of clinical research: Applications to practice* (pp. 11-15). Pearson / Prentice Hall.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411>
- Rusk, R.D., Vella-Brodrick, D.A., & Waters, L. (2017). A complex dynamic systems approach to lasting positive change: The synergistic change model. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 406-418. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1291853>
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Seligman, M.E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*, 55(1), 5. American Psychological Association.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Tejada-Gallardo, C., Blasco-Belled, A., & Alsinet, C. (2022). Changes in the network structure of mental health after a multicomponent positive psychology intervention in adolescents: A moderated network analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(3), 987-1003. <https://doi.org/10.1111/aphw.12363>
- Tejada-Gallardo, C., Blasco-Belled, A., & Alsinet, C. (2022). Impact of a school-based multicomponent positive psychology intervention on adolescents' time attitudes: A latent transition analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(5), 1002-1016. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01562-5>
- Tejada-Gallardo, C., Blasco-Belled, A., Torrelles-Nadal, C., & Alsinet, C. (2020). Effects of school-based multicomponent positive psychology interventions on well-being and distress in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(10), 1943-1960. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01289-9>
- Trompeter, H.R., De Kleine, E., & Bohlmeijer, E.T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 459-468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Vittersø, J. (2016). The feeling of excellent functioning: Hedonic and eudaimonic emotions. *Handbook of Eudaimonic Well-being*, 253-276.
- Wood, A.M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten-year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213-217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.032>
- Wood, A.M., & Tarrrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>