

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSICOLOGÍA POSITIVA
OPTIMISMO, CREATIVIDAD, HUMOR, ADAPTABILIDAD AL ESTRÉS



LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS EFECTOS DE LAS EMOCIONES POSITIVAS

Sección monográfica

1. La Psicología Positiva en perspectiva.
Carmelo Vázquez
3. Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología.
Beatriz Vera Poseck
9. Emociones positivas.
María Luisa Vecina Jiménez
18. Emociones positivas: Humor positivo.
Begoña Carbelo y Eduardo Jáuregui
31. Creatividad.
María Luisa Vecina Jiménez
40. La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento post-traumático.
Beatriz Vera Poseck, Begoña Carbelo Baquero y María Luisa Vecina Jiménez

Forum

50. El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio.
Adil Qureshi Burckhardt y Francisco Collazos Sánchez
58. ¿Deben regularse hoy como profesiones sanitarias todas las disciplinas relacionadas con la salud?
Comentario sobre los estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores
César González-Blanch
61. Réplica a González-Blanch (2006): ¿Deben regularse hoy como profesiones sanitarias todas las disciplinas relacionadas con la salud?
Comentario sobre los estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores.
Gualberto Buela-Casal

Special Section

1. Positive Psychology in perspective.
Carmelo Vázquez
3. Positive Psychology: A new way of understanding psychology.
Beatriz Vera Poseck
9. Positive emotions.
María Luisa Vecina Jiménez
18. Positive emotions: Positive humor.
Begoña Carbelo y Eduardo Jáuregui
31. Creativity.
María Luisa Vecina Jiménez
40. Traumatic experience from the point of view of positive psychology: Resiliency and post-traumatic growth.
Beatriz Vera Poseck, Begoña Carbelo Baquero y María Luisa Vecina Jiménez

Forum

50. The North American psychotherapy cultural competence model and its applicability in Spain
Adil Qureshi Burckhardt y Francisco Collazos Sánchez
58. Must be regulated today as health professions all the disciplines related to the health?
Commentary on professor Buela-Casal and colleagues studies
César González-Blanch
61. Reply to González-Blanch (2006): Must be regulated today as health professions all the disciplines related to health? Commentary on professor Buela-Casal and colleagues studies.
Gualberto Buela-Casal

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, José Carlos Núñez Pérez y José María Peiró Silla

Consejo Editorial

Francisco Santolaya Ochando
Jaume Almenara i Aloy
Julián Baltasar Jaume
Manuel Berdullas Temes
Rosario Carcas Castillo
Fernando Chacón Fuertes
Juan Delgado Muñoz
Juan Manuel Egurtza Muniain
Alfredo Fernández Herrero
Aurora Gil Álvarez
Lorenzo Gil Hernández
M^a Teresa Hermida Pérez
Rosa Jiménez Tornero
Margarita Laviana Cuetos
Ramón Loitegui Aldaz
Cristina López Díaz
Isabel Martínez Díaz de Zugazua

Manuel Enrique Medina Tornero
Eduardo Montes Velasco
Teresa Rizo Gutiérrez
Manuel Rodríguez Fernández
Concepción Santo Tomás de Abajo
Manuel Mariano Vera Martínez
Jesús Ramón Vilalta Suárez

Consejo Asesor

José Antonio Aldaz, Esteban Alonso, Isaac Amigo, José Arévalo Serrano, Pilar Arránz, José María Arredondo, Dositeo Artiaga, M^a Dolores Avia, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Vicent Bermejo, Amalio Blanco, Cristina Botella, Carmen Bragado, Gualberto Buela, José Buendía, Vicente Caballo, Francisco Cabello, José Cáceres, Rosa Calvo, Fernando Calvo, Amalia Cañas, Antonio Capafons, José Carlos Caracuel, Helio Carpintero, Mario Carretero, José Antonio Carrobles, Miguel Costa, Antonio Coy, Sixto Cubo, Piedad Cueto, Fernando Díaz Albo, María José Díaz-Aguado, Jesús A. De Diego, Raúl De Diego, Andrés Duarte López, Rocío Fernández Ballesteros, Nicolás Fernández Losa, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, Alfredo Fornos, Enrique García Huete, Miguel Anxo García Álvarez, César Gilolmo, Jesús Gómez Amor, Jorge L. González Fernández, Julio Antonio González García, José Gutiérrez Terrazas, Adolfo Hernández Gordillo, Florencio Jiménez Burillo, Cristóbal Jiménez Jiménez, Annette T.Kreuz, Francisco Javier Labrador, José Carlos León Jarriego, Jesús Ramón Loitegui, Roberto Longhi, Aquilino Lousa, Araceli Maciá, Emiliano Martín, María Angeles Martínez Esteban, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Nicomedes Naranjo, Conrado Navalón, José Ignacio Navarro Guzmán, Luis De Nicolás, Soledad Ortega Cuenca,

Pedro Pérez García, Marino Pérez Álvarez, Félix Pérez Quintana, José Luis Pinillos, José Antonio Portellano, José María Prieto, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Jesús Rodríguez Marín, Carlos Rodríguez Sutil, José Ignacio Rubio, Carlos Samaniego, Aurelia Sánchez Navarro, Javier Urrea, Miguel Angel Vallejo y Jaime Vila.

Diseño y Maquetación

Juan Antonio Pez Martínez

Redacción, administración y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
C/ Conde de Peñalver, 45-5^a Izq.
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
E-mail: papeles@correo.cop.es

Impresión

Intigraf S.L.
C/ Cormoranes, 14. Poligono Industrial La Estación.
28320 Pinto Madrid

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 27 Vol. 1 de Papeles del Psicólogo se han editado 46.600 ejemplares.
Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Papeles del Psicólogo está incluida en Psycodoc y en las bases de datos del ISOC (Psedisoc) y en IBECS. También se puede consultar en la página WEB del Colegio de Psicólogos:

<http://www.cop.es>



LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN PERSPECTIVA POSITIVE PSYCHOLOGY IN PERSPECTIVE

Carmelo Vázquez¹
Universidad Complutense

Este número de Papeles del Psicólogo es una buena prueba del interés que la Psicología Positiva ha suscitado en medios académicos y profesionales. En los últimos cinco años, reconocidas revistas (*American Psychologist*, *Journal of Social and Clinical Psychology*, *Psychological Inquiry*, *American Behavioral Scientist*, *School Psychology Quarterly*, *Ricerche di Psicologia*, *Review of General Psychology*,...) también han dedicado números especiales a este tema. Sin entrar en discusiones nominalistas sobre lo oportuno del término o sobre la necesidad de recurrir a una etiqueta fundacional, los proponentes de este enfoque hacen énfasis en algo tan aparentemente sencillo como tener en cuenta los aspectos positivos y negativos del funcionamiento humano. Hemos de reconocer, con orgullo, que desde la Psicología hemos desarrollado métodos de intervención eficaces y eficientes para muchos problemas psicológicos. Pero no hemos avanzado tanto en destilar métodos para (re)establecer la felicidad en el desdichado o, de modo más general, para promover con conocimientos sólidamente destilados cómo mejorar el bienestar. Parte de esta situación se debe a que por razones muy complejas para poderlas desbrozar en esta breve presentación, el estudio de lo positivo, por decirlo de un modo muy sintético, nos ha ocupado más que el estudio de su contrario. En un análisis de las publicaciones psicológicas desde 1872, recogidas en PsycINFO, se puede constatar que la proporción entre temas negativos y positivos es de 2 a 1 (Rand y Snyder, 2003).

Pero preguntarse sobre el bienestar humano no es una moda pasajera. En cierto sentido, la Filosofía occidental no ha tenido nunca otra preocupación más central, bien desde el análisis directo de las condiciones sustantivas del bienestar (la *eudamónia* aristotélica) o bien, más modernamente, desde el análisis de las condiciones existenciales que limitan el alcance de ese ideal. Así que Aristóteles, pero también Spinoza, Schopenhauer, Bertrand Russell, Heidegger, o Cioran, han hecho de esta

reflexión sobre la felicidad uno de los ejes del pensar sobre "lo humano". Sin embargo, la ciencia se vio impelida a cubrir otras demandas más acuciantes, ligadas a la lucha contra la enfermedad, el sufrimiento, o la pobreza y sólo recientemente ha estado en condiciones de explorar con sus herramientas esos terrenos más abonados inicialmente a lo filosófico. De hecho, no es un accidente histórico que el Estado del Bienestar fuese una creación centroeuropea y escandinava de la década de los 60 del pasado siglo, algo que sólo pudo emerger cuando las principales enfermedades epidémicas ya no eran las primeras causas de mortalidad, y cuando la prosperidad económica era más alta de lo que nunca se había conocido en el ámbito occidental. No es tampoco casualidad que fuese a partir de los años 70 cuando comenzaron los primeros estudios sociológicos a gran escala sobre el estado de la felicidad de las naciones que, sin interrupción, han seguido hasta hoy. Ni tampoco es casual que desde mediados de la década de los 80 comenzase una verdadera explosión de estudios sobre calidad de vida en el ámbito de la Medicina que se han mantenido con un envidiable vigor.

La Psicología también ha comenzado muy recientemente a aceptar como un objeto relevante de estudio el bienestar subjetivo y afrontar directamente, como un deber programático académico, la exploración de las fortalezas humanas y de los factores que contribuyen a la felicidad de los seres humanos. El comienzo es tan cercano que se acepta que el inicio formal de lo que se denomina Psicología Positiva lo constituyó la conferencia inaugural de Martin Seligman para su periodo presidencial de la American Psychological Association (Seligman, 1999). Naturalmente, el germen de la Psicología Positiva se puede rastrear desde mucho antes, en enfoques históricos de la Psicología tan bien intencionados como, desgraciadamente, carentes del apoyo empírico necesario.

Esta nueva sensibilidad hacia el estudio científico del bienestar, en un sentido general, no es exclusiva de la Psicología. El análisis del bienestar y la búsqueda de indicadores objetivos conciernen a las ciencias sociales en su totalidad. En este empeño, por ejemplo, hay grupos de sociólogos y economistas, entre los que se activamente participa el psicólogo y premio Nobel de Economía Daniel Kahneman, que están dirigiendo sus esfuerzos a analizar los factores que, más allá de las retóricas oficialistas están ligados al bienestar de los ciudadanos (Kahneman y Krue-

Correspondencia: Carmelo Vázquez. Catedrático de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. 28224 Madrid. España. E-mail: cvazquez@psi.ucm.es

¹ Miembro del Comité de Dirección de la Internacional Web on Positive Psychology (University of Pennsylvania) y Representante Nacional del European Network of Positive Psychology (<http://www.enpp.org>).



ger, en prensa). ¿Cómo puede hablarse de Estado de bienestar si no se tiene en el punto de mira de las políticas públicas el incremento efectivo del bienestar de los ciudadanos? Sabemos que mientras que la riqueza de muchas naciones industrializadas ha sido casi exponencial en las últimas décadas, la felicidad de sus habitantes no ha mejorado sustancialmente, lo que supone una paradoja política insospechada sobre el significado y alcance del Estado del Bienestar (Diener y Seligman, 2004).

Es arriesgado saber cuál será el futuro de lo que se denomina Psicología Positiva. Probablemente, lo que ahora tiene de "movimiento" o, si se quiere, de moda, acabará disolviéndose sin más estridencias dentro del quehacer de la Psicología. De hecho, desde nuestro punto de vista, y haciendo uso del conocido pensamiento atribuido a André Malraux, se puede decir que la Psicología Positiva del futuro será Psicología o no será. Es decir, el escenario más verosímil es que lo que ahora llamamos Psicología Positiva estará perfectamente integrada en el quehacer cotidiano de las próximas generaciones de psicólogos y el análisis y medida del bienestar, de las emociones positivas, o de las mejoras efectivas en la vida de la gente que tienen nuestras intervenciones será el modo incuestionado de hacer las cosas. Resulta llamativo, en este sentido, que las excelentes contribuciones de este número de Papeles del Psicólogo provengan de jóvenes profesionales e investigadores en quienes parece no plantearse de modo agudo este falso dilema conceptual o epistemológico. De modo que, desde un punto de vista teórico o *metateórico* (como aducen Linley et al., 2006), no tiene gran interés la discusión de si la Psicología Positiva pretende ser un nuevo enfoque de la Psicología. Creemos que todo es más sencillo pero igualmente supone un reto de gran magnitud: no se trata de crear otra variante polarizada de la Psicología sino de tener en cuenta, promover e investigar aquellos aspectos relacionados con el bienestar y la felicidad humana, incluso para iluminar lo que es el sufrimiento psicológico (Vázquez et al., 2005). En último término, estos objetivos son congruentes con lo que preocupa a la gente y a lo que deberíamos aspirar a estudiar y promover sin ningún desdén. Desde este punto de vista *pragmático*, no hay duda de que la Psicología Positiva va a tener un brillante futuro y la proliferación de artículos, nuevas revistas, e investigaciones rigurosas, permiten aventurar esa predicción. Una iniciativa interesante, en este sentido, es el proyecto en el que participamos psicólogos de diversos países con la Universidad de Pennsylvania consistente en el diseño de una página web que en 2006 e inicialmente basada en el modelo de www.authentic-happiness.org será lanzada simultáneamente en inglés, español y chino y, algo más adelante, en todas las lenguas

escandinavas, con la finalidad de que sirva como un centro de recursos y de investigación psicológica nacional y transcultural del bienestar humano

Ocuparnos desde la Psicología por la felicidad humana (o por el bienestar subjetivo, por emplear un término científicamente mejor acotado) no es una trivialidad *fin de siècle*, ni un intento oportunista de buscar posiciones de ventaja, sobre todo si se tiene en cuenta que algunos de sus promotores más destacados (Ed Diener, Martin Seligman, Daniel Kahneman, Chris Peterson, Csikszentmihalyi,...) figuraban desde hace años atrás entre los autores más citados de la literatura científica psicológica por logros en sus respectivos campos. Va a ser una empresa formidable para la Psicología contribuir a desarrollar un esfuerzo programático en la consolidación teórica de los *conceptos* más relevantes y las relaciones entre los mismos (emociones positivas, bienestar, sesgos, salud positiva,...), el desarrollo de herramientas de *evaluación* válidas de tales conceptos (¿cómo medimos, por ejemplo, el grado de bienestar de un individuo?) y, finalmente, la exploración y análisis de vías de *intervención* (Seligman et al., 2005) que promuevan o ayuden a mantener el grado de bienestar de los ciudadanos. No hay probablemente un reto más ambicioso para los científicos sociales y las profesiones sanitarias que promover la salud y el bienestar real de la gente y a ese noble empeño no estaría de más dedicar nuestros esfuerzos.

REFERENCIAS

- Diener, E., y Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science*, 5, 1-31.
- Kahneman, D., y Krueger, A. B. (en prensa). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives*.
- Linley, P.A., Joseph, S., y Word, A.M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 3-16.
- Rand, K.L. y Snyder, C.R. (2003). A reply to Dr. Lazarus, the evocator emeritus. *Psychological Inquiry*, 14, 148-153.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seligman, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 313-328.

PSICOLOGÍA POSITIVA: UNA NUEVA FORMA DE ENTENDER LA PSICOLOGÍA

POSITIVE PSYCHOLOGY: A NEW WAY OF UNDERSTANDING PSYCHOLOGY

Beatriz Vera Poseck

A menudo, cuando se hace referencia al término de psicología positiva se tiende a interpretar como alguna nueva corriente de filosofía espiritual o un nuevo método milagroso de autoayuda de los tantos que saturan el mercado. Sin embargo, poco hace falta interesarse en el concepto para comprender cuán lejanas se encuentran estas suposiciones de la realidad.

La psicología positiva, no es sino una rama de la psicología, que, con la misma rigurosidad científica que ésta, focaliza su atención en un campo de investigación e interés distinto al adoptado tradicionalmente: las cualidades y características positivas humanas.

Palabras clave: Emociones positivas, optimismo, humor, adaptabilidad.

When we mention the concept of positive psychology, it could usually be understood as some new trend of spiritual philosophy, or as a new miraculous method of self-help that flood the market. However, when concerned with this concept, one understands how distant these suppositions are from reality. Positive psychology is a branch of psychology that, with the same scientific rigor, focusses on fields of research and interest quite different from those traditionally adopted: human positive qualities and characteristics.

Key words: Positive emotions, optimism, humour, resiliency.

Si hacemos el ejercicio de preguntar a diferentes personas de todo tipo y condición por el objetivo de la psicología y el papel de aquellos que a ella se dedican, seguramente encontremos una respuesta predominante: tratar y curar los trastornos de la mente.

Ciertamente, durante muchos años la psicología se ha centrado exclusivamente en el estudio de la patología y la debilidad del ser humano, llegando a identificar y casi confundir psicología con psicopatología y psicoterapia. Este fenómeno ha dado lugar a un marco teórico de carácter patogénico que ha sesgado ampliamente el estudio de la mente humana. Así, la focalización exclusiva en lo negativo que ha dominado la psicología durante tanto tiempo, ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y que ha contribuido a adoptar una visión pesimista de la naturaleza humana (Gilham y Seligman, 1999). De esta manera, características como la alegría, el optimismo, la creatividad, el humor, la ilusión... han sido ignoradas o explicadas superficialmente.

Las limitaciones de esta focalización en lo negativo co-

mienza ha ser puesta en evidencia en los últimos años y en diferentes trastornos. Así por ejemplo, los trastornos depresivos parecen encontrarse deficientemente explicados desde un modelo basado exclusivamente en emociones negativas. La depresión no es sólo presencia de emociones negativas, sino ausencia de emociones positivas, algo fundamental, por ejemplo, a la hora de elaborar tratamientos. En este sentido, las técnicas y terapias elaboradas para luchar contra la depresión se han centrado tradicionalmente en la eliminación de emociones negativas como la apatía, la tristeza, la indefensión, etc. Sin embargo, investigaciones llevadas a cabo en los últimos años han comenzado a desarrollar estrategias de intervención basadas en la estimulación en el sujeto deprimido de emociones positivas como alegría, ilusión, esperanza, etc.

Gran parte de la investigación y el esfuerzo teórico realizado por los psicólogos en los últimos años ha estado centrada en buscar la manera de prevenir el desarrollo de trastornos en sujetos potencialmente vulnerables (sujetos de riesgo). Sin embargo, no puede obviarse, que aún hoy, la psicología se ha mostrado incapaz de dar solución a esta cuestión. El modelo patogénico adoptado durante tantos años se ha mostrado incapaz de acercarse a la prevención del trastorno mental. Quizá la clave de este fracaso se encuentre en que la prevención siempre ha si-

do entendida desde los aspectos negativos y se ha centrado en evitar o eliminar las emociones negativas.

De hecho, los mayores progresos en prevención han venido de perspectivas centradas en la construcción sistemática de competencias (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En este sentido, se ha demostrado que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadoras contra el trastorno mental y parece existir suficiente evidencia empírica para afirmar que determinadas características positivas y fortalezas humanas, como el optimismo, la esperanza, la perseverancia o el valor, entre otras, actúan como barreras contra dichos trastornos.

La perspectiva reduccionista ha convertido a la Psicología en una "ciencia de la victimología" (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). De forma histórica, la psicología ha concebido al ser humano como un sujeto pasivo, que reacciona ante los estímulos del ambiente. El foco de la psicología aplicada se ha centrado en curar el sufrimiento de los individuos y ha habido una explosión en la investigación de los trastornos mentales y los efectos negativos de estímulos estresores. Los profesionales tienen el cometido de tratar los trastornos mentales de los pacientes dentro de un marco patogénico en el que es crucial la reparación del daño. Sin embargo, la psicología no es sólo un brazo de la medicina centrado en la enfermedad-salud mental, es mucho más que eso. En los últimos años se han alzado voces que, retomando las ideas de la psicología humanista acerca de la necesidad del estudio de la "parte positiva" de la existencia humana han aportado un sólido soporte empírico y científico a esta parte descuidada de la psicología.

El término "psicología positiva" ha sido desarrollado por Martin Seligman, investigador que, habiendo dedicado gran parte de su carrera al trastorno mental y al desarrollo de conceptos como la indefensión aprendida, ha dado un giro radical en su orientación, elaborando y promoviendo una concepción más positiva de la especie humana.

La psicología positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. La concepción actual focalizada en lo patológico se centra en corregir defectos y reparar aquello que ya se ha roto. Por el contrario, la psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención.

Para Seligman, el concepto de psicología positiva no es nuevo en la psicología, ya que antes de la Segunda

Guerra Mundial los objetivos principales de la psicología eran tres: curar los trastornos mentales, hacer las vidas de las personas más productivas y plenas e identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Sin embargo, tras la guerra, diferentes eventos y circunstancias llevaron a la psicología a olvidar dos de esos objetivos y a centrarse exclusivamente en el trastorno mental y el sufrimiento humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

De la misma manera, podemos encontrar claras tendencias positivistas en la corriente humanista de la psicología, floreciente en los años 60 y representada por autores tan reconocidos como Carl Rogers, Abraham Maslow o Erich Fromm. Desgraciadamente, la psicología humanista no se ha visto acompañada de una base empírica sólida y ha dado lugar a una inmensa cantidad de movimientos de autoayuda dudosos y poco fiables (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

En esta búsqueda de lo mejor del ser humano, de las cosas buenas que hacen que florezca su potencial, la psicología positiva no confía en sueños dorados, utopías, espejismos, fe, ni auto-engaño, sino que adopta el método de la psicología científica, ampliando el campo tradicional de actuación y distanciándose de dudosos métodos de autoayuda o filosofías espirituales que tanto proliferan en nuestros días.

En palabras de Martin Seligman, la psicología positiva surge como un intento de superar la resistente barrera del 65% de éxito que todas las psicoterapias han sido incapaces de sobrepasar hasta hoy. Las técnicas que surgen de la investigación en psicología positiva vienen a apoyar y complementar las ya existentes. Gracias a la investigación teórica en torno a este área, el abanico de la intervención se verá ampliamente enriquecido. En este sentido, la relación de variables como el optimismo, el humor o las emociones positivas en los estados físicos de salud se alza como uno de los puntos clave de la investigación en psicología positiva. A lo largo de los próximos años es de esperar una gran cantidad de resultados empíricos que vayan dando forma a una nueva teoría de la psicología.

La psicología positiva no es... un movimiento filosófico ni espiritual, no pretende promover el crecimiento espiritual ni humano a través de métodos dudosamente establecidos. No es un ejercicio de autoayuda ni un método mágico para alcanzar la felicidad. No pretende ser un abrigo bajo el que arropar creencias y dogmas de fe, ni

siquiera un camino a seguir por nadie. La psicología positiva no debe ser confundida en ningún caso con una corriente dogmática que pretende atraer adeptos ni seguidores, y en ningún caso debe ser entendida fuera de un riguroso contexto profesional.

La psicología positiva es... una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología.

El objeto de este interés no es otro que aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que adolecen a los individuos, sino también para alcanzar mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud.

La psicología positiva representa un nuevo punto de vista desde el que entender la psicología y la salud mental que viene a complementar y apoyar al ya existente.

RETOS PARA EL FUTURO

La psicología tiene que superar los conceptos centrados en la patología y crear una terminología positiva que complemente las abundantes expresiones negativas tan presentes en la psicología tradicional.

Tiene también que crear nuevos instrumentos de evaluación, centrados en identificar las fortalezas del individuo, para así orientar la prevención y los tratamientos y potenciar el desarrollo personal de las personas.

Y tiene que diseñar programas de intervención y técnicas dirigidas a desarrollar los valiosos recursos que las personas, los grupos y las comunidades sin duda poseen. El impacto de estos desarrollos no sólo tendrá efectos positivos individuales, también tendrá efectos sociales beneficios en un mundo complejo que constantemente plantea nuevos retos para sus habitantes.

A lo largo de este número monográfico se pretende dar una visión general de algunas de las áreas de interés de la psicología positiva, así como un primer acercamiento al desarrollo de instrumentos válidos y fiables con los que trabajar.

EMOCIONES POSITIVAS

La mayoría de los investigadores que se han dedicado a estudiar las emociones se han centrado exclusivamente

en las negativas y hasta cierto punto puede resultar lógico si consideramos que emociones como el miedo, la tristeza o la ira son señales de alarma que si se obvian sistemáticamente pueden generar problemas de una magnitud considerable. La tendencia natural a estudiar aquello que amenaza el bienestar del ser humano ha llevado a centrar el interés en aquellas emociones que ayudan a hacer frente a peligros o problemas inminentes.

Además existen otras razones que explican el olvido al que han sido relegadas las emociones positivas en la ciencia. Las emociones positivas, por ejemplo, son más difíciles de estudiar, debido a que comparativamente son menos en cantidad que las negativas y a que son más difíciles de distinguir. Así, considerando las taxonomías científicas de las emociones básicas podemos identificar 3 ó 4 emociones negativas por cada emoción positiva. Ese balance negativo queda muy bien reflejado en el propio lenguaje cotidiano, de forma que cualquier persona tendrá siempre mayor dificultad para nombrar emociones positivas.

También existen diferencias en cuanto a la expresión de unas y de otras. Así, las emociones negativas disponen de configuraciones faciales específicas y propias que hacen posible su reconocimiento universal (Ekman, 1989). Por el contrario, las emociones positivas no poseen expresiones faciales únicas y características. Incluso, a un nivel neurológico, las emociones negativas desencadenan diferentes respuestas en el sistema nervioso autónomo, mientras que las emociones positivas no provocan respuestas diferenciadas.

Otra razón que explica el desequilibrio entre el interés científico por un tipo de emociones frente a otras podemos encontrarla en la propia forma de abordar su estudio. Así, cuando los investigadores se han aproximado al estudio de las emociones positivas, lo han hecho siempre desde el marco teórico propio de las emociones negativas. Desde esa perspectiva, las emociones están, por definición, asociadas a impulsos de acción. Las emociones negativas tienen un obvio valor adaptativo, representan soluciones eficientes a los problemas a los que se ha venido enfrentando el hombre desde sus orígenes. Sin embargo, el valor adaptativo de las emociones positivas es más complejo de explicar y durante años ha sido ignorado. Pero si realmente tuvieran poco valor, cabría preguntarse por qué han permanecido con nosotros a lo largo de miles de años de evolución.

¿Cuál es, por tanto, el valor adaptativo de las emociones positivas? Es posible responder a esta cuestión si abandonamos el marco teórico bajo el que entendemos las emociones negativas. Las emociones positivas resuelven problemas relacionados con el crecimiento personal y el desarrollo. Experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2001).

Afortunadamente, en los últimos años, muchos expertos han comenzado a investigar y teorizar en este campo, abriendo una nueva forma de entender la psicología humana. Una de las teorías que de manera más sólida representan esta corriente es la desarrollada por Bárbara Fredrickson. Esta autora reivindica la importancia de las emociones positivas como medio para solventar muchos de los problemas que generan las emociones negativas y cómo a través de ellas el ser humano puede conseguir sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos. Según este modelo, las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar problemas (Fredrickson, 2000).

OPTIMISMO

El optimismo es una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peterson y Bossio, 1991; Scheier y Carver, 1993) han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva.

El interés moderno por el optimismo nace de la constatación del papel jugado por el pesimismo en la depresión (Beck, 1967). Desde entonces son muchos los estudios que muestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). El optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002). Desde un punto de vista evolucionista es considerado además como una característica de la especie humana seleccionada por la evolución por sus ventajas para la supervivencia (Taylor, 1989).

El sentido común nos dice que es positivo mirar al futuro con optimismo y numerosos trabajos empíricos apoyan esta idea. Así por ejemplo, estudios con población general muestran una clara tendencia de las personas a sobreestimar el grado de control que tienen sobre las situaciones (Langer, 1975), mientras que las personas deprimidas estimarían de forma muy precisa su grado de control real (Alloy y Abramson, 1979). Esta ilusión de control, junto con otros mecanismos, contribuyen a explicar por qué unas personas no se deprimen y otras sí.

¿Qué distingue a una persona optimista de una pesimista? ¿Es bueno ver la vida un poco mejor de lo que en realidad es? ¿Los pesimistas son realistas y los optimistas viven de ilusiones? Estas y otras preguntas son las que pretenden ser resueltas con el estudio científico de esta materia. Así, el optimismo promete ser uno de los tópicos más importantes en la investigación en psicología positiva.

HUMOR

El libro *"Anatomía de una enfermedad"*, publicado en 1979 por el fallecido editor de revistas Norman Cousins, fue el primero en exponer ante el público una correlación entre el humor y la salud. Cousins describe cómo se recuperó de una enfermedad de los tejidos conjuntivos que normalmente suele ser irreversible mediante un tratamiento que incluyó, entre otras terapias, películas cómicas de los hermanos Marx.

El humor y su manifestación externa más común, la risa, son un importante pilar de la investigación en psicología positiva. Aunque la idea de que la risa y el humor fomentan la salud no es nueva, es en las últimas décadas cuando han comenzado a proliferar terapias e intervenciones clínicas basadas en esta materia. La investigación científica ha demostrado que la risa es capaz de reducir el estrés y la ansiedad y mejorar así la calidad de vida y la salud física del individuo.

El humor "sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo", afirma el Dr. Lee Berk, profesor de patología en la Universidad de Loma Linda, en California y uno de los principales investigadores en el mundo sobre la salud y el buen humor. En una serie de estudios examinó las muestras de sangre de sujetos antes y después de que vieran vídeos cómicos, y las comparó con las de un grupo que no vio los vídeos.

Berk descubrió importantes reducciones en las concentraciones de hormonas de la tensión y un incremento en la respuesta inmune de quienes vieron los vídeos.

RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

Vivir un acontecimiento traumático es quizá una de las situaciones que más transforma la vida de una persona. Sin quitar un ápice de la gravedad y horror de estas experiencias, no podemos dejar de resaltar que es en situaciones extremas cuando el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores, tiene la oportunidad de replantear su concepción del mundo y de modificar sus creencias, de manera que en esta reconstrucción puede darse, y de hecho se da en muchos casos, un aprendizaje y un crecimiento personal (Janoff-Bulman, 1992; Calhoun y Tedeschi, 1999). Sin embargo, la psicología tradicional ha tendido a asumir que todos los acontecimientos traumáticos dejan heridas psicológicas en las personas y ha tendido a obviar el estudio de fenómenos como la resiliencia y el crecimiento postraumático, basados en la capacidad del ser humano de resistir y rehacerse frente a los embates de la vida.

Resiliencia y crecimiento postraumático surgen como conceptos de investigación en la psicología positiva, a través de los cuales se pretende determinar por qué algunas personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

Acontecimientos como los últimos atentados terroristas vividos en Nueva York y en Madrid pueden proporcionar una buena base científica sobre la que analizar estos fenómenos y aunque todavía es enormemente superior la cantidad de estudios dedicados al trastorno de estrés pos-

traumático, se han realizado algunos centrados en emociones positivas, afrontamiento y resiliencia.

CREATIVIDAD

La creatividad es la capacidad de crear, de producir cosas nuevas. Es la capacidad que tiene el cerebro humano para llegar a conclusiones e ideas nuevas y resolver problemas de una forma original. En su materialización puede adoptar formas artísticas, literarias, científicas, etc., y también puede desplegarse en el campo de la vida diaria, mejorando la calidad de la misma. Esto último probablemente no deje una huella en la historia de la humanidad, pero en esencia es lo que hace que la vida merezca la pena (Csikszentmihalyi, 1996).

La creatividad es, por tanto, considerada como un proceso clave para el desarrollo personal y para el progreso social y por ello se incluye de lleno dentro del campo de interés de la psicología positiva. Sin embargo, el potencial de este hecho se ve disminuido cuando se asume generalizadamente que la creatividad es una característica diferencial dicotómica que unos tienen y otros no. Las investigaciones sobre creatividad han contribuido a fomentar esta creencia porque durante años han estado centradas el enfoque de rasgos, es decir, en identificar las características de personalidad (estables y poco modificables) de las personas creativas. Como resultado, algunas otras áreas importantes han sido descuidadas, como por ejemplo el estudio de los contextos físicos y sociales en los que las personas creativas han desarrollado sus producciones o el estudio de las habilidades específicas que han aprendido. Además, se ha asumido que la creatividad no puede ser alterada y que las personas creativas pueden producir trabajos creativos a todas horas u en todos los campos.

A la luz de la investigación actual, ninguna de estas suposiciones parece ser totalmente cierta. Hoy entendemos que la creatividad no depende exclusivamente de rasgos estables de personalidad, sino que resulta de una constelación particular de características personales, habilidades cognitivas, conocimientos técnicos, circunstancias sociales y culturales, recursos materiales y también de suerte (Amabile, 1983; Csikszentmihalyi, 1996; Sternberg y Lubart, 1995). La creatividad puede ser desarrollada y fomentada en todos los campos de la vida y puede ser considerada también como otro de los recursos de las personas para afrontar circunstancias adversas. Cualquier persona, además, puede desarrollar su

potencial creativo y mejorar la calidad de su vida diaria, y ello, aunque el resultado final no dé lugar a descubrimientos trascendentales para la humanidad o a realizaciones unánimemente valoradas.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Uno de los retos de la psicología positiva supone el desarrollo de instrumentos de medida válidos y fiables que sean capaces de medir y delimitar las variables propias de este área.

La evaluación tradicional y los modelos surgidos a partir de ella, han hecho patentes la enfermedad y la debilidad del ser humano. Es necesaria la creación de instrumentos que permitan evaluar los recursos y emociones positivas, para conseguir desarrollar modelos más funcionales, dinámicos y saludables.

En este sentido, es pionero el esfuerzo realizado por Martin Seligman y Christopher Peterson quienes han diseñado un instrumento de medida basándose en una clasificación de los recursos positivos del individuo.

El *Inventario de fortalezas (VIA)* es un cuestionario de 245 ítems tipo líkert con 5 posibles respuestas cada uno, que mide el grado en que un individuo posee cada una de las 24 fortalezas y virtudes que han sido desarrolladas por el *Values in Action Institute* bajo la dirección de Martin Seligman y Christopher Peterson.

Las 24 fortalezas que mide el VIA y a partir de las cuales se ha realizado el manual de clasificación *Character Strengths and Virtues* se agrupan en 6: sabiduría y conocimiento, coraje, humanidad, justicia, moderación y trascendencia.

El estudio de Martin Seligman y Park Peterson con más de 4000 participantes ha revelado que, de las 24 cualidades o fortalezas evaluadas por el cuestionario VIA, existen 5 que se relacionan de forma consistente con la satisfacción con la vida en mucho mayor grado que las 19 restantes. Estas cualidades son: gratitud, optimismo, entusiasmo, curiosidad y capacidad de amar y de ser amado.

REFERENCIAS

Amabile, T. M. (1983). The Social Psychology of Creativity: A Componential Conceptualization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 357-376.

Alloy, L. B. y Abramson, L.Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 441-485.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (1999). *Facilitating Post-traumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity. Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: HarperCollins Publishers.

Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion. En H. Wagner y A. Manstead (Eds.), *Handbook of psychophysiology: Emotion and social behavior* (pp. 143-164). Nueva York: Wiley.

Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention & Treatment*, vol.3

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.

Gillham, J.E. y Seligman M.E.P.(1999)Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, vol.37:163-173

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press

Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.

Peterson, C., & Bossio, L.M. (1991). *Health and optimism*. New York: Oxford University Press.

Peterson, C., Seligman, M.E.P. and Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Psychological Science*, 2, 26-30

Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M.(2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.

Sternberg, R. J. y Lubart, T.I. (1995). *Defying the Crowd. Cultivating Creativity in a Culture of Conformity*. The Free Press, New York

Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions*. New York: Basic Books.

EMOCIONES POSITIVAS POSITIVE EMOTIONS

María Luisa Vecina Jiménez
Universidad Complutense

Dentro del campo emergente de la Psicología positiva el estudio de emociones positivas como la alegría, la satisfacción, el orgullo, la esperanza, etc., ha cobrado gran importancia en los últimos años. Cada vez son más numerosos los trabajos empíricos que se centran en demostrar la relación entre la experiencia de emociones positivas y variables como la salud, el bienestar psicológico, la creatividad, la resiliencia, etc.. En este artículo se exponen algunos de estos trabajos y se enmarcan dentro de la Teoría abierta y construida de las emociones positivas, propuesta por Bárbara Fredrickson para explicar el valor adaptativo de estas emociones. Finalmente se describen dos estados emocionales positivos, la elevación y la fluidez, que suelen pasar desapercibidos y que sin embargo tienen importantes beneficios psicológicos y sociales.

Palabras clave: emociones positivas, elevación, fluidez.

Within the emerging field of positive psychology, the study of positive emotions as joy, satisfaction, pride, hope has experienced an important increase during the last years. Furthermore, numerous empirical studies have shown the relationship between positive emotions and health, subjective well-being, creativity, resiliency, etc.. In this article, some of these studies are exposed. They fit in The broaden-and-build theory of positive emotions, proposed by Barbara Fredrickson to explain the adaptive benefits of positive emotions. Finally, we describe two positive emotions, elevation and flow, that are often unnoticed and are nevertheless important vehicles for individual growth and social connection.

Key words: positive emotions, elevation, flow.

El estudio científico de las emociones positivas ha sido considerado tradicionalmente una actividad frívola y como tal ha merecido poca atención por parte de los investigadores (Fredrickson, 2003). Además, el interés actual por lo positivo es considerado por muchos autores como una moda pasajera o, lo que es peor, como un "refrito" de cosas ya sabidas. Esto puede ser cierto, pero también lo es que no por sabido se aplica y practica todo lo que sería deseable un conocimiento, enfoque o como queramos denominarlo, de tanta trascendencia para el ser humano.

La tendencia natural a estudiar aquello que amenaza el bienestar de las personas ha llevado a centrarse con carácter prioritario en las emociones negativas y a olvidar el valor de las positivas. También es verdad que lo bueno se da por supuesto (Sears, 1983). Es una creencia generalizada pensar que la bondad es una característica representativa de los seres humanos (creer lo contrario haría la vida mucho más difícil), por tanto es algo considerado como normal y lo normal no parece requerir demasiadas explicaciones y mucho menos explicaciones urgentes.

En los últimos años esta tendencia está cambiando y numerosos psicólogos han comenzado a investigar la fun-

ción adaptativa de las emociones positivas dentro del marco aportado por la Psicología Positiva (Seligman, 2002; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En este contexto, el cultivo de estas emociones se está convirtiendo en un valioso recurso terapéutico y también en un poderoso recurso para transformar la vida ordinaria de muchas personas en algo plenamente satisfactorio y con sentido.

Con un enfoque divulgativo, aunque basado en trabajos de investigación publicados en revistas científicas, se expondrán a continuación los principales resultados que avalan el creciente interés por este tema, sobre el que sin duda todavía hay mucho que investigar. Son muchas las dificultades que conlleva estudiar experimentalmente fenómenos complejos y son importantes las limitaciones metodológicas de muchos de estos estudios: muestras pequeñas, no aleatorias, instrumentos que en ningún caso pueden medir directamente los fenómenos objeto de investigación, sino sus diversas manifestaciones, etc.. Todo ello hace imprescindible interpretar con cautela los resultados, pero también anima a seguir investigando.

¿QUE SON LAS EMOCIONES?

Las emociones tienen su sede biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominado sistema límbico, que incluye el hipocampo, la circunvalación del cuerpo calloso, el tálamo anterior y la amígdala. La amígdala,

además de desempeñar otras funciones, es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional. Las conexiones neuronales entre estas estructuras ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del cerebro, el neocortex, son muchas y directas, lo cual asegura una comunicación de vértigo muy adaptativa en términos evolutivos (Ledoux, 1996). Esto hace que sea algo ficticio hablar de pensamiento, emoción y conducta como entidades separadas. Sin embargo, en la práctica investigadora se diferencian para hacer más abordable su estudio.

Pretender definir constructos complejos, y las emociones lo son, no es una tarea fácil. De hecho hoy continúa siendo objeto de debate e investigación tanto su origen, como su estructura interna, las diferencias entre estados afectivos, etc. (Diener, 1999; Ekman, 1994; Parkinson, 1996, 2001).

A pesar de estas dificultades existe cierto consenso respecto a algunas de las características de las emociones básicas (Fredrickson, 2001), de manera que se puede considerar que las emociones son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, etc., que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente.

Esta definición parece ajustarse mejor al estudio de emociones negativas (miedo, ira, asco, tristeza, etc.), que al estudio de emociones positivas (alegría, orgullo, satisfacción, esperanza, fluidez, elevación, etc.) fundamentalmente porque las primeras se pueden asociar a tendencias de respuesta claras y específicas y las segundas no tanto (Fredrickson y Levenson, 1998). Así, por ejemplo, cuando una persona siente miedo ante algo o alguien sus sistemas de alerta automáticos se activan, se dispone rápidamente a huir o a protegerse, su expresión facial refleja una imagen única y reconocida prácticamente de forma universal por cualquier individuo (Ekman, 1989). Muy probablemente, tales reacciones habrán permitido a muchos individuos de nuestra especie salvar la vida en situaciones críticas, lo cual reflejaría el valor inmediato para la supervivencia que tienen las emociones negativas (Izard, 1993; Malatesta y Wilson, 1988). En este mismo sentido Robert Sapolsky, neurólogo de la Universidad de Standford, afirma en una reciente entrevista que ante amenazas inminentes el cuerpo utiliza toda la energía almacenada para activar

los músculos apropiados, aumentar la tensión arterial para que la energía fluya más deprisa y desactivar todo tipo de proyecto a largo plazo. Comenta en tono distendido que si te persigue un león, escoges otro día para ovular, retrasas la pubertad, ni se te ocurre crecer, ya digerirás más tarde, pospones la fabricación de anticuerpos para la noche, si todavía estás vivo... (Punset, 2005).

Por el contrario, cuando una persona experimenta alegría la tendencia de respuesta es más ambigua e inespecífica: puede dar saltos de alegría, pero también puede dedicarse a bromear, a ayudar a otros, a hacer planes para el futuro, a ligar, a explorar, etc.. La utilidad de este tipo de respuestas para la supervivencia no parece tan evidente, principalmente porque no es inmediata, pero no por ello debe obviarse. De hecho, es posible intuir otra clase de beneficios derivados de las emociones positivas que, si bien puede que no encajen perfectamente en los modelos teóricos existentes, las haría merecedoras del desarrollo de modelos específicos (Ekman, 1994).

EL VALOR DE LAS EMOCIONES POSITIVAS

Bárbara Fredrickson ha abierto una línea de investigación centrada específicamente en las emociones positivas y en su valor adaptativo (Fredrickson, 1998, 2000b, 2001, 2003; Fredrickson y Branigan, 2000). Recientemente ha planteado la Teoría abierta y construida de las emociones positivas (*Broaden and build theory of positive emotions*) (Fredrickson, 1998, 2001), que sostiene que emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis.

Experimentar emociones positivas es siempre algo agradable y placentero a corto plazo y para esta autora, además, tendría otros efectos beneficiosos más duraderos, en la medida en la que ello prepara a los individuos para tiempos futuros más duros (Fredrickson, 1998, 2001). La alegría, por ejemplo, anima a jugar en el sentido amplio de la palabra, a empujar los límites, a ser creativo (Frijda, 1986) y ello permite el desarrollo y el entrenamiento de habilidades físicas (fuerza, resistencia, precisión), de habilidades psicológicas e intelectuales (comprensión de normas, memoria, autocontrol) y de habilidades sociales necesarias para el establecimiento

de relaciones de amistad y de apoyo. Todas estas habilidades, conceptualizadas como recursos, pueden llegar a ser muy valiosas en momentos de escasez y de conflicto, en los que disponer de velocidad, de resistencia, de amigos, de capacidad de innovación, etc. puede ser la diferencia entre vivir y morir.

Las funciones de las emociones positivas vendrían a complementar las funciones de las emociones negativas (Fredrickson, 2001) y ambas serían igualmente importantes en un contexto evolutivo. Si las emociones negativas solucionan problemas de supervivencia inmediata (Malatesta y Wilson, 1988) porque tienen asociadas tendencias de respuesta específicas (la ira, por ejemplo, prepara para el ataque; el asco provoca rechazo, vómito; el miedo prepara para la huida), las emociones positivas solucionan cuestiones relativas al desarrollo y crecimiento personal y a la conexión social. Las primeras propician formas de pensar que reducen el rango de respuestas posibles y las segundas propician formas de pensar que lo amplían. En este sentido, las emociones positivas habrían contribuido a generar las condiciones adecuadas para que nuestros ancestros desarrollaran las habilidades físicas necesarias para superar la estrategia de los depredadores, las habilidades psicológicas que permiten descubrir e inventar posibilidades y las habilidades sociales adecuadas para generar vínculos entre personas y el aprendizaje de conductas de ayuda.

En un contexto más cercano también es posible observar empíricamente algunos de los beneficios derivados de experimentar emociones positivas y en esto es en lo que se centran cada vez más investigadores que adoptan un enfoque positivo de la psicología.

LAS EMOCIONES POSITIVAS MEJORAN LA FORMA DE PENSAR

Numerosos estudios experimentales vienen demostrando que el afecto positivo se relaciona con una organización cognitiva más abierta, flexible y compleja y con la habilidad para integrar distintos tipos de información (Derryberry y Tucker, 1994; Isen, 1987, 1990, 2000; Isen y Daubman, 1984; Isen, Daubman y Nowicki, 1987; Isen, Johnson, Mertz y Robinson, 1985; Isen, Niedenthal y Cantor, 1992; Isen, Roenzweig y Young, 1991). El resultado de esta forma de pensar hace más creativa la solución de problemas y más acertados y sensatos los juicios y la toma de decisiones (Carnevale y Isen, 1986; Isen, 1993; Isen, Nygren y Ashby, 1988; Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Uno de estos experimentos puso de manifiesto que los diagnósticos sobre enfermedades hepáticas eran más acertados cuando a los médicos se les hacía sentir bien regalándoles previamente una simple bolsita de golosinas (Fredrickson, 2003). Más acertados se refería en este estudio a que los médicos tardaban menos tiempo en integrar la información del caso y a que eran menos proclives a basarse en pensamientos iniciales y, por tanto, a hacer diagnósticos prematuros.

Otros experimentos (Isen et al., 1987) muestran que los estados afectivos positivos inducidos, bien fuera viendo una comedia o recibiendo un pequeño regalo comestible, facilitan la solución creativa de problemas. Concretamente, parecen incrementar las asociaciones novedosas, no previsibles y las combinaciones inusuales de elementos.

En esta misma línea, se ha comprobado que las personas expuestas a imágenes que suscitan distintas emociones (alegría, serenidad, miedo o tristeza) difieren en la forma de procesar información visual. A la hora de realizar una tarea de categorización en la que no existen respuestas correctas e incorrectas, sino respuestas que reflejan una forma global o local de percibir una configuración de elementos, las personas que experimentan emociones positivas tienden a elegir configuraciones más globales, es decir, ven el bosque más que los árboles (Fredrickson, 2001).

La relación existente entre afecto positivo y pensamiento abierto y flexible ha sido analizada específicamente en otro estudio empírico (Fredrickson y Joiner, 2002). Después de tomar medidas repetidas de varias emociones positivas y de indicadores de pensamiento abierto y flexible, se observó que existía un reforzamiento mutuo entre ambas variables, es decir, la presencia de emociones positivas predecía en un momento temporal posterior pensamiento abierto y flexible y, de igual manera, el pensamiento abierto y flexible predecía afectividad positiva en el futuro.

Todos estos resultados sugirieron que en general las emociones positivas facilitan la puesta en marcha de patrones de pensamiento receptivos, flexibles e integradores, que favorecen la emisión de respuestas novedosas. Es muy posible que esta forma de pensar, y no la opuesta, haya precedido a los grandes descubrimientos y a las realizaciones más importantes de la historia de la humanidad y de cuyo valor nadie duda. Es difícil imaginar a Miguel Ángel cabreado mientras pintaba la Capilla Sixtina, a Newton iracundo debajo del manzano, a Edison,

a Marie Curie, a Pasteur, etc., etc. deprimidos en sus laboratorios. Por el contrario, es fácil imaginarles pensando posibilidades y alternativas, combinando elementos a priori imposibles, absortos en su tarea, emocionados contemplando sus avances hacia una meta deseada y llena de significado para ellos.

LAS EMOCIONES POSITIVAS SE RELACIONAN CON LA SALUD

Considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que las emociones positivas son también algo más que la ausencia de emociones negativas, es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas y también para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Que las emociones positivas se relacionan con el nivel de bienestar subjetivo o felicidad no es una afirmación sorprendente, sin embargo afirmar que prolongan la vida sí lo es y requiere de pruebas más consistentes.

En esta línea, un sorprendente estudio que además reúne condiciones de control experimental excelentes, analizó el estado de salud y la longevidad de 180 monjas que en 1932, justo antes de ingresar en una orden religiosa, escribieron breves relatos autobiográficos sobre sus vidas y sobre lo que esperaban del futuro (Danner, Snowdon y Friesen, 2001). Este estudio ha puesto de manifiesto que, dadas las condiciones homogéneas en las que todas las monjas habían vivido, la única variable a la que se podían atribuir las diferencias observadas en su estado de salud y en su longevidad era la presencia de emociones positivas en los antiguos relatos. Las monjas que reflejaron en sus escritos emociones positivas (alegría, anhelo, felicidad) gozaban de mejor estado de salud y vivían una media de diez años más que aquellas que prácticamente no expresaron emociones. El 90% de las monjas del grupo más alegre seguía viviendo a los 85 años en contraste con el 34% del grupo menos alegre.

En otro importante estudio se evaluó el estado de salud y el estado emocional de 2.282 sujetos de más de 65 años y se les hizo un seguimiento durante dos años. Los resultados mostraron que la experiencia de emociones positivas protegía a las personas mayores de los efectos más negativos del envejecimiento y de la incapacidad y, lo más importante, predecía con éxito quienes vivirían y quienes morirían (Ostir, Markides, Black y Goodwin, 2000).

En un reciente estudio, 334 voluntarios sanos entre 18 y 54 años fueron evaluados en su tendencia a expresar emociones positivas (felicidad, satisfacción y tranquilidad) y emociones negativas (ansiedad, hostilidad y tristeza). Posteriormente, a todos ellos se les administró nasalmente unas gotas que contenían el virus que produce el resfriado común. Los resultados mostraron que aquellos sujetos con un estilo emocional positivo presentaban un riesgo menor de contraer resfriado que aquellos sujetos con estilo emocional negativo (Cohen, Doyle, Turner, Alper y Skoner, 2003).

Un posible mecanismo explicativo de este efecto protector de la salud es el que plantea la hipótesis de que las emociones positivas deshacen los efectos fisiológicos que provocan las emociones negativas (Fredrickson, 1998, 2003). Una tendencia de respuesta específica asociada a la experiencia de emociones negativas es el incremento de la actividad cardiovascular (presión sanguínea, frecuencia cardíaca, vasoconstricción periférica), que sostenida en el tiempo se relaciona directamente con numerosas enfermedades. Varios estudios experimentales han puesto de manifiesto que la recuperación cardiovascular en personas que habían visto extractos de películas de terror, es decir, que habían experimentado miedo, era más rápida cuando posteriormente veían extractos que suscitaban alguna emoción positiva (alegría o sorpresa) que cuando veían películas emocionalmente neutras o que suscitaban tristeza (Fredrickson y Levenson, 1998) y que los sujetos que espontáneamente sonreían mientras veían un extracto de película triste se recuperaban unos 20 segundos antes que los que no sonreían nunca.

En otro experimento se provocaron reacciones de ansiedad en un grupo de estudiantes al comunicarles que en un minuto tendrían que exponer ante una cámara un discurso sobre por qué se consideraban buenos amigos y que ese discurso sería posteriormente evaluado por sus compañeros. En estas condiciones se formaron cuatro grupos, dos vieron películas que elicitaban emociones positivas (alegría, satisfacción), uno vio una película que elicitaba tristeza y un cuarto grupo sirvió de control. Los resultados (Fredrickson, 2003) mostraron que los sujetos que habían visto las películas que provocaban emociones positivas tuvieron una recuperación cardiovascular más rápida que el grupo de control y mucho más rápida que los que vieron la película triste.

Otro posible mecanismo de acción por el que las emociones positivas protegerían a las personas de enferme-

dades y trastornos es el que proponen Aspinwal y sus colegas en un estudio del que concluyen que las personas que se consideraban felices buscaban, asimilaban y recordaban mejor información sobre riesgos para la salud (Aspinwal, Richter y Hoffman, 2001).

Todos estos datos en conjunto parecen indicar que las emociones positivas deshacen los efectos negativos que provocan las emociones negativas, lo que iría asociado a un menor desgaste del sistema cardiovascular y con ello a un mejor estado de salud (Fredrickson y Levenson, 1998). Esto, unido a que la experiencia de emociones positivas predice un elevado nivel de bienestar subjetivo, entendido éste como el promedio de emociones positivas y negativas (Diener, Sandvik y Pavot, 1991) y a que también aumenta la probabilidad de sentirse bien en el futuro (Fredrickson, 2001; Fredrickson y Joiner, 2002), hace posible asignar un papel protagonista a las emociones positivas, como mínimo, en el cuidado de la salud y en el logro de estados subjetivos de bienestar.

LAS EMOCIONES POSITIVAS MEJORAN LA CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO ANTE LA ADVERSIDAD

Las emociones positivas también contribuyen a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir resiliencia psicológica (Aspinwal, 2001; Carver, 1998; Lazarus, 1993; Lazarus, 1993; Lyubomirsky, King y Diener, 2005). Las personas resilientes, aquellas que ante la adversidad se doblan pero no se rompen, son capaces de experimentar emociones positivas en situaciones estresantes. Varios estudios han puesto de manifiesto que las personas más resilientes suelen experimentar elevados niveles de felicidad y de interés por las cosas en momentos de gran ansiedad provocados experimentalmente (Fredrickson, 2001; Tugade y Fredrickson, 2004). La presencia de emociones positivas durante los momentos de aflicción hace más probable que se desarrollen planes de futuro y estos planes, junto con las emociones positivas, predicen un mejor ajuste psicológico doce meses después de haber vivido un suceso traumático (Stein, Folkman, Trabasso y Richards, 1997).

Igualmente, las emociones positivas protegen frente a la depresión, incluso después de haber pasado una experiencia realmente traumática. En un estudio realizado con medidas tomadas antes y después de los atentados del 11 de septiembre en Nueva York se evidenció que las personas que, junto a las emociones dominantes de

angustia, miedo, disgusto y desprecio, experimentaron también tras los atentados emociones positivas de gratitud, interés, amor, esperanza, orgullo, etc., presentaban menos síntomas depresivos y más optimismo, satisfacción con la vida y tranquilidad. Las emociones positivas parecían ser un ingrediente activo esencial que, además de ayudar a las personas resilientes a no hundirse en la depresión, también contribuían a incrementar sus recursos psicológicos de afrontamiento (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003).

Igual que un estado afectivo negativo lleva a un pensamiento focalizado pesimista y éste a un estado afectivo más negativo todavía en una espiral de influencia recíproca que puede terminar conduciendo a una depresión clínica (Peterson y Seligman, 1984), un estado afectivo positivo, favorecido por la experiencia de emociones positivas, llevaría a un pensamiento abierto, integrador, creativo y flexible que facilitaría el afrontamiento eficaz de la adversidad y que a su vez incrementaría los niveles de bienestar futuros (Fredrickson, 2001; Fredrickson y Joiner, 2002).

APLICACIONES TERAPÉUTICAS

La Psicología ha priorizado el estudio de todo aquello que impide, limita o dificulta el desarrollo de las personas y ha desarrollado estrategias eficaces para corregir numerosos déficits y trastornos. Si bien experimentar emociones negativas es algo inevitable y a la vez útil desde el punto de vista evolutivo, también es cierto que tales emociones se encuentran en el núcleo de muchos de los trastornos psicológicos (O'Leary, 1990; Watts, 1992). El interés consciente de los psicólogos por estudiarlas y manipularlas ha contribuido notablemente a disminuir el sufrimiento de muchas personas, pero la necesidad de continuar mejorando la eficacia de los tratamientos psicológicos obliga a explorar nuevos caminos y en este sentido no parece descabellado proponer un papel más activo para las emociones positivas en la prevención y el tratamiento de numerosos trastornos. De hecho, es incluso posible plantear que parte de la eficacia de muchas de las técnicas y estrategias de intervención psicológicas ya desarrolladas se debe a que generan estados emocionales positivos o a que crean las condiciones adecuadas para que éstos aparezcan (Fredrickson, 2000a). Las técnicas de relajación, por ejemplo, son especialmente utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y, según Fredrickson, son eficaces porque, de una manera o de otra, propician condi-

ciones adecuadas para sentirse contento (calma interior, percepción de uno mismo y de su conexión con el mundo). Imaginar escenas placenteras, reales o no, representar una situación agradable con convicción, relajar los músculos, son estrategias que animan a saborear el momento presente y que facilitan la integración de experiencias.

Algo similar sucede con las técnicas conductuales que proponen incrementar el número de actividades placenteras para tratar trastornos como la depresión. Obviamente, la realización de actividades placenteras elegidas por uno mismo incrementa los niveles de reforzamiento positivo recibidos y hace más probable la aparición de distintas emociones positivas, que vendrían a contrarrestar la presencia de las negativas.

Las terapias cognitivas, por su parte, insisten en que no son los acontecimientos negativos en sí mismos los que conducen a la depresión, sino las explicaciones que las personas tienen sobre ellos, generalmente internas, estables y globales (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Peterson y Seligman, 1984), por lo que intentan sustituir dichas explicaciones por otras externas, inestables y específicas. Esta estrategia, conocida como aprendizaje del optimismo, ha resultado ser eficaz para prevenir y tratar los trastornos depresivos. La clave de su eficacia puede radicar en el intento de anular el efecto de los significados negativos, aunque ello no implique necesariamente sustituirlos por otros positivos. En esto último, sin embargo, es en lo que empiezan a insistir algunos autores cuando proponen estrategias complementarias para encontrar significados positivos en la vida diaria, como por ejemplo: la reevaluación positiva de acontecimientos adversos, la valoración positiva de eventos cotidianos, el establecimiento y el logro de objetivos realistas (Folkman y Moskowitz, 2000; Folkman, Moskowitz, Ozer y Park, 1997). Los datos empíricos muestran que tales fuentes diarias de significado positivo predicen la recuperación de estados afectivos deprimidos y el bienestar psicológico a largo plazo (Folkman, Chesney, Collette, Boccellari y Cooke, 1996), por lo que continuar explorando las posibilidades de estrategias centradas en lo positivo es algo sugerente para la investigación y muy probablemente útil para incrementar la eficacia de los tratamientos.

DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS ESTADOS EMOCIONALES POSITIVOS

A pesar de que en nuestro vocabulario existen más términos para referirse a emociones negativas que a emo-

ciones positivas (Averill, 1980) y que muy probablemente ello condiciona que seamos mucho más conscientes de los estados afectivos negativos que de los positivos y agradables (Avia y Vázquez, 1998), es posible hacer un esfuerzo de autoobservación para identificar estados emocionales positivos como primer paso para intentar intensificarlos después.

Las emociones positivas son más de las que a priori imaginamos y pueden centrarse, según Seligman, (2002), en el pasado, en el presente y en el futuro. Son ejemplo de emociones positivas del pasado la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo. Las emociones del presente son, entre otras, la alegría, el éxtasis, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer, la elevación y la fluidez. Finalmente, son emociones positivas del futuro el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza. A continuación se describen dos estados emocionales positivos del presente que suelen pasar desapercibidos y que sin embargo tienen importantes beneficios psicológicos y sociales.

Elevación

La emoción de elevación, traducción literal del inglés *elevation*, es una emoción positiva que se experimenta como un fuerte sentimiento de afecto en el pecho (Haidt, 2000, 2002). Surge cuando somos testigos de actos que reflejan lo mejor del ser humano y provoca un deseo de ser mejores personas. Es lo que uno puede experimentar cuando con desgraciadamente poca frecuencia los informativos cuentan la historia de alguien anónimo que olvidó sus propios intereses y se jugó la vida por otra persona, o menos dramáticamente, que actuó pensando en el bien de otros y no en el suyo. Elevación es lo que probablemente sintieron muchas personas cuando vieron que, tras los atentados del 11 de marzo en Madrid, los enfermos ingresados en los hospitales cedían sus camas a los heridos, los taxistas ofrecían gratuitamente sus vehículos a los familiares de las víctimas, los madrileños se echaban a la calle para donar sangre masivamente, etc., etc.. Elevación es lo que se experimenta incluso al recordarlo.

La experiencia de esta emoción hace más probable que queramos estar, cooperar y ayudar a otras personas (Isen, 1987; Isen y Levin, 1972; Oatley y Jenkins, 1996; Seligman, 2002), y ello tiene importantes beneficios psicológicos y sociales. Por una parte, las personas que tras experimentar esta emoción deciden pasar a la acción y ayudan a otras, se pueden sentir orgullosas de sus bue-

nos deseos y satisfechas por sus acciones. Paralelamente, las personas que son ayudadas pueden sentir otra importante emoción positiva, la gratitud, y las que simplemente son testigos de esa relación de ayuda puede experimentar elevación, lo que suscitaría nuevos deseos de ser mejor persona y de ayudar a otros. Esta espiral positiva tiene efectos sociales beneficiosos en términos de solidaridad, altruismo, cooperación, etc.. y contribuye efectivamente a crear redes sociales de apoyo y a cohesionar el tejido social. En definitiva, permite mejorar la calidad de vida dentro de las comunidades, los grupos y las organizaciones (Fredrickson, 2001).

Fluidez

La fluidez (en inglés *flow*) es un estado emocional positivo (Csikszentmihalyi, 1975, 1990; Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1988) que se experimenta en momentos en los que las personas se encuentran totalmente implicadas en la actividad que están realizando hasta un punto en el que nada más parece importarles. Las personas que experimentan fluidez sienten que controlan sus acciones y que son dueñas de su destino, sienten júbilo y una profunda sensación de satisfacción, más allá del mero divertimento. Esta experiencia es en sí misma tan placentera que lleva a continuar en la actividad, a pesar de la presencia de costes y obstáculos.

La fluidez se produce cuando las habilidades de la persona están en equilibrio con los retos y desafíos que la actividad le plantea. En estas circunstancias, la atención se concentra en la consecución de una meta realista, la retroalimentación que se obtiene sobre el nivel de ejecución es inmediata y uno llega a olvidarse de sí mismo. Una expresión coloquial que resume este estado es la siguiente: "mientras estaba haciendo, el tiempo se me pasó volando".

Numerosas actividades son susceptibles de producir fluidez: jugar al ajedrez, pintar, escalar, correr, componer y tocar música, bailar, escribir, etc.. Es fácil en estas situaciones observar los efectos beneficiosos sociales y culturales de involucrarse en tales actividades: obras de arte, piezas musicales, proezas deportivas y estéticas que pasan a la historia y que en definitiva vienen a reflejar lo que diferencia a las personas de otros animales. Pero, además, es posible experimentar fluidez realizando actividades que no han sido libremente elegidas o que son reforzadas extrínsecamente, por ejemplo con un salario, y en las que a simple vista parecería que no es el gusto por hacerlas lo que las motiva principalmente.

Csikszentmihalyi (1990) describe experiencias de fluidez fantásticas en cirujanos, operarios de cadenas de montaje, científicos, madres que cuidan de sus hijos, prisioneros de campos de concentración, etc. Y es que algunos individuos logran transformar tareas rutinarias, trabajos aburridos, circunstancias realmente adversas en experiencias subjetivamente controlables, de las que pueden extraer algún grado de satisfacción y que en ocasiones han propiciado descubrimientos, innovaciones o producciones que han cambiado el curso de la historia.

El enfoque positivo de la Psicología, que tal vez no podamos calificar como nuevo pero sí como importante y necesario, tiene mucho trabajo por delante. En primer lugar, tiene que superar las limitaciones de las investigaciones sobre los procesos emocionales. La Psicología, como afirma Ruut Veenhoven, ha tenido más éxito en comprender el pensamiento que el afecto y aunque está claro que los acontecimientos y la evaluación de los mismos evocan experiencias afectivas, la fabricación interna de tales experiencias sigue siendo apenas comprendida (Veenhoven, 1994). Además, es necesario identificar los antecedentes que elicitán diferentes estados afectivos positivos, progresar en el desarrollo de medidas fiables y válidas, acumular evidencias sobre los efectos que ello tiene sobre distintas variables y explicar los mecanismos precisos que conducen a tales efectos.

REFERENCIAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 32-48.
- Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. En A. Tesser y N. Schwarz (Eds.), *The Blackwell handbook of social psychology* (Vol. 1, pp. 159-614). Malden, MA: Backwell.
- Aspinwall, L. G., Richter, L. y Hoffman, R. R. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimists adaptive moderation of belief and behavior. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: implications for theory, research, and practice* (pp. 217-238). Washington D.C.: Asociación Americana de psicología.
- Averill, J. R. (1980). On the paucity of positive emotions. En K. R. Blankstein, P. Pliner y J. Piliavin (Eds.), *Assessment and Modification of Emotional Behavior* (pp. 7-

- 45). Londres: Plenum Press.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Carnevale, P. J. D. y Isen, A. M. (1986). The influence of positive affect and visual access on the discovery of integrative solutions in bilateral negotiation. *Organizational behavior and human decision Processes*, 37, 1-13.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M. y Skoner, D. P. (2003). Emotional Style and Susceptibility to the Common Cold. *Psychosomatic Style*, 65, 652-657.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: HarperPerennial.
- Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I. S. (1988). *Optimal experiences. Psychological studies of flow in consciousness*. New York: Cambridge University Press.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. y Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Derryberry, D. y Tucker, D. M. (1994). Motivating the focus of attention. En P. M. Neiderthal y S. Kitayama (Eds.), *The heart's eye: Emotional influences in perception and attention*. San Diego, CA: Academic Press.
- Diener, E. (1999). Introduction to the special section on the structure of emotion. *Journal of personality and Social Psychology*, 76, 803-804.
- Diener, E., Sandvik, E. y Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, or positive versus negative affect. En F. Strark (Ed.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.
- Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion. En H. Wagner y A. Manstead (Eds.), *Handbook of psychophysiology: Emotion an social behavior* (pp. 143-164). Nueva York: Wiley.
- Ekman, P. (1994). Are these basic emotions? In P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotions: Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press.
- Folkman, S., Chesney, M. A., Collette, L., Boccellari, A. y Cooke, M. (1996). Post bereavement depressive mood and its pre-bereavement predictors in HIV+ and HIV-gay men. *Journal of personality and Social Psychology*, 70, 336-348.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T., Ozer, E. y Park, C. (1997). Positive meaningful events and coping in the context of HIV/AIDS. En B. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 292-314). Nueva York: Plenum.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2 (3), 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2000a). *Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-being*, from <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html>.
- Fredrickson, B. L. (2000b). Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Fredrickson, B. L. y Branigan, C. (2000). Positive emotions. En T. J. Mayne y G. A. Bonanno (Eds.), *Emotion: current issues and future directions* (pp. 123-151). Nueva York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L. y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175.
- Fredrickson, B. L. y Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M., Waugh, C. E. y Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States of september 11th, 2001. *Journal of personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Haidt, J. (2000). *The positive emotion of elevation*, 3, from <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030003c.html>
- Haidt, J. (2002). The moral emotions. En R. J. Davidson,

- K. Scherer y H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences*. Oxford: Oxford Press.
- Isen, A. M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 20, 203-253.
- Isen, A. M. (1990). The influence of positive and negative effect on cognitive organization: some implications for development. En N. L. Stein, B. Leventhal y T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 75-94). Nueva York: Erlbaum.
- Isen, A. M. (1993). Positive Affect and Decision Making. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 216-277). Nueva York: Guilford.
- Isen, A. M. (2000). Positive effect and decision making. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2 ed., pp. 417-435). Nueva York: Guilford Press.
- Isen, A. M. y Daubman, K. A. (1984). The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1206-1217.
- Isen, A. M., Daubman, K. A. y Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1122-1131.
- Isen, A. M., Johnson, M. M. S., Mertz, E. y Robinson, G. F. (1985). The influence of positive affect on the unusualness of word associations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1413-1426.
- Isen, A. M. y Levin, P. A. (1972). Effect of feeling good on helping: Cookies and kindness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 384-388.
- Isen, A. M., Niedenthal, P. y Cantor, N. (1992). The influence of positive affect on social categorization. *Motivation and Emotion*, 16, 65-78.
- Isen, A. M., Nygren, T. E. y Ashby, F. G. (1988). The influence of positive affect on the perceived utility of gains and losses. *Journal of personality and Social Psychology*, 55, 710-717.
- Isen, A. M., Roenzweig, A. S. y Young, M. J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making*, 11, 221-227.
- Izard, C. E. (1993). Organizacional and motivacional functions of discrete emotions. En M. Lewis (Ed.), *Handbook of emotions* (pp. 631-641). Nueva York: Guilford Press.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-22.
- Ledoux, J. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon y Schuster.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Malatesta, C. Z. y Wilson, A. (1988). Emotion cognition interaction in personality development: A discrete emotions, functionalist analysis. Special Issue: The social context of emotion. *British Journal of Social Psychology*, 27, 91-112.
- Oatley, K. y Jenkins, J. M. (1996). *Understanding emotions*. Cambridge, MA: Blackwell.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- Ostir, G., Markides, K., Black, S. y Goodwin, J. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 473-478.
- Parkinson, B. (1996). Emotions are social. *British Journal of Psychology*, 87, 663-683.
- Parkinson, B. (2001). Anger on and off the road. *British Journal of Psychology*, 92, 507-526.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Punset, E. (2005). *El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas*. Barcelona: Destino.
- Sears, D. O. (1983). The person-positivity bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 233-250.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. Nueva York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Stein, N. L., Folkman, S., Trabasso, T. y Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological well-being in bereaved caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 872-884.
- Tugade, M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(9), 1-27.
- Watts, F. N. (1992). Applications of current cognitive theories of emotional disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 153-167.

EMOCIONES POSITIVAS: HUMOR POSITIVO

POSITIVE EMOTIONS: POSITIVE HUMOUR

Begoña Carbelo* y Eduardo Jáuregui**
 *Universidad de Alcalá. ** Universidad de St. Louis

La risa y humor merecen un importante protagonismo dentro de la psicología positiva, definida como el estudio de las emociones, los estados y las instituciones positivas. La risa produce una de las sensaciones más placenteras de la experiencia humana, y estimula comportamientos positivos como el juego, el aprendizaje y la interacción social. El sentido del humor, como rasgo de la personalidad, es una de las principales fortalezas del ser humano. Se les atribuyen a ambos importantes beneficios físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, aun son pocos los investigadores y teóricos de la psicología positiva que han tratado estos fenómenos en detalle, en parte porque la risa y el humor siguen resistiéndose a una definición teórica y al estudio empírico. En este artículo, los autores examinan la relevancia de la risa y el humor, especialmente el humor positivo, a este campo, y revisan el estado actual del conocimiento sobre estos fenómenos.

Palabras clave: humor, risa, emociones, psicología positiva, fortalezas, risoterapia, estrés

Laughter and humour deserve an important role within positive psychology, defined as the study of positive emotions, states and institutions. Laughter produces one of the most pleasurable feelings of human experience, and stimulates positive behaviours such as play, learning and social interaction. The sense of humour, as a personality trait, is one of the basic signature strengths of human beings. Many have attributed to both of these phenomena important physical, psychological and social benefits. However, few theorists and researchers within positive psychology have investigated them in detail, partly because laughter and humour continue to resist theoretical definition and because their empirical study presents serious methodological problems. In this paper, the authors examine the relevance of laughter and humour, particularly positive humour, and review the current state of knowledge regarding these phenomena.

Keywords: humor, humour, laughter, emotions, positive psychology, strengths, stress, broaden and build.

"La vida es demasiado importante como para tomársela en serio"

-Oscar Wilde

El sentido del humor es una capacidad única del ser humano valorada en muchas, si no todas las culturas. Se le atribuyen numerosos beneficios psicológicos (sensaciones y estados de alegría, bienestar y satisfacción, reducción del estrés, prevención de la depresión), físicos (tolerancia al dolor, activación del sistema inmunológico, mejora del sistema cardiovascular) y sociales (mejoras en la motivación, la comunicación, el orden y la armonía social). Las investigaciones en el joven campo de los estudios del humor han proporcionado un cierto apoyo empírico a algunas de estas afirmacio-

nes, aunque aun existen muchas incógnitas y contradicciones en la literatura.

De lo que no cabe duda es que la risa y el sentido del humor merecen un importante protagonismo dentro de la psicología positiva, definida como el estudio de las emociones, los estados y las instituciones positivas. La risa produce una de las sensaciones más placenteras de la experiencia humana y el sentido del humor es una de las principales fortalezas de nuestra especie, recogida por Seligman y Petersen en su clasificación VIA Strengths. En los experimentos de laboratorio de psicólogos positivos como Barbara Fredrickson, los videos cómicos son una herramienta de trabajo imprescindible, por la facilidad con la que pueden provocar emociones positivas en los sujetos. Sin embargo, aun son pocos los investigadores y teóricos de la psicología positiva que han tratado estos fenómenos en detalle, en parte porque la risa y el humor siguen resistiéndose a una definición teórica y al estudio empírico. Hace casi dos mil años, Quintiliano ya se lamentaba de que "nadie ha conseguido explicar la risa de una manera satisfactoria, aunque muchos lo han in-

Correspondencia: Begoña Carbelo Baquero. Dpto Enfermería. Universidad de Alcalá. Campus Universitario. 28871 Alcalá de Henares. España. E-mail: beگو.carbelo@uah.es

.....
 *http://www2.uah.es/humor_salud
 ** <http://www.humorpositivo.com>

tentado” (Citado en Eastman, 1921: 132). Hoy en día, aunque conocemos muchos más datos sobre la risa de los animales, la estructura de los chistes o los procesos neuroquímicos asociados, seguimos prácticamente en la misma situación.

En este artículo, y a pesar de estas dificultades, exponemos lo que se sabe y lo que no se sabe sobre el sentido del humor y sus beneficios, centrándonos en su relación con el campo de la salud y el bienestar.

DEFINICIÓN DEL HUMOR Y CONCEPTOS AFINES

El término “humor” tiene diversas acepciones en castellano, y los investigadores y teóricos que se dedican a los “estudios del humor” tampoco se han puesto de acuerdo sobre cómo definir los distintos conceptos y fenómenos de este campo. En parte, se debe al fracaso de la psicología y de otras ciencias en explicar el mecanismo de la risa, uno de los más antiguos misterios del comportamiento humano.

En este artículo evitaremos el uso de la palabra “humor” en el sentido de “estado de ánimo” –un uso común en el lenguaje ordinario, en el que se habla de “estar de buen o mal humor”. Buena parte de la psicología positiva se refiere a distintas emociones o estados que caracterizan el “buen humor” (alegría, satisfacción, gratitud, esperanza, optimismo, sosiego), pero aquí lo que nos interesa es algo más concreto.

Cuando estudiosos de la Psicología Positiva como Martin Seligman hablan del **sentido del humor** como una de las fortalezas del ser humano, se refieren a una **capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa** (observable o no), y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo¹. La risa es también el (único) nexo de unión entre los heterogéneos investigadores de la multidisciplinar *International Society for Humor Studies*, y las escalas desarrolladas en este campo para medir el sentido del humor se han referido siempre a la risa como punto de partida.

Definimos la **risa**, a su vez, como **una reacción psicofisiológica** caracterizada [1] externamente por unas vocalizaciones repetitivas (típicamente transcritas en

castellano como ja-ja, je-je, etc.), una expresión facial fácilmente reconocible (boca en una sonrisa cerrada o abierta, comisuras de los ojos arrugadas), unos movimientos corporales característicos (del abdomen, hombros, cabeza y en casos de risa intensa en todo el cuerpo) y una serie de procesos neurofisiológicos concretos (cambios respiratorios y circulatorios, activación del sistema dopaminérgico y otros circuitos neuroquímicos, etc.); [2] internamente por una sensación subjetiva reconocible (que llamaremos **hilaridad**) y de carácter placentero en mayor o menor medida.

La risa puede considerarse una emoción positiva, o por lo menos la causa o reflejo externo de una emoción positiva (la hilaridad). El goce que proporciona se ha comparado con el orgasmo sexual y otras reacciones placenteras del organismo, y de hecho activa el sistema de recompensas mesolímbico dopaminérgico, asociado con diversos placeres hedónicos (Reiss, Mobbs, Greicius, Eiman y Menon, 2003)

Reservaremos, el término **humor** para referirnos a las diversas causas de la risa, que es también la acepción más común en el idioma ordinario (humor negro, verde, blanco, satírico, irónico, ingenioso, burdo, absurdo, oral, literario, gráfico, físico, improvisado). Consideraremos humor también casos de **humor no intencional**, como los despistes, las “meteduras de pata” o las torpezas –dado que aunque no suelen considerarse “humor” habitualmente, resultan difíciles de diferenciar del humor intencional en la práctica. En definitiva, definiremos el humor como **cualquier estímulo que pueda provocar la risa de un sujeto**: juegos, bromas, chistes, viñetas, situaciones embarazosas, incongruencias, inocentadas, cosquillas... Como ya hemos mencionado, no existe una teoría comúnmente aceptada para explicar de qué manera el humor provoca la risa, qué tipos de humor pueden diferenciarse o cómo describir las relaciones y diferencias entre estos tipos. De las numerosas teorías monocausales propuestas, las más conocidas son las que identifican el estímulo de la risa con una sensación de superioridad, con la incongruencia, con la liberación de una tensión cognitiva/emocional, o con el juego (ver Jáuregui, 1998).

¹Christopher Peterson y Martin Seligman definen la fortaleza “Playfulness and humor”, traducible como “Sentido lúdico y (sentido del) humor” de la siguiente manera: “Te gusta reír y hacer que los otros sonrían. Es fácil para ti ver el lado divertido de la vida.” (Nuestra traducción, Seligman 2002a).

Dentro de la gran variedad del humor, existen muchos tipos en los que la risa resulta hostil o agresiva (una persona se ríe de otra), o se toma a la ligera temas considerados trágicos, serios o sagrados por otras personas, provocando malestar u ofensa. Algunos teóricos han dejado estos tipos de humor fuera de la definición de "humor", reservando este vocablo para referirse exclusivamente a aquellos tipos de humor inofensivos y bienintencionados. Nosotros hemos preferido incluirlos en la idea de "humor". Primero, porque los estudiosos del humor también se ocupan de la sátira (a veces cáustica), del humor negro, blasfemo u obsceno, y de la risa agresiva. Y segundo, porque la línea entre el humor "agresivo" y el humor "inofensivo" es subjetiva y cambiante —lo que hoy me ofende mañana me hace reír, y lo que a mí me divierte (o puede parecerme inofensivo) a ti puede ofenderte. Sin embargo, adoptaremos el término **humor positivo** para referirnos al **tipo de humor que provoca una risa inofensiva, al menos en intención**, diferenciable del **humor negativo** (agresivo, ofensivo, etc.). También puede hablarse de un **sentido del humor positivo**, que busca provocar la risa propia o ajena sin ofender o agredir a nadie, distinto de un **sentido del humor negativo**, que busca provocar la risa incluso a costa de los demás.

EL ESTUDIO Y LA APLICACIÓN DEL HUMOR

La risa y el humor son temas que han suscitado el interés de filósofos y científicos al menos desde los tiempos de la antigua Grecia. Platón y Aristóteles desarrollaron algunas de las primeras teorías conocidas sobre la comedia y el ridículo, y desde entonces algunas de las mentes más brillantes de nuestra tradición intelectual han considerado la naturaleza y las funciones del humor, entre ellos Hobbes, Kant, Schopenhauer, Bergson, Spencer y Koestler (Jáuregui, 1998).

Actualmente, y especialmente a partir de los años 70, las investigaciones sobre el humor se desarrollan en distintas disciplinas entre las que se incluyen psicología, medicina, enfermería, fisiología, biología, sociología, antropología, educación, y también otras como las ciencias de la computación, estudios de cinematografía, historia, lingüística, literatura, matemáticas o filosofía (Carbelo, 2005). Las contribuciones de las publicaciones originales acerca del humor, abarcan trabajos teóricos, investigaciones empíricas, aplicaciones en ámbitos con-

cretos como la terapia, la educación o los negocios y por supuesto notas, contestaciones a otros artículos en revistas o cartas al editor y numerosos libros. *The International Society for Humor Studies* (ISHS) dispone de una publicación asociada: *Humor: International Journal of Humor Research* y organiza una Conferencia Internacional desde el año 1976 (Cardiff, Wales), que en un principio se celebraba cada tres años, después cada dos y en la actualidad anualmente. En 2008 la sede elegida para el encuentro de los investigadores será la Universidad de Alcalá

También está creciendo el número de personas y organizaciones dedicadas a la aplicación del humor en distintos ámbitos. De las asociaciones con carácter terapéutico es preciso referirse a la *American Association for Therapeutic Humor*, cuyos miembros están comprometidos con el avance, conocimiento y comprensión del humor y la risa referidos a los aspectos curativos y generadores de bienestar. Esta asociación también promueve una Conferencia anual para exponer los resultados de las investigaciones más actuales, y organiza seminarios y cursos desde distintas universidades para transmitir aspectos teóricos y prácticos acerca del sentido del humor. La AATH, creada para que los profesionales de la salud puedan formarse y evaluar el uso del humor en la práctica, tiene por objetivos fundamentales promover y desarrollar conductas que contribuyan al bienestar basándose en la risa y el buen humor.

En Europa y en España empiezan a proliferar algunas iniciativas relacionadas con el estudio y la aplicación del humor. Desde el 2004 la Fundación General de la Universidad de Alcalá organiza una reunión anual multidisciplinar sobre el tema, en coordinación con diversas universidades españolas: *Humor Aula*. Existen ya cursos universitarios en España sobre temas como el humor gráfico, el humor terapéutico o el humor en la comunicación (Carbelo, 2005: 204). Asociaciones como Payasos sin Fronteras, Fundación Teodora, La Sonrisa Médica, Pallasos d'hospital y otras se dedican a mejorar el bienestar de niños (y sus familias y cuidadores) en zonas de guerra o en hospitales. Diversos consultores, empresas, profesionales de la salud y practicantes de terapias alternativas ofrecen sesiones y cursos para ayudar a sus clientes a desarrollar y aplicar la risa y el sentido del humor con diversos fines.

CUESTIONES METODOLÓGICAS

La risa y el humor plantean importantes desafíos a la hora de abordarlos desde la ciencia. La risa es un fenómeno que florece con mayor facilidad precisamente en aquellos entornos más alejados del control y la medición que caracterizan el paradigma experimental: las reuniones informales, los bares, el lecho amoroso, el juego. Los psicólogos que han tratado de estudiar este tema en el laboratorio han descubierto que es prácticamente imposible generar auténticas carcajadas en este entorno (Chapman, 1983: 137). Esto explica que la mayoría de los experimentos de este tipo hayan empleado escalas autoadministradas en las que cada sujeto evalúa la intensidad de su reacción humorística interna, lo "gracioso" que le parece un chiste, etc.

Otro problema es que la causa de la risa es una percepción, el resultado de una evaluación cognitiva cuya naturaleza sigue evadiendo a la ciencia². Existen multitud de eventos que provocan o pueden provocar la risa y la hilaridad, pero no podemos observar directamente cuál es el aspecto concreto de estos eventos que desencadena esta reacción, y que explicaría la relación entre un chiste ingenioso, una metedura de pata y las cosquillas, por citar tres ejemplos.

Desde el punto de vista de la psicología positiva, uno de los problemas metodológicos más relevantes es la medición del "sentido del humor". Una herramienta de medición fiable en este sentido permitiría establecer relaciones entre este rasgo y diversos aspectos del bienestar y de la salud mental y física. Disponemos en la actualidad de diversos instrumentos creados para tratar de cuantificar el grado de desarrollo del sentido del humor en un individuo. Estas escalas, todas ellas en inglés, están diseñadas para descubrir en qué medida y en qué situaciones los individuos tienden a reír, sonreír, crear/compartir el humor, aceptar/rechazar el humor ajeno, etc. Existen escalas que miden aspectos actitudinales o conductuales del humor como el "cuestionario del sentido del humor", *Sense of Humor Questionnaire* (SHQ, Svebak, 1974); la "escala humor adaptativo", *The Coping Humor Scale* (CHS, Martín y Lefcourt, 1983),

el "cuestionario de respuestas humorísticas a una situación", *The Situational Humor Response Questionnaire* (SHRQ, Martín y Lefcourt, 1984) o la "escala multidimensional del sentido del humor", *Multidimensional Humor Sense Scale* (MSHS, Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b; Thorson, Powell, Sarmay-Schuller y Hampes, 1997).

La escala SHQ (Svebak, 1974), cuyo desarrollo ha quedado finalmente en la escala SHQ-6 (1996), incluye las habilidades para percibir el humor y consta de afirmaciones autodescriptivas, cuyas respuestas se puntúan sobre una escala likert de cinco puntos que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. Algunos ejemplos son "Reconozco fácilmente un guiño o un cambio de entonación que señala una intención humorística" o "La gente que siempre intenta ser graciosa en realidad son personas irresponsables de las que no puedes fiarte".

La escala CHS de Martín y Lefcourt propone la medida de la utilización del humor individual como respuesta adaptativa a los sucesos estresantes de la vida. Contiene afirmaciones en las que el sujeto puntúa en una escala Likert de cuatro puntos, el grado de acuerdo. Algunas de las afirmaciones son del tipo: "A menudo pierdo mi sentido del humor cuando estoy teniendo problemas" ó "Normalmente busco algo gracioso que decir cuando me encuentro en situaciones tensas" (ver Idígoras, 2002).

Los autores ampliaron el primer cuestionario con otro situacional de respuestas de humor Martín y Lefcourt, SHRQ (1984), en el que se trataba de observar la frecuencia con la que cada persona se ríe o sonríe y se divierte en distintas situaciones de la vida diaria. Es un instrumento que mide las respuestas de risa o sonrisa ante veintiuna situaciones hipotéticas que se pueden dar y en las que se pide al sujeto recordar cuál sería su respuesta en dicha situación. Para conocer las descripciones (ver Idígoras, 2002), sirva como ejemplo: "si llegas a una fiesta y te encuentras con que otra persona lleva exactamente el mismo vestido o traje que tú: A) no lo encontraría divertido. B) lo encontraría divertido, pero no

² Podría argumentarse, como han hecho algunos teóricos (Nussbaum, 2001; Sartre, 1971; Solomon, 1993), que una reacción emocional como la risa no la "provocan" eventos cognitivos tales como las percepciones o evaluaciones mentales, y que la risa es una emoción unitaria que reacciona directamente a estímulos externos, constituyendo en sí un juicio de valor. En cualquier caso, sería preciso identificar cuales son estas causas y qué relación guardan entre ellas.

lo mostraría exteriormente. C) Sonreiría. D) Me reiría. E) Me reiría a fondo.”

Los dos instrumentos desarrollados por Martín y Lefcourt tienen consistencias internas aceptables y son referenciados en muchos de los trabajos en los que la medida del humor en situaciones concretas o en relación a otros indicadores tiene una relevancia específica.

La escala MSHS (*Multidimensional Humor Sense Scale*) fue propuesta por Thorson y Powell (1991, 1993a, 1993b), desarrollada, validada y utilizada en trabajos aplicados en las que se ha relacionado el humor con algunas dimensiones de personalidad, con el control de la ansiedad, con la depresión o en estudios transculturales. Los autores consideran que el instrumento valora el humor desde varios puntos de vista, por eso la denominaron multidimensional: la creación o generación del humor, el uso del humor para hacerle frente a la vida, el sentido del juego, el reconocimiento y la apreciación del humor, las actitudes hacia el humor y la práctica y el uso del mismo en situaciones sociales. El humor de cada persona viene determinado por las puntuaciones obtenidas en cada uno de los elementos y por la suma total de ellos.

La escala MSHS consta de 24 ítems, y Thorson y Powell (1993a) recogieron en una primera ronda del estudio con 264 participantes con edades comprendidas entre 17 y 77 años, de los que 153 eran mujeres y 111 eran hombres, con una media de edad de 32,3 años y una desviación estándar (SD) de 13,5. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.89. Thorson y Powell (1993b) también recogieron respuestas en la escala de una muestra de 426 personas del Estado de Nebraska en EEUU, cuyas edades variaron entre 18 y 90 años, la edad media fue de 37,9 años, con una SD= 21,7. Las puntuaciones oscilaron entre 31 y 96 puntos con un valor medio de 71,8 (SD = 12,9) y una mediana de 72 puntos, el coeficiente alfa para esta muestra fue de 0.91, con un 61.5% de varianza explicada para los cuatro factores. No se observaron diferencias significativas por edad ni género.

La escala MSHS, ha sido empleada en el análisis de relaciones entre el humor y otros rasgos de la personalidad (Hampes, 1993; Hampes, 1994; Humke y Schaefer, 1996; Thorson y Powell, 1993c) y también en comparaciones transculturales (Thorson, Brdar y Powell, 1997), y los estudios factoriales han reproducido una estructura factorial similar a la original mediante rotación ortogonal.

Cada una de estas escalas representa una (o varias) posibles definiciones del término “sentido del humor”. ¿Cuál de ellas representa el “sentido del humor” que se supone es beneficiosa para la salud psíquica, física y social? Ésta es una de las cuestiones aun sin resolver en el campo de los estudios del humor.

LOS EFECTOS DEL HUMOR SOBRE LA SALUD

La idea de que la risa y el humor fomentan la salud no es nueva, pero en las últimas décadas algunos casos célebres de “curaciones” mediante el consumo y/o producción de material cómico (Cousins, 1979), la proliferación de diversas terapias e intervenciones clínicas relacionadas con el humor, y el estudio científico de estos fenómenos ha generado un considerable interés mediático y público en torno al tema. En cuanto a pruebas empíricas, actualmente puede decirse que existen algunos indicios del valor terapéutico que se atribuye al humor, pero aun es demasiado pronto para afirmar que la risa es “la mejor medicina”. Como han señalado algunos investigadores, por ejemplo, no todos los estudios médicos apoyan la tesis de un efecto terapéutico, a menudo estos estudios presentan deficiencias metodológicas, la mayoría de ellos han sido de pequeña escala, y en cualquier caso no está claro cuál es el mecanismo preciso que produce los hipotéticos beneficios (Martín, 2004). Es probable que el humor, y especialmente el humor positivo, tenga efectos beneficiosos para la salud, pero aun está por demostrarse con seguridad cuales son, de qué manera actúan, en qué casos se producen, cuál es su peso, su extensión y sus límites. Se requiere un mayor esfuerzo investigador en esta área, y concretamente de estudios de mayor envergadura y rigor científico (por no hablar de los imprescindibles fondos para financiarlos).

En general, puede decirse que los efectos terapéuticos mejor establecidos se refieren a beneficios psico-físicos a corto plazo, más bien preventivos o paliativos. La risa es capaz de reducir el estrés y la ansiedad que directamente deterioran la calidad de vida e indirectamente afectan la salud física del individuo. El sentido del humor fomenta el buen ánimo que ayuda a sobrellevar una enfermedad o a prevenir una depresión. El disfrute de la comedia es capaz de elevar la tolerancia al dolor subjetivo durante al menos media hora, una observación replicada en numerosos estudios (Zweyer, Velker y Ruch,

2004). Incluso quizás, como veremos más adelante, el sentido del humor contribuya a una percepción subjetiva de mejor salud, que no es poco.

Los hipotéticos beneficios a más largo plazo se han atribuido a diversos mecanismos que pueden impactar sobre la salud física. Cada uno de estos modelos enfoca sobre distintos aspectos o componentes del humor y diferentes conceptualizaciones del sentido del humor. En primer lugar, un modelo se centra en el acto mismo de la risa, y en los cambios fisiológicos en los sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, endocrino, inmunológico y neuronal, asociados a ella (Fry, 1994). Por ejemplo, la risa está asociada a cambios en las catecolaminas circulantes y en los niveles de cortisol (Hubert y de Jong- Meyer, 1991, Hubert, Moller y de Jong-Meyer, 1993), y que a su vez puede tener un efecto importante en varios componentes del sistema inmune (Dantzer y Mormede, 1995). Igualmente las hipótesis que se han propuesto acerca de los posibles efectos beneficiosos de la risa vigorosa, se atribuyen a reducir la tensión muscular, a incrementar el oxígeno en sangre, ejercitar el corazón y aparato circulatorio y a la producción de endorfinas (Fry, 1994). Según este modelo, el acto de reír es un componente crucial y los beneficios saludables no se pueden esperar de la misma forma con el humor y la diversión percibidos, pero en ausencia de risa. Existen, por ejemplo, técnicas de "risoterapia" basadas en la idea de forzar la risa en ausencia del humor (Kataria, 2005).

Un segundo posible mecanismo por el que el humor puede afectar a la salud es a través del estado emocional positivo que acompaña a la risa y el humor (Argyle, 1997). Así las emociones positivas independientemente de cómo han sido generadas pueden tener efectos analgésicos, estimular la inmunidad o tener un efecto neutralizador de las secuelas de las emociones negativas (Fredrickson, 1998). El humor y la risa pueden ser una de las maneras de neutralizar las emociones negativas junto a otras emociones positivas como el amor, la esperanza, la alegría o la felicidad.

Un tercer mecanismo potencial está relacionado con la hipótesis del efecto moderador del humor sobre el estrés. Aquí, los beneficios del humor se refieren al afrontamiento o el control del estrés debido a la valoración cognitiva que proporciona el sentido del humor como perspectiva o visión de la vida (Martin, Kuiper, Olinger y Dance, 1993), y la reducción del estrés que proporciona

la risa (Yovetich, Dale y Hudak, 1990). En este sentido más que tener efectos sobre la salud fisiológica, el humor tiene un efecto indirecto, interactuando con el nivel de estrés, reduciendo el grado del mismo que podría afectar adversamente a la salud. Hay evidencia de que las experiencias estresantes pueden tener efectos adversos en varios aspectos de la salud incluyendo el sistema inmune (Adler y Hillhouse, 1996), un incremento de enfermedades infecciosas (Cohen, 1998) o enfermedades cardíacas (Esler, 1998) a través de la activación del eje hipotálamo-pituitario y del sistema simpático-adrenal. Según este modelo, el elemento importante es el elemento cognitivo del humor, más que la risa. El sentido del humor puede ser una variable moderadora del estrés, aportando una perspectiva nueva en las situaciones estresantes, estrategia adaptativa similar a la reinterpretación positiva. Esto significa que el efecto beneficioso del humor se produciría durante los momentos de estrés y adversidad, siendo menos relevante para la salud en circunstancias no estresantes. Esta visión también introduce la posibilidad de que ciertas formas o estilos de humor puedan ser más adaptativos y estimuladores de la salud que otros. Por ejemplo, el humor sarcástico o cínico que sirve como un mecanismo de defensa de evitar o negar, puede ser menos propicio para adaptarse al estrés que las formas más positivas del humor.

Finalmente, el hipotético efecto benéfico sobre la salud del humor puede estar mediado por el soporte social. Así los individuos con un gran sentido del humor pueden ser más competentes y atractivos socialmente, resultando más cercanos y con más satisfacción en las relaciones sociales. El mayor nivel de soporte social resultante puede a su vez conferir efectos inhibidores del estrés y estimuladores de la salud, un efecto que numerosos estudios han demostrado (Cohen, 1988; Cohen, Underwood y Gottlieb, 2000). En este modelo, el foco está en los aspectos interpersonales del humor y la competencia social con la que el individuo expresa el humor en un contexto relacional más que la simplicidad de la respuesta de reír o el aspecto estimulante de la comedia.

Uno de los motivos para la cautela en este campo es que no todos los estudios han encontrado una relación positiva entre humor y salud. Una de las mayores investigaciones realizadas en este campo, por ejemplo, contando con la participación de 65,000 personas, no logró detectar ninguna correlación entre el sentido del humor

(medido con la escala SHQ) y diversas medidas objetivas de salud (Svebak, 1996). Es interesante, sin embargo, que éste, como otros estudios (por ejemplo, Kuiper y Nicholl, 2004), sí detectó una relación entre sentido del humor y la *percepción subjetiva* de una mejor salud, ayudando a explicar quizás la popularidad de la idea de que el humor es saludable.

En algunas investigaciones incluso se ha llegado a constatar una relación *negativa* entre humor y salud: que las personas con un mayor sentido del humor sufren más enfermedades y una mayor mortalidad que aquellas más serias (Friedman, Tucker, Tomlinson-Keasey, Schwartz, Wingard y Criqui, 1993; Kerkkanen, Kuiper y Martín, 2004). El análisis de los resultados de estos estudios sugiere que las personas de disposición alegre, optimista y divertida pueden tener una mayor tendencia a participar en actividades arriesgadas y a descuidar sus dolencias físicas, contribuyendo a una peor salud.

Algunos investigadores han comenzado a adoptar una orientación más sofisticada, tratando de encontrar interacciones entre el sentido del humor y otros variables de la personalidad, o diferenciando entre distintos "sentidos del humor". Por ejemplo, un reciente estudio de 1000 personas encontró una interacción entre el sentido del humor y el sentido de la vida, en relación con los síntomas médicos. En el caso de participantes que daban un alto valor a su vida, un mayor sentido del humor estaba relacionado con una mejor salud, mientras que para aquellos que daban poco valor a su vida, la relación era la contraria: un mayor sentido del humor se relacionaba con una peor salud (Svebak, Gøtestam y Naper, 2004). También se han encontrado distintas relaciones entre la salud y diversos tipos de "sentido del humor". Por ejemplo, Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh (2004) encontraron una relación entre prácticas de humor positivo (para superar los obstáculos y los problemas, para reírse de los absurdos de la vida, o para hacer reír a los demás) y una mejor salud mental (menor depresión, ansiedad, y emociones positivas; mayor autoestima y emociones positivas). Pero esta relación no se daba en el caso de algunas prácticas de humor negativo (humor agresivo o maleducado) y se invertía en el caso de otras (auto-crítica ante los demás para hacer reír).

En conclusión, el humor sin duda puede desempeñar un papel importante en el proceso terapéutico, pero por

ahora sólo están confirmados algunos efectos más bien localizados, a corto plazo y preventivos o paliativos (tolerancia al dolor, reducción del estrés, afrontamiento y visión más positiva de la enfermedad...). Es posible, e incluso probable, que se confirme también la relación entre sentido del humor y salud, pero las últimas investigaciones sugieren que los beneficios quizás dependen del signo (positivo o negativo) del sentido del humor, y/o de su interacción con otros aspectos de la personalidad como el valor que la persona da a la vida.

EL HUMOR EN LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Diversos psicólogos han recomendado el uso del humor en la consulta, argumentando que puede proporcionar importantes beneficios en el desarrollo de la relación psicoterapéutica y el trabajo de crecimiento del paciente (Forsyth, 1993; Fry y Salameh, 1987, 1993, 2001). Según estos profesionales, el humor puede servir para establecer la relación terapéutica de manera adecuada, para orientar el diagnóstico, para facilitar la expresión de las emociones y el trabajo emocional, y para ayudar al paciente a observarse y distanciarse de sus problemas.

En primer lugar, puede emplearse el humor sencillamente para suavizar el contacto entre el paciente y el terapeuta. Por ejemplo, puede ayudar a establecer la comunicación entre ambos, a fortalecer la alianza terapéutica, a reducir posibles hostilidades o ansiedad que se pueda producir durante la sesión y a convertirla en una experiencia más gratificante. Brooks (1994, citado en Bernet, 2004: 141-142) cuenta un ejemplo dramático del uso del humor al comienzo de su primera reunión con un catorceañero conflictivo:

Me trajeron al joven Jim por sus pobres resultados académicos, sus pequeños hurtos en las tiendas y su hostilidad hacia su familia. Al entrar en la oficina del terapeuta la primera vez, Jim dijo, "Eres el psicólogo más feo que he visto en mi vida." Brooks rápidamente consideró sus opciones y escogió una que era tanto humorística como desconcertante para su nuevo paciente. ¡Brooks propuso realizar la entrevista desde el armario para que Jim no tuviera que mirarle! La segunda sesión procedió de la misma manera —a Jim le siguió pareciendo que el terapeuta era feo y Jim le pidió que volviera al armario. Al inicio de la ter-

cera sesión, Jim dijo, “No eres tan feo como creí al inicio. Hoy no hace falta que te metas en el armario.”

En segundo lugar, un análisis del uso del humor por parte del paciente puede facilitar el diagnóstico. Desde Freud (1905), diversos psicólogos han pedido a sus pacientes que cuenten su chiste favorito para bucear en el subconsciente, con la idea de que, como en el caso de los sueños, estos expresan temas importantes en la vida mental del paciente. Por otro lado, una risa excesiva o nerviosa, o un sentido del humor cruel, sarcástico o simplemente ausente puede dar pistas al terapeuta a la hora de individuar problemas. Los temas más sensibles a veces pueden reconocerse por la falta de humor que los rodea, mientras que la capacidad de reírse de un problema puede ser la señal de que la situación ya se está superando.

Una de las ventajas más citadas es la capacidad del humor para comunicar mensajes potencialmente volátiles, amenazantes o difíciles, que a menudo surgen en el entorno terapéutico. El humor favorece un marco propicio para la expresión de las emociones, y en concreto permite que las expresiones de hostilidad y de otras emociones negativas resulten más aceptables. También puede servir para romper las defensas del individuo, permitiendo que éste pueda cambiar de actitud, expresarse o reconocer una verdad sin sentirse amenazado. Waleed Salameh, uno de los más prolíficos autores en este campo, ha desarrollado todo un “sistema de auto-mejoramiento” basado en el uso de cuentos, refranes y parábolas humorísticas que consiguen comunicar un mensaje relevante al paciente de una manera divertida y a la vez aguda (Salameh, 2004). Un paciente puede ofenderse o resistirse si el terapeuta le dice que su comportamiento es absurdo (por ejemplo, que está buscando la solución a sus problemas en el lugar equivocado). Pero si le cuenta el chiste del loco que busca sus llaves debajo de la farola (no porque las perdió allí sino porque allí hay más luz), a lo mejor consigue que su paciente encaje mejor el mensaje, primero riéndose (del personaje del chiste, y quizás de sí mismo) y luego considerando la propuesta del terapeuta con mayor interés.

También existen terapias concretas que han empleado el humor como herramienta con una función muy específica. Un ejemplo es el uso del humor en el tratamiento de fobias desarrollado por Ventis, Higbee y Murdock

(2001) como variación del clásico paradigma de la desensibilización progresiva. Este terapeuta pide al paciente que desarrolle chistes y viñetas relacionadas con el objeto de su temor —arañas, serpientes, oscuridad, etc— para ayudarlo a reemplazar las emociones negativas asociadas a su fobia con la emoción positiva de la risa. Con este método, Ventis ha obtenido resultados al menos equiparables con los métodos más tradicionales.

Finalmente, el sentido del humor puede permitir al paciente observarse de una manera más objetiva y distanciada sin sentirse amenazada, ayudándole a superar su drama y verlo desde el punto de vista cómico. Puede ayudar al paciente a crear una distancia psicológica entre sus problemas y su identidad personal, creando un “yo” más resistente y sano. Albert Ellis (1980), en su *Terapia Racional Emotiva*, recomendaba confrontar al cliente con sus creencias irracionales, exagerándolas hasta el absurdo, para provocar una perspectiva cómica sobre el propio comportamiento y las ideas disfuncionales. En el programa de los “12 Pasos” de Alcohólicos Anónimos, los participantes cuentan anécdotas reales de comportamientos absurdos e incoherentes cometidos bajo la influencia del alcohol ante las risotadas de todo el grupo, ayudándoles a crear una barrera entre su antigua personalidad y la nueva persona sobria que quieren ser (Brown, 2004).

Diversos terapeutas han expresado serias dudas sobre la idea de emplear el humor en la consulta, e incluso la mayoría de quienes recomiendan esta práctica reconocen que puede tener contraindicaciones. El 1971, Lawrence Kubie escribió un influyente artículo titulado “El potencial destructivo del humor en la psicoterapia” en el que exponía algunos de estos posibles peligros. Según Kubie y otros autores, el humor puede emplearse para evitar la comunicación de sentimientos dolorosos, inhibiendo o estancando el progreso terapéutico. Si el paciente lo interpreta como sarcasmo o falta de respeto hacia su persona, su familia u otro grupo social, puede tomarse como una forma de ataque y generar conflicto u hostilidad. Si permitimos que el paciente emplee un humor auto-destructivo o negativo, podemos contribuir al problema en vez de resolverlo. Utilizado en exceso, puede ocasionar dudas en el paciente y hacer perder la confianza en el profesional. En relación a estos peligros, los profesionales que recomiendan el humor en la terapia advierten que se refieren al “humor positivo”, como

lo hemos definido anteriormente: constructivo y no destructivo, integrador y no agresivo, orientado a la superación de los problemas, y sobre todo adaptado al momento, al paciente y al estilo del terapeuta. También reconocen que a veces pueden cometerse errores, pero que vale la pena correr el riesgo. A Albert Ellis le preguntaron una vez si no había tenido experiencias en las que el humor tuvo el efecto contrario al deseado. Respondió: "Sí, pero también he tenido experiencias en las que la seriedad tuvo el efecto contrario al deseado" (citado en Chance, 2004).

EL SENTIDO DEL HUMOR EN LAS PROFESIONES DE LA SALUD

El humor positivo es relevante no sólo a la salud de los enfermos físicos y psíquicos sino también a la de los cuidadores —médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas, familiares— que deben atender a sus necesidades y fomentar su recuperación y bienestar. La atención sanitaria a menudo resulta altamente estresante, porque a las presiones, escasez de recursos y problemas asociados a cualquier trabajo se añaden situaciones emocionales límite, escenas altamente desagradables, responsabilidades extremas, peligros de muerte y otros elementos que fácilmente alteran el equilibrio mental del cuidador.

Una gran cantidad de ése estrés se debe a la falta de estrategias de adaptación (Decker y Borgen, 1993). En la formación pre y postgrado han quedado relegados a un segundo plano aspectos importantes para el profesional como el desarrollo del autocontrol, la autoestima, la automotivación o las maneras de mejorar el estado de ánimo. El aprendizaje, cultivo y desarrollo de actitudes positivas y creativas no obtienen prioridad alguna en los planes de estudio. Términos como alegría, solidaridad, optimismo y buen humor, no aparecen en los programas, ni desde un punto de vista teórico ni práctico.

Por otro lado, diagnosticar, cuidar y tratar la salud de otras personas requiere altas dosis de energía, especialmente si los profesionales han de convertirse en modelos de optimismo y buen humor para un ser humano que sufre. En la medida que el sentido del humor es capaz de infundir en el profesional esta energía psíquica, y ayudarle a controlar y superar su impotencia, puede resultar muy beneficioso para todas las personas del entorno.

Las relaciones entre los elementos estresantes del trabajo y las estrategias de adaptación por parte de los profesio-

nales suponen un binomio de gran impacto a la hora de percibir e interpretar los problemas. Las personas más adaptadas interpretan que tienen menos problemas y padecen menos estrés. Recientes investigaciones apuntan la idea de que una de las estrategias que mejor fomenta la ayuda encaminada a una buena adaptación es la utilización del sentido del humor en el trabajo (Mornhinweg y Voigner, 1995; Decker y Rotondo, 1999; Cohen, 2001; Spitzer, 2001; Yates, 2001).

El profesional de la salud debe atender no sólo a las necesidades del paciente, sino también a sus propias demandas de cuidado. Los años de profesión enseñan que hay que aprender a mantener un estado de ánimo saludable y optimista, a mostrarse coherente y empático, que resulta más positivo para el ambiente de trabajo no enfadarse con el personal del equipo, no exagerar los problemas, dedicar un tiempo a divertirse y disfrutar de la vida, y que no es saludable dejarse llevar en exceso por los acontecimientos del día a día.

EL PAPEL DE LA RISA EN LA AMPLIACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL REPERTORIO INDIVIDUAL

Fredrickson (1998; 2000) propone que las emociones positivas pueden ampliar el repertorio de pensamientos y acciones del individuo y fomentar la construcción de recursos para el futuro. Esta teoría de "ampliación y construcción" (*broaden and build*) tiene interesantes aplicaciones en el caso de la risa.

Por un lado, diversos investigadores y teóricos han notado el poder cohesivo del humor (o por lo menos del humor positivo, ya que el negativo puede tener el efecto contrario) (Martineau, 1972). La risa es un fenómeno predominantemente social y que cuando se comparte produce un efecto de acercamiento y de reducción de las distancias, o incluso de reducción de conflictos y hostilidades. Por lo tanto, la risa puede fomentar la construcción de los lazos interpersonales y grupales que todo individuo necesita para sobrevivir, desarrollarse y realizarse como persona y miembro de la sociedad.

Quizás el aspecto del fenómeno más interesante desde el punto de vista de "ampliación y construcción", sin embargo, sea el del juego, una práctica íntimamente asociada con la risa desde sus orígenes evolutivos. Recientes investigaciones han confirmado que no sólo ríen algunos simios sino todos (o por lo menos muchos) mamíferos,

incluidos los perros y las ratas (Panksepp, 2005). Esta “proto-risa” (inaudible o irreconocible como tal por nuestra especie) se produce en situaciones de juegos de lucha, persecuciones, cosquillas, etc. En el ámbito humano, quienes más ríen son los niños, y cuando más ríen es también precisamente durante el juego. El juego estimula la risa. La risa, o más bien la recompensa emocional del placer que proporciona, estimula el juego. Y el juego, una práctica de futuras competencias, permite ir creciendo y desarrollándose como persona y miembro de la sociedad. Los niños, que aun lo tienen todo por aprender, juegan con su entorno, sus compañeros y sus cuidadores para ir aprendiendo a moverse, a percibir, a relacionarse, a comunicarse y a realizar todas las rutinas y actividades requeridas por su cultura.

La risa puede interpretarse en este contexto como una señal de que “lo que está sucediendo no es verdadero, no es peligroso, no es real, no es importante, no es adecuado”. El ataque lúdico de un león es difícil de diferenciar, objetivamente, de una agresión potencialmente mortífera. Pero la señal de la “risa” emitida comunica que no hay de qué preocuparse. Al mismo tiempo, estas luchas “en broma” permiten a los leones desarrollar sus capacidades para el ataque y la defensa, capacidades fundamentales a la hora de cazar y defender su territorio.

En el ser humano, el aprendizaje mediante el juego también comienza con estas luchas y persecuciones, pero va mucho más allá, extendiéndose a otros terrenos como la competencia social, sexual y lingüística. Los niños, por ejemplo, juegan con las palabras para probar significados, riéndose de un uso incorrecto propio o ajeno para probar que han entendido el significado real. Más adelante, los adolescentes bromea con los conceptos del sexo para ir probando y examinándose sobre este ámbito de la vida al que comienzan a acceder. En cada fase de la vida, los nuevos desafíos y entornos proporcionan nuevas oportunidades para el aprendizaje mediante el juego y el humor, hasta el momento mismo de la muerte, quizás el mayor desafío que integrar.

Es destacable que en las últimas décadas, en el campo de la pedagogía, diversos autores han propuesto una mayor integración del humor y el juego en la práctica educativa, argumentando precisamente que esta metodología se adapta mejor a nuestra manera natural de aprender (Fernández Solís, 2002).

EL SENTIDO DEL HUMOR COMO FORTALEZA

En 1999, inspirados por la visión de la incipiente ‘Psicología Positiva’, Martin Seligman y Christopher Peterson se embarcaron en un ambicioso proyecto para tratar de descubrir en primer lugar si existía una serie de virtudes humanas reconocidas en todas o casi todas las culturas, y en segundo lugar de identificarlas. El resultado fue una clasificación de seis virtudes principales y 24 “rutas” para practicarlas –las *signature strengths* o fortalezas.

Las fortalezas y virtudes son rasgos de la personalidad duraderas, y concretamente características positivas que aportan sensaciones placenteras y gratificación. Debemos tener en cuenta que los sentimientos son estados, acontecimientos momentáneos que no tienen por qué repetirse en el tiempo. Van y vienen según las experiencias y la manera de interpretarlas. Los rasgos, a diferencia de los estados, son características positivas o negativas que hacen que sentimientos momentáneos (del mismo signo) sean más probables. El rasgo negativo de la paranoia incrementa la probabilidad de que aparezca el estado momentáneo del miedo, del mismo modo que el rasgo positivo de la apreciación de la belleza hace que sea más probable experimentar momentos de placer estético.

El sentido del humor es un rasgo positivo porque hace que la persona que lo tiene puede experimentar la risa, el placer subjetivo asociado a ella, los diversos beneficios psico-físicos que puedan derivarse de ella, y la gratificación de hacer reír a los demás, más frecuentemente. Seligman y Petersen lo incluyeron en su lista de 24 fortalezas, al cumplir los tres criterios que emplearon para seleccionar esta lista de rasgos positivos:

- Que se valoren en prácticamente todas las culturas.
- Que se valoren por derecho propio, no como medio para alcanzar otros fines.
- Que sean maleables.

Debería aclararse, sin embargo, que lo que probablemente se valora en todas las culturas es un sentido del humor *positivo*, ya que el humor negativo a menudo produce rechazo y censura social.

Desde el punto de vista de la psicología positiva, el sentido del humor no se trata de un mero remedio para prevenir o ayudar a superar la enfermedad, sino una virtud que fomenta un mayor bienestar y disfrute de la vida, e incluso, como hemos visto, el crecimiento hacia una mayor humanidad y plenitud. En este sentido es in-

interesante notar que diversas culturas consideran que un sentido del humor positivo es tanto el resultado como la causa de un elevado nivel de sabiduría o madurez emocional.

En las disciplinas místicas de oriente, y en algunas tradiciones de la psicología occidental, una disposición risueña se considera la señal de una persona altamente desarrollada (Jáuregui, 2004). Las representaciones artísticas del Buda, por ejemplo, muestran al maestro de esta tradición sonriendo plácidamente o incluso riendo a carcajadas, una risa que diversos textos budistas relacionan con la gran ilusión (broma?) de las apariencias que según el budismo engaña al ser humano. En la tradición del yoga, uno de los ocho preceptos morales más importantes es Santosha, el deber de cultivar una actitud lúdica y alegre. De hecho, algunos de los líderes espirituales orientales más conocidos y venerados en Asia, como el actual Dalai Lama o Mahatma Gandhi, han demostrado un admirable sentido del humor a pesar de trayectorias vitales llenas de grandes tragedias personales, cargas de responsabilidad importantes y todo tipo de dificultades.

Al mismo tiempo, estas mismas tradiciones, y otras muchas, han recomendado el uso del humor positivo para superar las emociones negativas y las ataduras del ego, y así alcanzar la sabiduría. Las paradojas zen, por ejemplo, fuerzan al practicante a confrontarse con el absurdo para superar las limitaciones del lenguaje y el pensamiento, tratando de provocar un momento de iluminación o *satori* mediante la risa. Más cercanos a nuestra propia experiencia, los festivales y ritos que celebran la risa, la locura creativa, el juego, la sátira, la broma y el engaño (las fiestas españolas —en especial las Fallas Valencianas—, el fin de año, el “día de los inocentes”) existen prácticamente en todas las culturas, proporcionando un escape de la rigidez mental que caracteriza el grueso de nuestras vidas.

Un sentido del humor positivo, en su máxima expresión, permite al ser humano afrontar los problemas y desajustes de la vida porque pone su vida entera en perspectiva. El ego, y todas sus ataduras, se observan con distancia, como si el mundo fuera un gran teatro y el individuo pudiera disfrutar el espectáculo desde las butacas. Puede reírse de sí mismo y de todo, porque entiende que nada es tan importante como parece. Desde ese punto de vista, los pequeños y grandes problemas, los errores e imperfecciones, los desastres y las amenazas,

ya no asustan ni intimidan. Desde ese estado de sabiduría, todo es vanidad, todo es ridículo, y las mayores logros y hazañas de la humanidad no es más que el trabajo de minúsculas e inocentes hormiguitas en un universo que escapa por completo a su limitada comprensión. Como dijo Charles Chaplin, “La vida es una tragedia en el primer plano, pero una comedia en el plano general”. Este es el punto de vista del Buda, del bufón y del juerguista de los Sanfermines.

REFERENCIAS

- Adler, C.M., y Hillhouse, J.J. (1996). Stress, health and immunity: A review of the literature. En T.W. Miller (Ed.) *Theory and assessment of stressful life events* (pp. 109-138). Madison, CT: International Universities Press.
- Allport, G. W. (1980). *La personalidad*. Barcelona: Herder.
- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health?. *Psychology and Health*, 12, 769-781.
- Bernet, W. (2004). La importancia del humor en la psicoterapia con niños y adolescentes. En W. Fry y W.A. Salameh, *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Brown, S. (2004). El Humor y el proceso de recuperación en 12 pasos. En W. Fry y W.A. Salameh, *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Buxman, K. (1991). Humor in therapy for the mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing*, 29(12):15- 18.
- Camps, V. (1999). *Qué hay que enseñar a los niños*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- Carbelo, B. (2003). El humor en la Universidad. *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza*, 52, 125-130.
- Carbelo, B. (2005). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de las salud*. Barcelona. Editorial Masson.
- Chance, S. (2004). La comedia, la tragedia y la empatía. En W. Fry y W.A. Salameh, *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Chapman, A. J. (1983). Humor and Laughter in Social Interaction and Some Implications for Humor Research. *A Handbook of Humour Research*, Vol. I, P.E. McGhee and J.H. Goldstein, eds., New York: Springer-Verlag.

- Chapman, A.J., y Foot, H.C. (1996). *Humor and laughter. Theory, research and applications*. London; New York: Willey.
- Cohen, M. (2001). Happiness and humour. *Australian Family Physician*, 30, 17- 19.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S., Underwood, L.G., y Gottlieb, B.H. (Eds) (2000) *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Dantzer, R., y Mormede, P. (1995). Psychoneuroimmunology of stress. En B.E. Leonard & K. Miller (Eds.), *Stress, the immune system and psychiatry* (pp. 47-67). Chichester, England: Wiley.
- Decker, P.J., Borgen, F.H. (1993). Dimensions of work appraisal: stress, strain, coping, job satisfaction, and negative affectivity. *Journal of Counselling Psychology*, 40, 470- 478.
- Decker, W.H., Rotondo, D.M. (1999). Use of humor at work: predictors and implications. *Psychological Reports*, 84, 961- 968
- Eastman, M. (1921) *The Sense of Humor*, New York: Charles Scribner's Sons.
- Ellis, A. (1980) *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Fernandez Solís, J.D. (2002). Pedagogía del Humor, en Idígoras, A. R., *El Valor Terapéutico del Humor*, Desclee de Brouwer.
- Forsyth, A.S. (1993). Humor and the psychotherapeutic process. *British Journal of Nursing*, 19, 957-961.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Wellbeing. *Prevention & Treatment*, Volume 3, 2000.
- Friedman, H., Tucker, J.S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J., Wingard, D., Criqui, M. (1993). Does childhood personality predict longevity. *Journal of personality and Social Psychology*, 65 (1), 176-185.
- Freud, S. (1979). *El Chiste y su Relación con el Inconsciente*. Madrid, España: Alianza, publicado por primera vez en 1905.
- Fry, W.F. (1994). The biology of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 7, 111-126
- Haig, R.A. (1986) Therapeutic uses of humor. *American Journal of Psychotherapy*, 40, 543-553.
- Hampes, W.P. (1993). Relation between humor and generativity. *Psychology Reports*, 73, 131- 136.
- Hampes, W.P. (1994). Relationship between intimacy and the multidimensional sense of humor scale. *Psychological Reports*, 74, 1360- 1362.
- Hubert, W., de Jong- Meyer, R. (1991). Autonomic, neuroendocrine, and subjective responses to emotion-inducing film stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, 11, 131-140.
- Hubert, W., Moller, M., de Jong-Meyer, R. (1993). Film-induced amusement changes in saliva cortisol levels. *Psychoneuroendocrinology*, 18, 265-272.
- Humke, C., Schaefer, C. E. (1996). Sense of humor and creativity. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 544- 546.
- Jáuregui, E. (1998). *Situating Laughter: Amusement, Laughter and Humor in Everyday Life*. Tesis Doctoral. Instituto Universitario Europeo.
- Jáuregui, E. (2004). Life's a Laugh and Death's a Joke: The Relevance of Dramaturgical Theory to 'Therapeutic Humor'. Ponencia en la 16ª Conferencia del *International Society for Humor Studies* (Dijon, Francia).
- Kataria, M. (2005). Laughter Yoga. Online: www.laughteryoga.org.
- Kerkkanen, P., Kuiper, N., Martin, R.A. (2004). Sense of Humor, physical health and wellbeing at work: A three year longitudinal study of Finnish police officers. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.
- Kubie, L.S. (1971). The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 127: 861-66.
- Kuiper, N.A., Nicholl, S. (2004). Thoughts of feeling better? Sense of humor and physical health. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.
- Kuiper, N.A., Grimshaw, M., Leite, C., Kirsh, G. (2004). Specific components of sense of humor and psychological wellbeing. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.
- Latta, R.L. (1999). *The Basic Humor Process*. Humor Research. New York: Walter de Gruyter.
- Martin, R.A. (2004) "Sense of Humor and Physical Health". Special Double Issue on Humor and Health. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.

- Martin, R.A., Kuiper, N., Olinger, J., Dance, K. (1993). Humor, coping with stress, self concept and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research*, 6, 89-104.
- Martin, R.A., Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 520-525.
- Martin, R.A., Lefcourt, H.M. (1984). Situational humor response questionnaire: quantitative measure of sense of humor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 145- 155.
- Martineau, W.H. (1972). A Model of the Social Functions of Humor. *The Psychology of Humor*, J.H. Goldstein and P.E. McGhee, eds., New York: Academic Press.
- Maruta, T., Colligan, R., Malinchoc, M., Offord, K. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 140-143.
- Mornhinweg, G.C., Voignier, R.P. (1995). Holistic nursing interventions. *Orthopedic Nursing*, 14, 20-24.
- Nussbaum, M. (2001). *Upheavals of thought. The intelligence of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reiss, A.L, Mobbs, D., Greicius, M.D., Eiman, A.A., Menon, V. (2003). Humor Modulates the Mesolimbic Reward Centers. *Neuron*, 40, 1041-1048.
- Salameh, W. (2004). Un sistema de automejoramiento en competencias emocionales para el crecimiento personal y su más fácil absorción mediante el humor. En W. Fry y W.A. Salameh, *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Sartre, J.-P. (1971). *Bosquejo de una teoría de las emociones*. Madrid: Alianza.
- Seligman, M.E.P. (2002a). *Authentic Happiness*. London: Nicholas Brealey.
- Seligman, M.E.P. (2002b). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Solomon, R. C. (1993). *The passions: Emotions and the meaning of life*. Indianapolis: Hackett.
- Spitzer, P. (2001). The clown doctors. *Australian Family Physician*, 30, 12- 16.
- Svebak, S. (1974). Revised questionnaire on the sense of humor. *Scandinavian Journal of Psychology*, 15, 328-331.
- Svebak, S. (1996). The development of sense of humor questionnaire: from SHQ to SHG-G. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9(3-4), 341-361.
- Svebak, S., Gotestam, K.G., Naper, E. (2004). The significance of sense of humor, life regard, and stressors for bodily complaints among high school students. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.
- Svebak, S., Martin, R., Holmen, J. (2004). The prevalence of sense of humor in a large, unselected county population in Norway: Relations with age, sex and some health indicators. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.
- Thorson, J.A., Brdar, I., Powell, F.C. (1997). Factor-analytic study of sense of humor in Croatia and the USA. *Psychological Reports*, 81, 971- 977.
- Thorson, J.A., Powell, F.C. (1991). Measurement of sense of humor. *Psychological Reports*, 69, 691-702.
- Thorson, J.A., Powell, F.C. (1993a). Sense of humor and dimensions of personality. *Journal of clinical Psychology*, 49, 799- 809.
- Thorson, J.A., Powell, F.C. (1993b). Development and validation of the multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 13- 23.
- Thorson, J.A., Powell, F.C. (1993c). Relationships of death anxiety and sense of humor. *Psychological Reports*, 72, 1364- 1366
- Thorson, J.A., Powell, F.C., Sarmay-Schuller, I., Hampes, W.P. (1997). Psychological Health and sense of humor. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 605- 619.
- Vaillant, G.E., Vaillant, C.O. (1990). Natural history of male psychological health: XII. A 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.
- Ventis, W., Higbee, L. G., Murdock, S.A. (2001). "Using Humor in Systematic Desensitization to Reduce Fear". *Journal of General Psychology* 128.2: 241-253.
- Yates, S. (2001). Finding your funny bone. Incorporating humor into medical practice. *Australian Family Physician*, 30, 22-24.
- Yovetich, N.A., Dale, J.A., Hudak M.A. (1990). Benefits of Humor in Reduction of Threat Induced Anxiety. *Psychological Reports*, 55: 51-58.
- Zweyer, K., Velker, B. Ruch, W. (2004). Do cheerfulness, exhilaration and humor production moderate pain tolerance?, A FACS study. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.

CREATIVIDAD CREATIVITY

María Luisa Vecina Jiménez
Universidad Complutense

Este trabajo se enmarca en el contexto de la Psicología Positiva y en él se defiende que la creatividad no es algo excepcional al alcance de unos pocos elegidos. Las diferentes líneas de investigación en las que la Psicología viene trabajando desde hace más de cincuenta años parecen converger hoy en algunas premisas básicas que animan a quienes pensaban que la creatividad era un campo vedado a superar algunos mitos y a explorar la creatividad personal cada día.

Palabras clave: creatividad, psicología positiva.

This article belongs to the field of Positive Psychology and defends that creativity is not something extraordinary within the reach of a small group of chosen people. The different psychological researches done on creativity during more than fifty years at present converge on some basic ideas that encourage sceptics to overcome some of the myths and to explore personal creativity everyday.

Key words: creativity, positive psychology.

La creatividad es un tema de estudio que podríamos calificar de trascendental por sus consecuencias personales, sociales, culturales, e incluso, económicas. Tiene que ver con la ejecución de las personas en contextos muy diversos y con su funcionamiento óptimo, con la innovación, con la solución de problemas de todo tipo, con los avances científicos y tecnológicos, con los cambios sociales, etc., etc.. En definitiva la creatividad puede ser considerada como una de las características más importantes del ser humano y por tanto de sus producciones.

Más allá de estas pocas ideas generales resulta difícil seguir hablando de creatividad sin que reine el desconcierto. De hecho observamos con cierta decepción que los trabajos sobre esta materia o bien son un compendio de creencias y opiniones no verificables o, por el contrario, indagan cuestiones científicas tan específicas que resultan irrelevantes para la mayoría de las personas. Y es que el estudio de la creatividad, por su naturaleza misma, parece en muchas ocasiones incompatible con las exigencias de una ciencia, al menos de una ciencia predictiva (Popper, 1956), pero no por ello dejamos de percibirla por todos sitios y de sentir la necesidad de profundizar en su estudio.

A pesar de su complejidad, la Psicología ha estado empeñada desentrañar sus misterios desde hace décadas. Existe cierto consenso en atribuir el interés moderno por este tema a J. P. Guilford, eminente psicólogo america-

no, que en 1950 pronunció una brillante conferencia ante la Asociación Americana de Psicología, titulada "Creativity" (Guilford, 1950).

INVESTIGACIONES SOBRE CREATIVIDAD

Una panorámica general sobre las líneas de investigación desarrolladas por la Psicología permite observar que la creatividad ha sido estudiada desde diferentes enfoques que, más que opuestos, se podrían considerar complementarios y convergentes (Sternberg, 1996).

Las primeras aproximaciones al tema se centraron en el estudio de biografías de personajes considerados genios creativos (Cox, 1926; Galton, 1869; Gardner, 1993; Simonon, 1975a), aunque las dificultades técnicas y metodológicas de esta aproximación hacen aconsejable valorar con prudencia estos resultados. También han sido analizadas las características y rasgos de personalidad de personas normales y corrientes a las que se les han aplicado pruebas de lápiz y papel bajo el supuesto de que la creatividad es un rasgo normalmente distribuido en la población (Guilford, 1967; MacKinnon, 1965, 1978; Nicholls, 1972; Runco, 1991; Torrance, 1988). Otra importante y fructífera línea de investigación se ha centrado en los procesos cognitivos de percepción, razonamiento y memoria implicados en la resolución de problemas. Desde este enfoque, la creatividad es el resultado extraordinario del funcionamiento de procesos y estructuras ordinarias y se reduce concretamente a procesos de asociación, síntesis, transferencia analógica, utilización de categorías amplias, recuperación de datos, etc. (Boden, 1991; Finke, 1990; Finke, Ward y

Smith, 1992; Johnson-Laird, 1988; Newell, Shaw y Simon, 1958; Smith, Ward y Finke, 1995; T. B. Ward, Smith y Vaid, 1997; Weisberg, 1993).

En menor medida se han analizado los posibles determinantes ambientales, sociales y culturales de la creatividad, como por ejemplo, la influencia de la diversidad cultural, de los conflictos bélicos, de la disponibilidad de modelos y de recursos (Lubart, 1990; Simonton, 1975b, 1984, 1998), de las recompensas externas e internas (Amabile, 1982, 1983) y también la influencia del ámbito disciplinar en el que las producciones creativas tienen lugar (Csikszentmihalyi, 1996).

Enfoques más operativos han estudiado las características del producto creativo, como por ejemplo su novedad, conveniencia, utilidad, calidad, parsimonia (Amabile, 1985; Barron, 1955; Besemer y Treffinger, 1981; Bruner, 1962; Getzels y Csikszentmihalyi, 1976; M. I. Stein, 1969).

Finalmente, otra aproximación, tal vez la más conocida, es la que se ha centrado en el desarrollo de la creatividad en contextos aplicados. El éxito comercial de técnicas como el "brainstorming" (Osborn, 1963) o los sombreros para pensar, "thinking hats" (De Bono, 1971, 1985, 1992), que enfatizan la necesidad de proponer tantas ideas como sea posible y de suspender la valoración de las mismas hasta momentos posteriores, ha servido para mejorar resultados en ámbitos muy diversos.

Obviamente esta diversidad de enfoques no puede dar lugar a una única definición de creatividad, de hecho cada enfoque aporta su propia definición, y ninguna de ellas elude el problema de la inexistencia de un criterio objetivo que permita llegar al consenso. En estas circunstancias Teresa Amabile (1983) aconseja dejar de buscar criterios definitorios totalmente objetivos y adoptar una definición operativa basada en criterios subjetivos fiables. Propone trabajar con definiciones como la que sigue:

"Un producto o respuesta es creativa en el momento en el que observadores apropiados, de forma independiente, están de acuerdo en que lo es. Observadores apropiados son aquellos familiarizados con el dominio en el que el producto se ha creado o la respuesta se ha articulado" (Amabile, 1982) (pág. 359).

Otra definición conceptual de la misma autora que permite intuir qué están analizando los observadores cuando asignan grados de creatividad, es la siguiente:

"Un producto o respuesta será juzgado como creativo en la medida en la que sea novedoso, apropiado, útil,

valioso a la hora de dar respuesta a un problema dado y la tarea en cuestión sea heurística, más que algorítmica (Amabile, 1982) (pág. 360).

Este tipo de definiciones que apelan a la intersubjetividad como criterio de objetividad son útiles para los investigadores porque permiten partir de algo consensuado que facilita hacer comparaciones fiables entre resultados. Sin embargo, para la inmensa mayoría de las personas que no están interesadas en aplicar de método científico a sus vidas diarias lo interesante es saber desarrollar y apreciar la creatividad en su entorno más próximo. Por ello, en este trabajo, enmarcado dentro de la Psicología Positiva, se pretende defender que la creatividad está al alcance de todos, que desarrollarla es posible y que tiene importantes efectos positivos.

¿QUÉ ES LA CREATIVIDAD?

Optando por una definición de mínimos que maximice el consenso entre quienes estudian este tema y las posibilidades de desarrollo se puede proponer que la creatividad es, ante todo, una forma de cambio.

Desde un punto de vista evolucionista, los humanos sentimos cierta ambivalencia hacia los cambios. Por una parte los apreciamos porque ello nos ha permitido adaptarnos de forma espectacular a todos los entornos en los que hemos vivido y, por otra, mostramos ciertas resistencias porque siempre vienen asociados a incertidumbre, inestabilidad, desorden y dificultan la predicción y el control del entorno. Nos movemos, por tanto, entre dos extremos en lo que a los cambios se refiere y donde resulta que lo adaptativo es funcionar mayoritariamente en los puntos medios. Trasladada esta idea al ámbito específico del estudio de la creatividad, podemos decir que la apreciamos, pero sin excesos. Es adaptativo y supone progreso introducir aspectos novedosos en los campos donde desplegamos nuestra inteligencia, pero siempre sobre una base de estabilidad sólida y de conocimiento validado socialmente porque, a falta de un criterio mejor, el consenso social resulta imprescindible.

Más concretamente puede afirmarse que crear es inventar posibilidades (Marina, 1993), es un ejercicio de libertad que en el reino animal sólo el cerebro humano puede desarrollar porque no está determinado por los estímulos externos, sino por los proyectos y metas que él mismo crea. El cerebro humano se construye creativamente a sí mismo (Edelman, 1987), viene sin programar y debe programarse para sobrevivir y eso puede ser considerado el ejercicio de creatividad más significativo

y vital. Si esto es así, los artistas reconocidos por sus magníficas obras, los científicos descubridores de lo invisible, los que han pasado a la historia de la humanidad por sus descubrimientos, simplemente han prolongado esa capacidad para buscar posibilidades que todos tenemos.

Desde este amplio enfoque, es creativa la persona que ve a partir de un conjunto de estímulos lo que antes no había visto o lo que nadie ha visto antes. Es creativo el proceso que ha llevado a la formulación de una nueva teoría, a la producción de una obra plástica inédita, al desarrollo de un producto ingenioso que soluciona alguna cuestión práctica, etc. Es creativo el producto, respuesta o idea concreta que reúne características de novedad, originalidad, utilidad, adecuación a un problema dado, etc.. Y es creativo también el proceso de percibir todo esto, porque al mirar un cuadro una persona puede percibir un conjunto de manchas de colores y otra puede percibir sugerentes formas de entender el mundo. Es posible que alguien juzgue a Dalí como un estrambótico sin sentido y quien vea en él el sumun de la originalidad provocadora, y es que muchas veces la falta de creatividad es más un problema de quienes tienen que apreciarla que de quienes la manifiestan en aportaciones concretas. Csikszentmihalyi plantea en este sentido que lo que frena la creatividad no es siempre la falta de productos, ideas, obras originales y novedosas, sino la falta de interés manifestada por los observadores. No sería por tanto una cuestión de oferta creativa sino de demanda y resulta paradójico que la mayoría de los intentos por potenciar la creatividad se centren en el lado de la oferta (Csikszentmihalyi, 1996).

ESTAMOS RODEADOS DE CREATIVIDAD

En todos los ámbitos en los que la inteligencia humana se despliega reina la creatividad. Tenemos ejemplos abundantes en la moda de cada temporada, en las continuas campañas publicitarias, en los inventos de uso cotidiano que han revolucionado nuestro entorno, desde la lavadora al ordenador, pasando por los posits, las tiritas, etc., en los inventos tecnológicos y en los descubrimientos científicos que nos llevan al espacio, en la cocina de autor, en la literatura, la pintura, la escultura, el teatro, el cine, la música, el diseño de interiores y de exteriores, etc. Tal vez nunca consigamos un acuerdo unánime sobre qué producciones concretas y qué personas merecen tal reconocimiento, tal vez haya que esperar un tiempo y juzgarlos retrospectivamente para

avanzar en ese sentido, pero lo que parece claro es que los cambios se suceden constantemente, que nuevas combinaciones de elementos nos sorprenden cada día y que si echamos la vista a atrás, aunque sólo sea unos años, observaremos que éstos han transformado la realidad cotidiana. Como afirma Boden *“creemos en la creatividad (...) porque la encontramos en la práctica”* (Boden, 1991) (pág. 51).

¿QUIÉNES SON LOS AUTORES DE LA CREATIVIDAD QUE NOS RODEA?

Ante todo son personas que disponen de un procesador biológico de información llamado cerebro, que en su gran mayoría pasan o han pasado desapercibidas y que ponen en marcha, de forma más o menos consciente, procesos cognitivos comunes y corrientes (Simth et al., 1995; Weisberg, 1993). Los estudios psicológicos desarrollados en este campo desvelan el misterio de la inspiración divina y lo sustituyen por conocimiento científico sobre procesos de asociación, verificación, activación residual (Bowers, Farvolden y Mermigis, 1995), procesamiento de imágenes visuales (Finke et al., 1992; Martindale, 1990; T. Ward, Smith y Finke, 1999), de pensamiento divergente (Guilford, 1967), etc.. El pensamiento creativo es, por tanto, accesible a cualquier persona y por ello también los resultados creativos (Simonton, 2000).

¿Quién no ha hecho algo que no había hecho antes, o de una forma distinta a como se venía haciendo a su alrededor?, ¿quién no ha tenido una idea nueva en una situación concreta, que además ha merecido la aprobación de los demás, y que le ha ayudado a mejorar su capacidad de adaptación al entorno y la de los que le rodean?, ¿quién no ha hecho una combinación atrevida de elementos en la cocina, en su vestuario, en la decoración de su casa, en la organización de su trabajo?. Si estas actuaciones no han sido juzgadas como creativas por los demás no es tanto porque no lo sean realmente como por una cuestión práctica: si todos somos creativos entonces la creatividad es una característica humana y no tiene mucho sentido hablar de ella. Lo esperable es ser creativo.

Decir que todos somos creativos es como no decir nada y en realidad no queremos no decir nada sobre este importante tema que ha contribuido tan notablemente a nuestra supervivencia. De hecho, identificamos y localizamos a personas creativas, hacemos rankings con ellas, indagamos en sus vidas para buscar explicaciones a su

creatividad porque ello ha debido resultar útil para nuestra adaptación. Valoramos como creativo a aquel individuo, todavía no está claro de qué especie, que vio por primera vez el potencial de un filo cortante en una simple piedra, a aquel que observó el ciclo de las estaciones y actuó en consecuencia, a aquel que plantó una semilla con la esperanza de que brotara una planta o fruto comestible, y más recientemente valoramos como personas creativas a Miguel Ángel, a Darwin, a Edison, a Mozart, a Picasso, a Marie Curie, a Bill Gates, etc. Las contribuciones de todas estas personas a las que hoy podemos llamar genios creativos son contribuciones de ejemplares concretos de nuestra especie, que han aprovechado las observaciones, el conocimiento, las aportaciones de otros y que han aportado algo más definitivo, digamos que han rizado el rizo y que por ello merecen tal etiqueta, merecen ser recordados y estudiados.

Las personas creativas no están hechas de materiales especiales. Decir lo contrario es una forma de hablar que pretende hacer más fácil el entendimiento. Todos estamos hechos de lo mismo y todos tenemos un gran potencial creativo. La creatividad es una cuestión de grado (Amabile, 1983; M. Stein, 1974, 1975; Sternberg y Lubart, 1995) y algunos estarán en el lugar adecuado, en el momento oportuno y con los recursos necesarios para hacer descubrimientos importantes que merezcan la consideración de creativos. Pero para que esto ocurra también hay que estar preparados, entrenados convenientemente y dispuestos para que en cualquier momento algo excepcional pueda pasar.

Desde el punto de vista de quienes perciben la creatividad y tienen que valorarla, hay que tener en cuenta las importantes limitaciones en percepción y memoria de las personas (Kahneman y Tversky, 1982). No podemos atender, ni recordar y ni por tanto apreciar a todos los que han destacado significativamente y mucho menos a todos los que hicieron contribuciones de menor magnitud pero necesarias para que otros hicieran descubrimientos más trascendentales. Es más práctico en estas circunstancias seleccionar a unos pocos, pegarles la etiqueta de creativos, estudiar sus características e intentar aprender de ellos.

Empezamos por esta cuestión práctica a hablar de creatividad como característica diferencial, que unos tienen y otros no. Nos preguntamos qué características tienen aquellos a los que hemos decidido etiquetar como creativos, cómo han vivido, en qué se diferencian del resto, etc., pero esto no es más que una estrategia que nos

permite profundizar y aprender más de quienes más han destacado y no una realidad, porque la realidad es que todos somos creativos. Y somos creativos porque no nos queda más remedio, porque aunque no queramos nuestro cerebro descubre, inventa, prueba, asocia y con ello crea nuevas posibilidades y cambia constantemente el entorno (Marina, 1993), para bien o para mal.

MITOS SOBRE LA CREATIVIDAD

Las investigaciones sobre creatividad han estado durante muchos años dominadas por el enfoque de los rasgos, en un intento de identificar precisamente las características de personalidad de las personas creativas (Nicholls, 1972). Como resultado, algunas otras áreas importantes han sido descuidadas, como por ejemplo la influencia de los contextos físicos, sociales y culturales en los que estas personas consideradas creativas han desarrollado sus producciones (Amabile, 1983). Además, se ha asumido generalizadamente que la creatividad no puede ser alterada y que las personas creativas pueden producir trabajos creativos en cualquier momento y en cualquier campo. Ninguna de estas suposiciones parece ser cierta. La creatividad puede desarrollarse y quienes se centran en campos específicos se ven obligados a descuidar otros (Csikszentmihalyi, 1996) porque ser creativo requiere de esfuerzo y eso es algo que desgraciadamente tenemos que dosificar.

Los estudios centrados en el proceso de desarrollo de la creatividad parecen indicar que el talento creativo excepcional se hace (Ericsson, 1996) y que manifestar creatividad en cualquier campo requiere un periodo de aprendizaje previo (Hayes, 1989; Simonton, 1991). La producción de ideas creativas no surge de la nada, más bien éstas surgen de personas que han desarrollado un amplio abanico de habilidades y que disponen de un rico cuerpo de conocimientos relevantes, previamente adquirido en contextos favorecedores (Simonton, 2000). Además, las ideas y producciones creativas pasan, después de ser producidas, por restrictivos procesos de selección en la opinión y valoración de los expertos del ámbito, de los que resulta que sólo unas pocas son consideradas merecedoras de pasar a la siguiente generación.

Más grave es la suposición de que creatividad y patología son fenómenos relacionados. Desgraciadamente es muy probable tachar de locos a quienes simplemente no entendemos. Además, la tendencia generalizada a sobrestimar el grado en el que dos acontecimientos ocu-

rran juntos, especialmente cuando uno de ellos suscita gran impacto emocional, pueden estar explicando esta infundada asociación. Hoy parece que esta conexión es algo puramente accidental (Amabile, 1993; Csikszentmihalyi, 1996; Rothenberg, 1990; Simonton, 2000). Son muchas más las personas consideradas creativas que han gozado de buena salud física y mental (Cassandro y Simonton, 2002). La capacidad para descubrir lo que uno puede hacer bien, y disfrutar haciéndolo, es el sello de las personas creativas (Csikszentmihalyi, 1996) y no el sufrimiento alimentado por modas románticas.

COMPONENTES DE LA CREATIVIDAD

La creatividad no depende de entes divinos ni de características excepcionales, sino que resulta de una constelación particular de características personales, habilidades cognitivas, conocimientos técnicos, circunstancias sociales y culturales, recursos y en gran medida de suerte.

Rasgos de personalidad

Los estudios realizados bajo el enfoque de los rasgos suelen coincidir en que las personas que juzgamos como creativas tienen algunas características comunes. Entre los rasgos que se les atribuyen destacan los siguientes: cierta tendencia al riesgo, inconformismo, gusto por la soledad y por el establecimiento de reglas nuevas, independencia de juicio y tolerancia a la ambigüedad (Eysenck, 1993; MacKinnon, 1965; Martindale, 1989; Simonton, 1999; Sternberg, 1985).

Inteligencia y capacidad de trabajo

Las personas juzgadas como creativas suelen ser trabajadoras y muy constantes. Durante años han estado empeñadas en dominar un ámbito de especialización concreto, por lo que disponen de habilidades relevantes en dominios de actuación concretos. Por ejemplo, poseen conocimiento preciso de paradigmas, teorías, técnicas, corrientes de opinión (Amabile, 1983; Csikszentmihalyi, 1996). Obviamente, no se puede ser creativo en nanotecnología si no se sabe nada de nanotecnología, ni se puede ser un pintor creativo si no se sabe que de la mezcla del azul y del amarillo sale el verde. La inteligencia es un componente necesario para la adquisición de conocimientos y de habilidades, pero no es suficiente para garantizar resultados creativos (Amabile, 1983; Barron y Harrington, 1981; Sternberg, 1990).

También son importantes otras habilidades relacionadas con el estilo de trabajo, como la habilidad para mantener el esfuerzo durante largos periodos de tiempo o la habilidad para abandonar estrategias no productivas y temporalmente apartarse de los problemas persistentes (Amabile, 1983).

Motivación

La motivación sería otro ingrediente fundamental de la creatividad. Esto incluye actitudes positivas hacia la tarea en cuestión y razones suficientes para emprenderla en unas condiciones determinadas (Amabile, 1983). La presencia de recompensas, externas o internas, es crítica para la motivación, resultando que la motivación intrínseca para realizar una tarea hará más probable los resultados creativos, mientras que la motivación extrínseca disminuirá la probabilidad de resultados creativos. El refuerzo indiscriminado, prescrito por algunos profesionales para subir la autoestima, puede tener consecuencias negativas en el balance de creatividad (Csikszentmihalyi, 1996), en primer lugar porque interrumpe la concentración necesaria para desarrollar algo y en segundo lugar porque incrementa la visibilidad de las recompensas externas, disminuyendo la motivación intrínseca (Amabile, De Jong y Lepper, 1976).

Estilos cognitivos

La creatividad también se ha relacionado con una disposición para actuar de modo particular, caracterizada por la preferencia hacia problemas abiertos y abstractos, la flexibilidad para adoptar distintos puntos de vista y para explorar alternativas, para mantener las opciones de respuesta abiertas, suspender el juicio, usar categorías abiertas, recordar con precisión, salirse de los guiones establecidos de acción, etc. (Amabile, 1983; Eysenck, 1995; Sternberg, 1988).

Heurísticos de creatividad

Los heurísticos son reglas simples que permiten tomar decisiones y hacer juicios de valor en muy poco tiempo y con muy poco esfuerzo cognitivo. Estas evidentes ventajas vienen asociadas en algunos casos a riesgos de error en los juicios o decisiones, pero en otros pueden favorecer la exploración de nuevos caminos cognitivos. Son ejemplo de esto último los siguientes heurísticos: "cuando todo falla hay que intentar algo contraintuitivo" (Newell, Shaw y Simon, 1962), "hay que hacer lo familiar extraño" (Gordon, 1961), "hay que generar hipótesis anali-

zando estudios de caso, usando analogías, considerando excepciones e investigando paradojas" (McGuire, 1973).

Recursos externos

Es necesario un mínimo de recursos para poder desarrollar cualquier cosa, pero más allá de ese mínimo puede ocurrir lo mismo que ocurre cuando se intenta explicar la felicidad, que incrementos significativos de recursos no se asocian a incrementos proporcionales en creatividad y de hecho en niveles muy altos puede producirse el efecto contrario. "Si la necesidad es la madre de la invención, la opulencia segura parece ser su madrastra disfuncional" (Csikszentmihalyi, 1996). Cuanto más acomodada está una persona, un grupo, una sociedad, menos razones tiene para buscar un cambio y menos creatividad es de esperar que manifieste.

El resultado de toda esta mezcla en contextos concretos puede dar lugar a grandes descubrimientos o a pequeñas revelaciones que impactan en la esfera de la vida privada. La creatividad con C mayúscula supone aportar algo verdaderamente nuevo a un campo simbólico y que ello sea lo suficientemente valorado por otras personas, entre ellas las expertas en el tema, como para ser agregado a la cultura. Las culturas son conservadoras a la hora de incorporar nuevas ideas. Hay de hecho una feroz competencia entre unidades de información cultural (memes) para conseguir ser transmitidas a la siguiente generación (Csikszentmihalyi, 1996; Dawkins, 1976), por lo que escribir una página de la historia de la humanidad es algo reservado a muy pocas personas. En estas circunstancias hay que valorar que lo que realmente importa en última instancia no es si tu nombre ha quedado unido a un descubrimiento reconocido, sino si has vivido una vida plena y creativa. Desarrollar el potencial creativo en el ámbito de lo cotidiano, la creatividad con c minúscula, hace maravillas por la calidad de la vida, pero no hay que esperar que los demás se extasíen con nuestras aportaciones, esto depende de otros factores que para ser felices no importan demasiado.

¿PARA QUÉ SIRVE LA CREATIVIDAD?

Funcionar en la vida con todo el potencial disponible es lo óptimo y deseable. La creatividad como característica humana es el motor del cambio, del progreso y en definitiva de la evolución. La creatividad es a la evolución cultural lo que la mutación genética a la evolución natural (Csikszentmihalyi, 1996) y todos podemos contribuir

en algo a la evolución cultural aunque no seamos recordados por ello.

Más concretamente, la creatividad puede ser considerada como el antídoto ante el aburrimiento en el vida diaria. Aunque la creatividad no nos conduzca a la fama ni a la fortuna puede hacer algo que desde el punto de vista individual es incluso más importante, puede hacer más vivas, más agradables y más gratificantes las experiencias cotidianas (Csikszentmihalyi, 1996). Si aprendemos a ser creativos en el campo de lo cotidiano puede que no cambiemos el modo en que las generaciones futuras vean el mundo, pero cambiaremos la forma en que lo experimentamos (Csikszentmihalyi, 1996) y eso es un objetivo por el que merece la pena apostar.

El campo de la vida personal contiene las reglas, hábitos y prácticas que definen lo que hacemos cada día, es decir, cómo nos vestimos, cómo trabajamos, cómo llevamos nuestras relaciones, etc. Reflexionar sobre ello, elegir conscientemente cuáles son nuestras opciones y estar abiertos a nuevas posibilidades son también ejercicios de creatividad relacionados con la satisfacción personal porque hacer lo que muchas veces no hacemos simplemente porque no se nos ocurre y ver lo que habitualmente no vemos porque no prestamos atención, como mínimo enriquece nuestro mundo estimular y el de quienes nos rodean y un poco más allá abre un mundo de posibilidades nuevas, algunas de las cuales pueden resultar muy ventajosas en el continuo proceso de adaptación al entorno.

Intentar conscientemente desarrollar la creatividad en un campo cualquiera supone un grado de reflexión que además viene a contrarrestar automatismos, condicionamientos, procesos de conformidad y de obediencia que nos llevan a hacer siempre lo mismo, a lo rutinario, a lo predecible. En el campo de las relaciones interpersonales, por ejemplo, nos puede llevar a percibir a los demás y lo que hacen desde perspectivas más amplias que contribuyan a mejorar el entendimiento. Pensar, como hacemos habitualmente, que lo que hacen los demás sólo obedece a una causa posible que además nos fastidia no ayuda demasiado a la construcción de relaciones interpersonales satisfactorias. Pensar por el contrario que posiblemente existan varias razones para hacer algo, investigarlas e intentar comprenderlas, como mínimo, favorecerá la comunicación y el intercambio constructivo y esto no deja de ser un ejercicio de creatividad dirigido conscientemente a percibir lo que generalmente no se percibe y a hacer lo que habitualmente no se hace.

La creatividad también puede ser considerada como un valioso recurso terapéutico al servicio de la salud. Es posible hipotetizar que las personas con algún trastorno psicológico no manifiestan mucha creatividad en ese campo cuando reaccionan encorsetadamente ante lo que les causa malestar y no intentan modificar las condiciones, internas o externas, que lo provocan, o lo intentan sin éxito. Las estrategias terapéuticas de búsqueda de alternativas, las de corrección de errores cognitivos, los ensayos conductuales, etc., son técnicas que en última instancia persiguen cambios en la forma en la que se interpreta la realidad, cambios en la forma de afrontar situaciones, cambios concretos de conducta, de actitudes, etc., en definitiva, buscan demostrar que hacer algo diferente a lo se venía haciendo es posible. Por ello pueden ser ampliamente conceptualizadas como estrategias que potencian habilidades estrechamente relacionadas con la creatividad, en estos casos, para conseguir un objetivo de mínimos, pero porqué no también para conseguir que la vida merezca la pena y desarrollar actividades que pongan en juego lo mejor de nosotros.

CÓMO ENTRENAR LA CREATIVIDAD

En primer lugar, cultivando la curiosidad y el interés, es decir, la asignación de atención a las cosas por sí mismas (Csikszentmihalyi, 1996). Hay que cuestionar lo obvio, no con espíritu de contradicción, sino con intención de añadir otras posibles explicaciones a las ya admitidas y otras posibles soluciones a las ya implantadas. Realmente todos los días ocurren cosas sorprendentes y es difícil, sino imposible, prestarles atención a todas, pero si alguna de ellas hace saltar una chispa de interés, prestarle atención consciente es un primer paso para desplegar nuestro potencial creativo.

En segundo lugar, ampliando nuestra capacidad de discriminación perceptiva. Lo que un artista refleja en su obra, lo que un investigador aporta a un campo de conocimiento cualquiera, no es la realidad, sino la manera en la que interpreta esa realidad. Antes de ver algo que nadie había visto anteriormente, lo que está claro es que se producen procesos de aprendizaje que llevan a percibir innumerables diferencias y matices en los estímulos de entrada. Uno puede beberse una copa de vino y percibir que ingiere un líquido rojo útil para remojar alimentos sólidos, o experimentar una riqueza asombrosa de olores, sabores y sensaciones. Lo que un catador de vino es capaz de ver, saborear, sentir, etc. ante una copa de vino es algo que ha aprendido. Ha aprendido a

reconocer partes de un estímulo en un proceso de aprendizaje perceptivo que por supuesto requiere interés, esfuerzo y tiempo y que muchas personas estarán en disposición de emprender, si lo desean, pero muchas menos de emprender con un éxito que les haga ser recordadas a lo largo de la historia. Lo que parece claro es que la creatividad va asociada al aprendizaje y al esfuerzo y que no podemos decir que a las personas que consideramos creativas no les haya quedado más remedio que serlo porque vinieron así programadas.

En tercer lugar, ejercitando nuestras capacidades de pensamiento lateral, el que sigue la lógica del deseo y no se centra en lo viable, en lo operativo, en lo posible, etc.. Antes de pensar en esos términos es posible y conveniente pensar tantas ideas diferentes como sea posible, ideas imposibles, improbables, ideas sin valoraciones, esto suele abrir un mundo de posibilidades impredecible (De Bono, 1992; Osborn, 1963). Simonton después de investigar a 2036 científicos creativos descubrió que los más creativos no sólo produjeron más cantidad de grandes trabajos, también produjeron más número de trabajos malos (Simonton, 1984). En otras palabras produjeron mucho y seleccionaron lo mejor.

En cuarto lugar relativizando la importancia del juicio de los demás. El juicio de los demás puede ser importante para pasar a la historia, pero para vivir diariamente sin presiones añadidas y sin condicionamientos superfluos, no tanto. Crear requiere de cierta libertad, al menos inicialmente, y si estamos constantemente preocupados por lo que pensarán otras personas, será difícil plantearse retos, proponer alternativas, investigar posibilidades, etc..

El principal freno para desarrollar la creatividad es creer que uno no puede desarrollarla y son demasiadas las personas que consideran que son incapaces de realizar algo creativo en cualquier ámbito de actuación. Lo que muy probablemente ocurre es que confunden fracaso inicial con incapacidad fundamental y que consideran que la realización inicial es la medida del auténtico talento (Buzan, 2003). Olvidan que a los grandes genios no se les recuerda por sus primeros trabajos ni por sus malos trabajos, que también los tienen, sino por lo lejos que llegaron con algunas de sus ideas.

REFERENCIAS

Amabile, T. M. (1982). Social psychology of creativity: A consensual assessment technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 997-1013.

- Amabile, T. M. (1983). The Social Psychology of Creativity: A Componential Conceptualization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 357-376.
- Amabile, T. M. (1985). Motivation and creativity: Effects of motivational orientation creative writers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(2), 393-399.
- Amabile, T. M. (1993). What Does a Theory of Creativity Require? *Psychological Inquiry*, 4(2), 179-181.
- Amabile, T. M., De Jong, W. y Lepper, M. (1976). Effects of externally imposed deadlines on subsequent intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 92-98.
- Barron, F. (1955). The disposition toward originality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 478-485.
- Barron, F. y Harrington, D. M. (1981). Creativity, intelligence and personality. *Annual Review of Psychology*, 32, 439-476.
- Besemer, S. P. y Treffinger, D. J. (1981). Analysis of creative products: review and synthesis. *Journal of Creative Behavior*, 15(3), 158-178.
- Boden, M. (1991). *The creative mind: Myths and mechanisms*. New York: Basic Books.
- Bowers, K. S., Farvolden, P. y Mermigis, L. (1995). Intuitive antecedents of insight. En S. M. Smith, T. B. Ward y R. A. Finke (Eds.), *The creative cognition approach*. (pp. 27-51). Cambridge, MA: MIT Press.
- Bruner, J. (1962). The conditions of creativity. En H. Gruber, G. Terrell y M. Wertheimer (Eds.), *Contemporary approaches to creative thinking*. New York: Atherton Press.
- Buzan, T. (2003). *El poder de la inteligencia creativa*. Barcelona: Urano.
- Cassandro, V. y Simonton, D. K. (2002). Creativity and Genius. En C. L. Keyes y J. Haidt (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (pp. 163-183). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cox, C. (1926). *The early mental traits of three hundred geniuses*. Stanford, C.A.: Stanford University Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity. Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: HarperCollins Publishers.
- Dawkins, R. (1976). *The selfish gene*. New York: Oxford University Press.
- De Bono, E. (1971). *Lateral thinking for management*. New York: McGraw-Hill.
- De Bono, E. (1985). *Six thinking hats*. Boston: Little Brown.
- De Bono, E. (1992). *Serious creativity: Using the power of lateral thinking to create new ideas*. New York: Harper Collins.
- Edelman, G. M. (1987). *Neural Darwinism*. New York: Basic Books.
- Ericsson, K. A. (1996). *The road to expert performance: Empirical evidence from the arts and sciences, sports, and games*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Eysenck, H. J. (1993). Creativity and personality: A theoretical perspective. *Psychological Inquiry*, 4, 147-178.
- Eysenck, H. J. (1995). *Genius. The natural history of creativity*. Cambridge: University Press.
- Finke, R. A. (1990). *Creative imagery: Discoveries and inventions in visualization*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Finke, R. A., Ward, T. B. y Smith, S. M. (1992). *Creative cognition: Theory, research, and applications*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Galton, F. (1869). *Hereditary Genius: An inquiry into its laws and consequences*. Londres: Macmillan.
- Gardner, H. (1993). *Creating minds*. New York: Basic Books.
- Getzels, J. W. y Csikszentmihalyi, M. (1976). From problem solving to problem finding. En I. A. Taylor y J. W. Getzels (Eds.), *Perspectives in creativity*. Chicago: Aldine.
- Gordon, W. (1961). *Synectics. The development of creative capacity*. New York: HarperryRow.
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5, 444-454.
- Guilford, J. P. (1967). *The Nature of Human Intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Hayes, J. R. (1989). *The complete problem solver*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Johnson-Laird, P. N. (1988). Freedom and constraint in creativity. En R. J. Sternberg (Ed.), *The nature of creativity* (pp. 202-219). New York: Cambridge University Press.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1982). The psychology of preferences. *Scientific American*, 246(1), 160-173.
- Lubart, T. I. (1990). Creativity and cross-cultural variation. *International Journal of Psychology*, 25, 39-59.
- MacKinnon, D. W. (1965). Personality and the realization of creative potential. *American Psychologist*, 20, 273-281.
- MacKinnon, D. W. (1978). *In search of human effectiveness*. Buffalo, NY: Bearly.
- Marina, J. A. (1993). *Teoría de la inteligencia creadora*. Barcelona: Anagrama.

- Martindale, C. (1989). Personality, situation, and creativity. En J. A. Glover, R. R. Ronning y C. R. Reynolds (Eds.), *Handbook of creativity* (pp. 211-232). New York: Plenum Press.
- Martindale, C. (1990). Creative imagination and neural activity. En K. G. Kunzendorf y A. A. Sheikh (Eds.), *The psychophysiology of mental imagery*. (pp. 89-108). Amityville, NY.: Baywood.
- McGuire, W. (1973). The yin and yang of progress in social psychology: Seven Koan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 446-456.
- Newell, A., Shaw, J. C. y Simon, H. A. (1958). Elements of a theory of human problem solving. *Psychological Review*, 65, 151-166.
- Newell, A., Shaw, J. C. y Simon, H. A. (1962). The processes of creative thinking. En H. Gruber, G. Terrell y M. Wertheimer (Eds.), *Contemporary approaches to creative thinking*. New York: Atherton Press.
- Nicholls, J. (1972). Creativity in the person who will never produce anything original and useful: the concept of creativity as a normally distributed trait. *American Psychologist*, 27, 517-527.
- Osborn, A. F. (1963). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem-solving*. New York: Scribner.
- Popper, K. R. (1956). *The foundations of scientific discovery*. New York: Basic Books.
- Rothenberg, A. (1990). *Creativity and madness: New findings and old stereotypes*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Runco, M. A. (1991). The evaluative, valuative, and divergent thinking of children. *Journal of Creative Behavior*, 25, 311-319.
- Simonton, D. K. (1975a). Biographical determinants of achieved eminence: A multivariate approach to the Cox data. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 218-226.
- Simonton, D. K. (1975b). Sociocultural context of individual creativity: A transhistorical time-series analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 1119-1133.
- Simonton, D. K. (1984). *Genius, creativity, and leadership: Historiometric inquiries*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Simonton, D. K. (1991). Emergence and realization of genius: The lives and works of 120 classical composers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 829-840.
- Simonton, D. K. (1998). Achieved eminence in minority and majority cultures: Convergence versus divergence in the assessments of 294 African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 804-817.
- Simonton, D. K. (1999). Creativity and genius. En L. Pervin y O. John (Eds.), *Handbook of personality theory and research*. (pp. 629-652). New York: Guilford Press.
- Simonton, D. K. (2000). Cognitive, Personal, Developmental, and Social Aspects. *American Psychologist*, 1, 151-158.
- Smith, S. M., Ward, T. B. y Finke, R. A. (1995). *The creative cognition approach*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Stein, M. (1974). *Stimulating creativity*. (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Stein, M. (1975). *Stimulating creativity*. (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Stein, M. I. (1969). Creativity. En E. F. Borgatta y W. W. Lambert (Eds.), *Handbook of personality theory and research*. (pp. 900-942). Chicago: Rand-McNally.
- Sternberg, R. J. (1985). Implicit theories of intelligence, creativity, and wisdom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 607-627.
- Sternberg, R. J. (1988). *The nature of creativity*. Cambridge: University Press.
- Sternberg, R. J. (1990). *Más allá del cociente intelectual*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Sternberg, R. J. (1996). Investing in creativity. *American Psychologist*, 51(7), 677-688.
- Sternberg, R. J. y Lubart, T. I. (1995). *Defying the Crowd. Cultivating Creativity in a Culture of Conformity*. New York: The Free Press.
- Torrance, E. (1988). The nature of creativity as manifest in its testing. En R. J. Sternberg (Ed.), *The nature of creativity: contemporary psychological perspectives* (pp. 99-121). Nueva York: Cambridge University Press.
- Ward, T., Smith, S. M. y Finke, R. A. (1999). Creative cognition. En R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Creativity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ward, T. B., Smith, S. M. y Vaid, J. (1997). *Creative thought: An investigation of conceptual structures and processes*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Weisberg, R. W. (1993). *Creativity: Beyond the myth of genius*. New York: Freeman.

LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA: RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

THE TRAUMATIC EXPERIENCE FROM POSITIVE PSYCHOLOGY: RESILIENCY AND POST-TRAUMATIC GROWTH

Beatriz Vera Poseck*, Begoña Carbelo Baquero** y María Luisa Vecina Jiménez***

Universidad de Alcalá. *Universidad Complutense

La capacidad del ser humano para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas ha sido generalmente ignorada por la Psicología tradicional, que ha dedicado todo su esfuerzo al estudio de los efectos devastadores del trauma. Aunque vivir un acontecimiento traumático es sin duda uno de los trances más duros a los se enfrentan algunas personas, supone una oportunidad para tomar conciencia y reestructurar la forma de entender el mundo, que se traduce en un momento idóneo para construir nuevos sistemas de valores, como han demostrado gran cantidad de estudios científicos en los últimos años. Algunas personas suelen resistir con insospechada fortaleza los embates de la vida, e incluso ante sucesos extremos hay un elevado porcentaje de personas que muestra una gran resistencia y que sale psicológicamente indemne o con daños mínimos del trance.

En este trabajo se revisan conceptos como la resiliencia y el crecimiento postraumático en han surgido con fuerza dentro de la Psicología Positiva para resaltar la enorme capacidad que tiene el ser humano de resistir y rehacerse ante las adversidades de la vida.

Palabras clave: resiliencia, crecimiento postraumático, emociones positivas.

The ability of human beings to face and overcome traumatic experiences and even to benefit from them has been generally ignored by mainstream Psychology, which has focused all of its attention on the devastating effects of trauma. Although the experience of a traumatic event is undoubtedly one of the most difficult moments some people must face, it is also an opportunity to take stock of and rebuild one's perspective on the world. This may constitute an ideal time to construct new value systems, as a great deal of scientific studies have shown in recent years. Some people tend to weather hard times with an astounding resilience, and even faced with extreme events there is a high percentage of people who demonstrate a great resistance and who survive them psychologically unscathed or with only minimal damage.

In this article concepts such as resilience and post-traumatic growth will be examined, concepts that have strongly emerged within Positive Psychology to emphasize the impressive ability that human beings have to resist and rebuild themselves when faced with the adversities of life.

Key words: resiliency, posttraumatic growth, positive emotions.

"El concepto de resiliencia ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad"

Stanislaw Tomkiewicz, 2001

El interés por comprender y explicar cómo el ser humano hace frente a las experiencias traumáticas siempre ha existido, pero ha sido tras los últimos atentados que han conmocionado al mundo cuando este interés ha resurgido con fuerza.

Más allá de los modelos patogénicos de salud, existen otras formas de entender y conceptualizar el trauma. Durante los primeros momentos de una catástrofe la ma-

yoría de los expertos y la población centran el foco de la atención en las debilidades del ser humano. Es natural concebir a la persona que sufre una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará una patología. Sin embargo, desde modelos más optimistas, se entiende que la persona es activa y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción se enmarca dentro de la Psicología Positiva que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano.

La aproximación convencional a la psicología del trauma se ha focalizado exclusivamente en los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta, concretamente, en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) o sintomatología asociada. Las reacciones patológicas son consideradas como la forma

Correspondencia: Beatriz Vera Poseck

E-mail: info@psicologia-positiva.com

*www.psicologia-positiva.com

**http://www2.uah.es/humor_salud

normal de responder ante sucesos traumáticos; más aún, se ha estigmatizado a aquellas personas que no mostraban estas reacciones, asumiendo que dichos individuos sufrían de raras y disfuncionales patologías (Bonanno, 2004). Sin embargo, la realidad demuestra que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en la mayoría de los casos esto no es así, y algunas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias.

Al focalizar la atención de forma exclusiva en los potenciales efectos patológicos de la vivencia traumática, se ha contribuido a desarrollar una "cultura de la victimología" que ha sesgado ampliamente la investigación y la teoría psicológica (Gillham y Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y que ha llevado a asumir una visión pesimista de la naturaleza humana. Dos peligrosas asunciones subyacen en esta cultura de la victimología:

- 1) que el trauma siempre conlleva grave daño y
- 2) que el daño siempre refleja la presencia de trauma (Gillham y Seligman, 1999).

En el campo de la salud mental, es habitual la presencia de ideas esquemáticas sobre la respuesta del ser humano ante la adversidad (Avia y Vázquez, 1999), ideas preconcebidas acerca de cómo reaccionan las personas ante determinadas situaciones, basadas generalmente en prejuicios y estereotipos y no en hechos y datos comprobados. Ejemplo de ello es la creencia ampliamente arraigada en la cultura occidental de que la depresión y la desesperación intensa son inevitables ante la muerte de seres queridos, o que la ausencia de sufrimiento ante una pérdida indica negación, evitación y patología.

Estas ideas han llevado a asumir que existe una respuesta unidimensional y de escasa variabilidad en las personas que sufren pérdidas o experimentan sucesos traumáticos (Bonanno, 2004) y a ignorar las diferencias individuales en la respuesta a situaciones estresantes (Everstine y Everstine, 1993; Peñacoba y Moreno, 1998).

Un estudio pionero de Wortman y Silver (1989) recopiló datos empíricos que demuestran que tales suposiciones no son correctas: la mayoría de la gente que sufre una pérdida irreparable no se deprime, las reacciones intensas de duelo y sufrimiento no son inevitables y su ausencia no significa necesariamente que exista o vaya a existir un trastorno. Y es que las personas suelen resistir con insospechada fortaleza los embates de la vida, e incluso ante sucesos extremos hay un elevado porcentaje de personas que muestra una gran resistencia y que sale

psicológicamente indemne o con daños mínimos del trance (Avia y Vázquez, 1998; Bonanno, 2004).

La Psicología Positiva recuerda que el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha sido ignorada por la Psicología durante muchos años (Park, 1998; Gillham y Seligman, 1999; Davidson, 2002). Numerosos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo más saludable que, basado en métodos positivos de prevención, tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Patton, Smith, Violanti y Eräen, 2000; Stuhlmiller y Dunning, 2000; Gist y Woodall, 2000; Bartone, 2000; Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

REACCIONES ANTE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA

La reacción de las personas ante experiencias traumáticas puede variar en un continuum y adoptar diferentes formas:

Trastorno

La Psicología tradicional se ha centrado mayoritariamente en este aspecto de la respuesta humana, asumiendo que potencialmente toda persona expuesta a una situación traumática puede desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT) u otras patologías (Paton et al., 2000) y elaborando estrategias de intervención temprana destinadas a todos los afectados por un suceso de esta índole. Sin embargo, el porcentaje de personas expuestas a sucesos traumáticos que desarrollan patologías posteriores es mínimo. Además, no hay que olvidar que, del porcentaje de individuos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología, la mayoría se va recuperando de forma natural y en un breve espacio de tiempo recupera el nivel normal de funcionalidad.

En un estudio realizado tras los atentados del 11 de septiembre en Nueva York se muestra que, si bien en una primera evaluación realizada un mes después de los atentados, la prevalencia de TEPT en la población general de Nueva York era de 7.5%, seis meses después este porcentaje había descendido a un 0.6% (Galea, Vlahovm, Ahern, Susser, Gold, Bucuvalas y Kilpatrick, 2003), de forma que la gran mayoría de personas había seguido un proceso de recuperación natural donde los síntomas desaparecían y volvían al nivel de funciona-



lidad normal. Es importante resaltar, aunque no sea un tema a tratar aquí, que resultados como éste ponen en tela de juicio la utilidad real del diagnóstico del TEPT, ya que estaríamos frente a un trastorno que se desvanece con el paso del tiempo. En este sentido, puede que sea más adecuado pensar que esa prevalencia de 7.5% es el reflejo de un conjunto de reacciones iniciales normales ante un suceso extremadamente adverso, que erróneamente se han considerado como síntomas patológicos y se han agrupado para convertirlos en un trastorno psiquiátrico. No es extraño que una persona expuesta a un acontecimiento traumático, directa o indirectamente, experimente pesadillas, recuerdos recurrentes, sintomatología física asociada, etc. La gran mayoría de las respuestas de aflicción y sufrimiento experimentadas y comunicadas por las víctimas son normales, incluso adaptativas. Insomnio, pesadillas, recuerdos intrusivos (algunas de las conductas y pensamientos tomados como síntomas de PTSD) reflejan respuestas normales frente a sucesos anormales (Summerfield, 1999).

Trastorno retardado

Algunas personas expuestas a un suceso traumático y que no han desarrollado patologías en un primer momento, pueden hacerlo mucho tiempo después, incluso años más tarde. Sin embargo, la aparición de este tipo de casos es infrecuente.

Recuperación

Desde la Psicología tradicional se ha tendido a ignorar el proceso de recuperación natural, que, si bien al principio lleva consigo la experiencia de síntomas postraumáticos o reacciones disfuncionales de estrés, con el paso del tiempo se desvanecen. Los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue este proceso de recuperación natural y no desarrolla ningún tipo de trastorno (Bonanno, 2004).

Resiliencia o resistencia

La resiliencia (del inglés *resilience*) es un fenómeno ampliamente observado al que tradicionalmente se ha prestado poca atención, y que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo (Bonanno, Wortman et al, 2002; Bonanno y Kaltman, 2001). Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferen-

cia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática. Este fenómeno se considera inverosímil o propio de personas excepcionales (Bonanno, 2004) y sin embargo, numerosos datos muestran que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001).

El testimonio de muchas personas revela que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose con eficacia en su entorno.

Crecimiento postraumático

Otro fenómeno olvidado por los teóricos del trauma es el de la posibilidad de aprender y crecer a partir de experiencias adversas. Como en el caso de la resiliencia, la investigación ha mostrado que es un fenómeno más común de lo que a priori se cree, y que son muchas las personas que consiguen encontrar recursos latentes e insospechados (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001) en el proceso de lucha que han tenido que emprender. De hecho, muchos de los supervivientes de experiencias traumáticas encuentran caminos a través de los cuales obtienen beneficios de su lucha contra los abruptos cambios que el suceso traumático provoca en sus vidas (Tedeschi y Calhoun, 2000).

En definitiva, lo que se deduce de las investigaciones actuales sobre trauma y adversidad es que las personas son mucho más fuertes de lo que la Psicología ha venido considerando. Los psicólogos han subestimado la capacidad natural de los supervivientes de experiencias traumáticas de resistir y rehacerse (Bonanno, 2004).

Los motivos por los que se viene ignorando la cara positiva del afrontamiento traumático merecen ser considerados. Algunos autores afirman que existe un proceso social de carácter cognitivo, denominado amplificación social del riesgo, que muestra la tendencia general a sobreestimar la magnitud, generalización y duración de los sentimientos de los demás (Paton et al., 2000; Brickman, Coates y Janoff-Bulman, 1978). Esta tendencia puede explicar en parte la victimización a la que se ven sometidas aquellas personas que sufren experiencias traumáticas.

Los mismos profesionales de la salud mental cuando aplican indiscriminadamente instrumentos diagnósticos como el TEPT reflejan una concepción del ser humano



desprendido del mundo y buscan en él todas las claves del trastorno. Se omite la influencia de factores externos en el origen y mantenimiento del llamado trastorno de estrés posttraumático, es decir, la dimensión psicosocial del trauma que ubica a la persona que sufre en un contexto social (Blanco y Díaz, 2004), y se funciona como si las categorías diagnósticas fueran realidades negativas que deben ser explicadas. Estas creencias explicarían las elevadas tasas de incidencia del TEPT, halladas en algunos estudios.

En este proceso se considera también que las personas que sufren una experiencia traumática, al ser invadidas por emociones negativas como la tristeza, la ira o la culpa, son incapaces de experimentar emociones positivas. Históricamente, la aparición y potencial utilidad de las emociones positivas en contextos adversos ha sido considerada como una forma poco saludable de afrontamiento (Bonanno, 2004) y como un impedimento para la recuperación (Sanders, 1993). Sin embargo, recientemente, la investigación ha puesto de manifiesto que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas (Folkman y Moskowitz, 2000; Calhoun y Tedeschi, 1999; Shuchter y Zisook, 1993) y que pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que siguen a la experimentación de dichas circunstancias (Fredrickson, 1998).

En este sentido, algunas investigaciones ofrecen resultados novedosos y concluyentes. En 1987 un grupo de personas que sufría lesiones medulares fue entrevistado en diferentes momentos tras haber sufrido la lesión incapacitante. Los resultados mostraron que la experiencia de emociones positivas se daba desde los primeros días tras el accidente, siendo estos sentimientos positivos más frecuentes que los negativos a partir de la tercera semana (Wortman y Silver, 1987).

En dos estudios llevados a cabo por Keltner y Bonanno en una misma muestra de 40 individuos que había sufrido la muerte de su pareja, se mostró que las personas que exhibían sonrisas genuinas (aquellas en las que se activa el músculo orbicular del ojo) cuando hablaban sobre su reciente pérdida presentaban un mejor ajuste funcional, un mejor estado de sus relaciones interpersonales y menores niveles de dolor y angustia 6, 14 y 25 meses después de la pérdida (Keltner y Bonanno, 1997; Bonanno y Keltner, 1997).

En otro estudio realizado con 29 supervivientes de accidentes con daños en la médula espinal, se encontró que aunque los accidentados percibían su situación co-

mo relativamente negativa, referían paralelamente que su sentimiento de felicidad no había desaparecido y que era bastante mayor del que habrían esperado (Janoff-Bulman y Wortman, 1977).

En un trabajo más reciente sobre los atentados en Nueva York del 11 de septiembre (uno de los pocos estudios sobre el 11-S que no se han centrado en estudiar la patología y la vulnerabilidad), se explica que experimentar emociones positivas como gratitud, amor o interés, entre otras, tras la vivencia de un suceso traumático, aumenta a corto plazo la vivencia de experiencias subjetivas positivas, realza el afrontamiento activo y promueve la desactivación fisiológica, mientras que a largo plazo, minimiza el riesgo de depresión y refuerza los recursos de afrontamiento (Fredrickson y Tugade, 2003).

Todos estos estudios muestran la incuestionable presencia de las emociones positivas en contextos de adversidad y dan cuenta de los potenciales efectos beneficiosos que éstas tienen.

RESILIENCIA

La *resiliencia* se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001).

Este concepto ha sido tratado con matices diferentes por autores franceses y estadounidenses. Así, el concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con el concepto de crecimiento posttraumático, al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. Mientras que el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento posttraumático. Desde la corriente norteamericana se sugiere que el término resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, mientras que se utilicen términos como florecimiento (*thriving*) o crecimiento posttraumático para hacer referencia a la obtención de beneficios o al cambio a mejor tras la experiencia traumática (Carver, 1998, O'Leary, 1998).

La confusión terminológica en el empleo de estos vocablos es reflejo de la reciente aparición de la corriente que estudia los potenciales efectos positivos de la experiencia traumática (Park, 1998), razón por la que en la

actualidad aún se carece de un léxico estandarizado con el que trabajar y unificar intereses.

Es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación (Bonanno, 2004), ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos (Vanistendael, 2001) y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith, 1982; 1992). Este estudio, realizado en un marco ajeno a la resiliencia, ha tenido un papel importante en el surgimiento de la misma (Manciaux et al., 2001). Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño herido no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado.

La resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux et al., 2001). Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno. Hablar de resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental, no se es más o menos resiliente, como si se poseyera un catálogo de cualidades. La resiliencia es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital (Cyrułnik, 2001).

La resiliencia nunca es absoluta, total, lograda para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico (Manciaux et al., 2001).

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la resiliencia es la determinación de los factores que la promueven, aunque este aspecto ha sido escasamente investigado (Bonanno, 2004). Se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes, como la seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y creer que se puede aprender de las experiencias positivas y también de las negativas, etc.. También se ha propuesto que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo (*self-enhancement*) puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992; Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy y Ramírez, 1999; Bonanno, 2004). Un estudio realizado con población civil bosnia que vivió la Guerra de los Balcanes mostró que aquellas personas que tenían esta tendencia hacia el sesgo positivo presentaban un mejor ajuste que aquellas que no contaban con dicha característica (Bonanno, Field, Kovacevic y Kaltman, 2002).

En estudios con niños, uno de los factores que más evidencia empírica acumula en su relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Richters y Martínez, 1993; Masten et al., 1999; Masten, 2001; Manciaux et al., 2001).

En el estudio llevado a cabo por Fredrickson (Fredrickson y Tugade, 2003) tras los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, se encontró que la relación entre resiliencia y ajuste estaba mediada por la experiencia de emociones positivas. Éstas parecen proteger a las personas frente a la depresión e impulsar su ajuste funcional. En esta misma línea, la investigación ha demostrado que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias, caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva (Block y Kremen, 1996).

En este punto puede argumentarse que la experiencia de emociones positivas no es más que el reflejo de un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas, pero también existe evidencia de que esas personas utilizan las emociones positivas como estrategia de afrontamiento, por lo que se puede hablar de una causalidad recíproca. Así, se ha encontrado que las perso-

nas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista (Fredrickson y Tugade, 2003).

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO O APRENDIZAJE A TRAVÉS DEL PROCESO DE LUCHA

El concepto de crecimiento postraumático hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Para la corriente americana, este concepto, aunque está estrechamente relacionado con otros como *hardiness* o resiliencia no es sinónimo de ellos, ya que, al hablar de crecimiento postraumático no sólo se hace referencia a que el individuo enfrentado a una situación traumática consigue sobrevivir y resistir sin sufrir trastorno alguno, sino que además la experiencia opera en él un cambio positivo que le lleva a una situación mejor respecto a aquella en la que se encontraba antes de ocurrir el suceso (Calhoun y Tedeschi, 2000). Desde la perspectiva francesa, sin embargo, sí serían equiparables crecimiento postraumático y resiliencia.

La idea del cambio positivo consecuencia del enfrentamiento a la adversidad aparece ya en la Psicología existencial de autores como Frankl, Maslow, Rogers o Fromm. Además, la concepción del ser humano capaz de transformar la experiencia traumática en aprendizaje y crecimiento personal ha sido un tema central en siglos de literatura, poesía, filosofía... (Saakvitne, Tennen y Afleck, 1998), pero ignorada por la Psicología clínica científica durante muchos años.

Es importante recordar que cuando se habla de crecimiento postraumático se hace referencia al cambio positivo que experimenta una persona como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de un suceso traumático, que no es universal y que no todas las personas que pasan por una experiencia traumática encuentran beneficio y crecimiento personal en ella (Park, 1998; Calhoun y Tedeschi, 1999).

Las investigaciones se han centrado en delimitar qué características de personalidad facilitan o impiden un desarrollo o un cambio positivo a raíz de experiencias traumáticas. Optimismo, esperanza, creencias religiosas y extraversión son algunas de las características que de forma más frecuente aparecen en los estudios como factores de resistencia y crecimiento. Calhoun y Tedeschi (1999; 2000), dos de los autores que más han aportado a este concepto, dividen en tres categorías el crecimiento

postraumático que pueden experimentar las personas: cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida.

Cambios en uno mismo: es un sentimiento común en muchas de las personas que afrontan una situación traumática el aumento de la confianza en las propias capacidades para afrontar cualquier adversidad que pueda ocurrir en el futuro. Al lograr hacer frente a un suceso traumático, el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier otra cosa. Este tipo de cambio puede encontrarse en aquellas personas que, por sus circunstancias, se han visto sometidas a roles muy estrictos u opresivos en el pasado y que a raíz de la lucha que han emprendido contra la experiencia traumática han conseguido oportunidades únicas de redireccionar su vida. Estas ideas son consistentes con los trabajos que indican que las convicciones políticas e ideológicas son el principal factor positivo de resistencia en presos políticos y torturados (Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

Cambios en las relaciones interpersonales: muchas personas ven fortalecidas sus relaciones con otras a raíz de la vivencia de una experiencia traumática. Suele ser común la aparición de pensamientos del tipo "ahora sé quienes son mis verdaderos amigos y me siento mucho más cerca de ellos que antes". Muchas familias y parejas enfrentadas a situaciones adversas dicen sentirse más unidas que antes del suceso. En un estudio realizado con un grupo de madres cuyos hijos recién nacidos sufrían serios trastornos médicos, se mostró que un 20% de estas mujeres decía sentirse más cerca de sus familiares que antes y que su relación se había fortalecido (Affleck, Tennen y Gershman, 1985). Por otro lado, el haber hecho frente a una experiencia traumática despierta en las personas sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas y promueve conductas de ayuda.

Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida: las experiencias traumáticas tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre las que se construye la forma de ver el mundo (Janoff-Bulman, 1992). Es el tipo de cambio más frecuente. Cuando un individuo pasa por una experiencia traumática cambia su escala de valores y suele apreciar el valor de cosas que antes obviaba o daba por supuestas.

Aunque se tiende a suponer que la mayoría de la evidencia empírica sobre la existencia de resiliencia y crecimiento postraumático se ha basado en estudios de caso único de personas excepcionalmente fuertes o extraordi-

narias (Masten, 2001), existen estudios sistemáticos que analizan muestras grandes y que encuentran resultados favorables que apoyan el hecho de que son fenómenos comunes. Así por ejemplo, en un estudio realizado con 154 mujeres que en su infancia habían sufrido abuso sexual, casi la mitad de ellas (46.8%) informaron haber encontrado algún beneficio de la experiencia vivida, beneficios que pudieron agruparse en cuatro categorías: capacidad de protección de los niños frente al abuso, capacidad de auto-protección, incremento en el conocimiento del abuso sexual y desarrollo de una personalidad más resistente y autosuficiente. Este estudio viene a contradecir la tradicional creencia de que la mayoría de las personas que sufren abuso sexual en la infancia desarrollan un sentimiento de indefensión que les hace vulnerables y sugiere que muchas de las mujeres abusadas parecen salir fortalecidas de su experiencia y con mayores herramientas para protegerse a sí mismas y a sus hijos (McMillen, Zurvain y Rideout, 1995). En la línea de lo que afirman los autores antes citados sobre la coexistencia de emociones positivas y negativas, un 88.9% de las mujeres que percibieron beneficio de la experiencia de abuso sexual informaron también de percepción de daño (Calhoun y Tedeschi, 1999; 2000).

En un estudio retrospectivo realizado con 36 supervivientes de una catástrofe en una plataforma petrolífera, a los que se entrevistó 10 años después del suceso, se encontró que un 61% de los entrevistados percibía algún beneficio resultante de su trágica experiencia, como mejora en sus relaciones personales, crecimiento emocional y seguridad económica (Hull, Alexander y Klein, 2002).

Otras investigaciones se han centrado en individuos enfrentados a enfermedades graves y hospitalizaciones de larga duración. En este sentido, numerosos estudios evidencian de forma sólida la existencia de procesos de crecimiento o aprendizaje. En el trabajo de Taylor, Lichtman y Word (1984) se preguntó a personas a las que se les había diagnosticado de cáncer, si su vida había experimentado cambios y qué cambios concretos experimentaron. El 70% contestó afirmativamente a la primera pregunta, y de ellos un 60% consideró positivos los cambios. En la mayoría de los casos los pacientes informaron de haber aprendido a tomarse la vida de otra forma y a disfrutar más de ella.

Otro estudio realizado con madres cuyos hijos recién nacidos habían permanecido un largo período de tiempo en una unidad de cuidados intensivos, encontró que el 70% de estas mujeres afirmaba que su matrimonio ha-

bía salido fortalecido de la experiencia vivida (Affleck y Tennen, 1991).

Igualmente, se ha puesto de manifiesto que muchas personas infartadas perciben beneficios de su mala experiencia (Affleck, Tennen, Croog y Levine, 1987). Un estudio realizado con 287 hombres que habían sufrido un ataque cardíaco, y en el que se pretendía evaluar la atribución causal y el beneficio percibido a las de siete semanas de haber sufrido el infarto y a los ocho años, mostró que aquellos individuos que habían percibido beneficios tras el primer ataque, tenían menos posibilidades de sufrir un segundo ataque y exhibían una mejor recuperación ocho años después. Quizá la supuesta explicación sea que los pacientes comprendieron las ventajas de llevar una vida saludable, pero los beneficios percibidos no se quedaron sólo en esto. Muchos de los pacientes encontraron que el infarto les había hecho reconsiderar sus valores, prioridades y sus relaciones interpersonales. Los hombres que habían sufrido un nuevo ataque cardíaco en ese período de ocho años tendían a encontrar más beneficios que aquellos que no habían recaído (Affleck et al. 1987)

Las personas que experimentan crecimiento postraumático también suelen experimentar emociones negativas y estrés (Park, 1998). En muchos casos, sin la presencia de las emociones negativas el crecimiento postraumático no se produce (Calhoun y Tedeschi, 1999). La experiencia de crecimiento no elimina el dolor ni el sufrimiento, de hecho suelen coexistir (Park, 1998, Calhoun y Tedeschi, 2000). En este sentido, es importante resaltar que el crecimiento postraumático debe ser entendido siempre como un constructo multidimensional, es decir, el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados dominios de su vida y no experimentarlos o experimentar cambios negativos en otros dominios (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 1998).

Para muchas personas, hablar de un crecimiento después del trauma, de una ganancia personal, es algo inaceptable e incluso obsceno. Sin embargo, la exitosa lucha por la supervivencia de la especie humana ha debido seleccionar mecanismos de adaptación a circunstancias sumamente ingratas que conllevan tanto beneficios como costes (Saakvitne et al., 1998).

La naturaleza del crecimiento postraumático puede ser interpretada desde dos perspectivas diferentes. Por un lado, el crecimiento postraumático puede ser considerado como un resultado: el sujeto pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que le llevan a

encontrar beneficio de su experiencia. Por otro, el crecimiento postraumático puede ser entendido como una estrategia en sí misma, es decir, la persona utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia, de forma que más que un resultado es un proceso (Park, 1998).

Las teorías que defienden la posibilidad de crecimiento o aprendizaje postraumático adoptan la premisa de que la adversidad puede, a veces, perder parte de su severidad a través de, o gracias a, procesos cognitivos de adaptación, consiguiendo no sólo restaurar las visiones adaptativas de uno mismo, los demás y el mundo, que en un principio podían haberse distorsionado, sino también fomentar la convicción de que uno es mejor de lo que era antes del suceso. Así, se ha propuesto que el crecimiento postraumático tiene lugar desde la cognición, más que desde la emoción (Calhoun y Tedeschi, 1999). En esta línea, la búsqueda de significado y las estrategias de afrontamiento cognitivo parecen ser aspectos críticos en el crecimiento postraumático (Park, 1998).

Cabe preguntarse en este punto cuál debe ser el papel del psicólogo. Teniendo en cuenta que, al menos de momento, el crecimiento postraumático no puede ser creado por el terapeuta bajo una fórmula o procedimiento establecido, es necesario asumir que éste debe ser descubierto por el propio sujeto. El psicólogo debe ser capaz de descubrir y percibir en cada persona los distintos signos del despertar de este crecimiento para encauzarlos y ayudar en su desarrollo (Calhoun y Tedeschi, 1999). No todas las personas serán capaces de aprender de su experiencia traumática, pero algunas sí lo harán y admitir esta posibilidad ya es un avance. En la práctica clínica, sin embargo, hay que ser sumamente cauteloso, pues la presión hacia la percepción de beneficio puede conllevar sentimientos de frustración en personas que son incapaces de encontrar dicho beneficio (McMillen, Zuravin y Rideout, 1995).

La posibilidad de incrementar los niveles de resiliencia y de crecimiento, tras pasar por situaciones ciertamente adversas, es aún una gran incógnita para la Psicología (Bartone, 2000). De hecho, si somos capaces de entender cómo y por qué algunas personas resisten y se benefician de experiencias extremadamente adversas y somos capaces de enseñar esta habilidad, los beneficios para el sistema sanitario mundial serían inconmensurables (Carver, 1998). Es necesario, por tanto, un gran volumen de investigación empírica que lleve a clarificar la naturaleza de los procesos de resistencia y crecimiento.

CONCLUSIONES

Vivir una experiencia traumática es sin duda una situación que modifica la vida de una persona y, sin quitar gravedad y horror de estas vivencias, no se puede olvidar que en situaciones extremas el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores. Por esta razón, se deben construir modelos conceptuales capaces de incorporar la dialéctica de la experiencia postraumática y aceptar que lo aparentemente opuesto puede coexistir de forma simultánea.

La Psicología no es sólo psicopatología y psicoterapia, es una ciencia que estudia la complejidad humana y debe ocuparse de todos sus aspectos. Se debe ampliar y reconducir el estudio de la respuesta humana ante el trauma con el fin de desarrollar nuevas formas de intervención basadas en modelos más positivos, centrados en la salud y la prevención, que faciliten la recuperación y el crecimiento personal. Se trata de adoptar un paradigma desde un modelo de salud que ayude a conceptualizar, investigar, diseñar e intervenir efectiva y eficientemente en el trauma.

La labor del psicólogo vista desde la Psicología Positiva debe servir para reorientar a las personas a encontrar la manera de aprender de la experiencia traumática y progresar a partir de ella, teniendo en cuenta la fuerza, la virtud y la capacidad de crecimiento de las personas.

REFERENCIAS

- Affleck, G., Tennen, H. y Gershman, K. (1985). Cognitive adaptations to high-risk infants: The search for mastery, meaning and protection from future harm. *American Journal of Mental Deficiency, 89*, 652-656.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. y Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 29-35.
- Affleck, G. y Tennen, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parent's psychological well-being. *Children's Health Care, 20*, 6-14.
- Affleck, G. y Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality, 64*, 899-922.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1999). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza.
- Bartone, P.T. (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War. En J.M. Violanti,

- D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático. *Clínica y Salud*, 15 (3), 227-252.
- Block, J. y Kremen, A.M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G.A. y Kaltman, S.(2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bonanno, G.A. y Keltner, D.(1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126-137.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.
- Bonanno, G.A., Field, N.P., Kovacevic, A. y Kaltman, S. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 184-196 .
- Brickman, P., Coates, D. y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36 (8), 917-927.
- Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G. y McMillan, J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *Journal of Social Psychology*, 138, 789-791.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Post-traumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (2000). Early Posttraumatic Interventions: Facilitating Possibilities for Growth. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Carver, C.S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 66, 607-619.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid: Gedisa (Orig., 2001).
- Davidson, J.R. (2002). Surviving disaster: what comes after trauma? *British Journal of Psychiatry*, 181, 366-368
- Everstine, D. y Everstine, L. (1993). *The Trauma Response*. New York: Norton
- Gillham, J.E. y Seligman M.E.P.(1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 163-173
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654
- Fredrickson, B.L. y Tugade, M.M. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-27.
- Galea, S., Vlahovm, D., Ahern, J., Susser, E.Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress Disorder in New York City after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.
- Gist, R. y Woodall, J. (2000). There are no simple solutions to complex problems. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp. 81-96). Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Hull, A.M., Alexander, D.A. y Klein, S. (2002). Survivors of the Piper Alpha platform disaster: long-term follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181, 433-438.
- Janoff-Bulman, R. y Wortman, C. (1977). Attributions of blame and coping in the real world: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York: The Free Press.
- Keltner, D. y Bonanno, G.A. (1997). A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 687-702.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrułnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003.

- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A.S., Hubbard, J.J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N. y Ramírez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- McMillen, C., Zuravin, S. y Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1037-1043.
- Mitchell, J.T. (1992). Protecting your people from critical incident stress. *Fire Chief*, 36, 61-67.
- O'Leary, V.E. (1998). Strength in the face of adversity: individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2):425-445.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Park, C.L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54(2):267-277.
- Paton, D.G., Smith, L., Violanti, J.M. y Eräen, L. (2000). Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3), 235-254.
- Richters, J.E. y Martínez, P.E. (1993). Violent communities, family choices and children's chances: an algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, 5, 609-627.
- Saakvitne, K.W., Tennen, H. y Affleck, G. (1998). Exploring thriving of clinical trauma theory: constructivist self development theory. *Journal of Social Issues*, 54(2):279-299.
- Sanders, C.M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. En Stroebe, W., Stroebe, M.S y Hansson, R.O. (Eds.) *Handbook of Bereavement: Theory, research and intervention*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Schmied, L.A. y Lawler, K.A. (1986). Hardiness, Type A behavior, and the stress-illness relation in working women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1218-1223.
- Shuchter, S.R. y Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En W. Stroebe, M.S. Stroebe y R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, research and intervention*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Stroebe, W. y Stroebe, M.S. (1987) *Bereavement and health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stuhlmiller, C. y Dunning, C. (2000). Challenging the mainstream: from pathogenic to salutogenic models of posttrauma intervention. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp. 10-42). Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Summerfield, D. (1999). Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de trauma psicológico. En P. Pérez Sales. (Ed.), *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid: Exilibris
- Taylor, S. E., Lichtman, R.R. y Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (2000). Posttraumatic growth: A new focus in psycho traumatology. *Psy-talk, Newsletter of the British Psychological Society Student Members Group*, April 2000.
- Tomkiewicz, S. (2003). El buen uso de la resiliencia : cuando la resiliencia sustituye a la fatalidad. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, (Orig., 2001).
- Vanistendael, S. (2003). La resiliencia en lo cotidiano. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa (Orig., 2001).
- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wortman, C.B. y Silver, R.C. (1989). The Myths of Coping With Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.

EL MODELO AMERICANO DE COMPETENCIA CULTURAL PSICOTERAPÉUTICA Y SU APLICABILIDAD EN NUESTRO MEDIO

THE AMERICAN MODEL OF PSYCHOTHERAPEUTIC CULTURAL COMPETENCE AND ITS APPLICABILITY IN THE SPANISH CONTEXT

Adil Qureshi Burckhardt y Francisco Collazos Sánchez
Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona

La progresiva presencia de usuarios culturalmente diferentes en los servicios de salud mental constituye un reto importante para la calidad asistencial. Se ha propuesto la competencia cultural como un enfoque general para mejorar estos servicios, lo que implica cambios tanto a nivel institucional como clínico. La gran mayoría de los modelos de competencia cultural se han desarrollado en los Estados Unidos. La competencia cultural clínica consiste en la adquisición de unos conocimientos específicos, unas habilidades y unas actitudes con los que poder ofrecer un tratamiento adecuado, individualizado y culturalmente sensible. Pese a disfrutar de un esperanzador comienzo, la competencia cultural en salud mental necesita hoy en día un mayor impulso que permita su correcta definición y adaptación de cara a su efectiva aplicación en el contexto español.

Palabras clave: Competencia cultural; psiquiatría transcultural; inmigración, psicoterapia.

The increasing presence of culturally different clients in Spanish mental health services constitutes an important challenge for the effective delivery of care. Cultural competence has been proposed as a general approach for improving services, which requires changes at both institutional and clinical levels. The vast majority of cultural competence models have been developed in the United States. Clinical cultural competence consists of specific knowledge, skills, and attitudes that function together to provide an individualized, cultural sensitive and appropriate treatment. Although a very promising start, cultural competence in mental health needs to be further defined, adapted, and researched for effective application in the Spanish context.

Key words: cultural competence; transcultural psychiatry; psychotherapy.

El tener como objetivo concretar la buena práctica a través de estándares y competencias formalizadas refleja el pragmatismo de los norteamericanos. En casi todas las áreas de asistencia social-sanitaria se han desarrollado, o están desarrollándose, unas directrices y competencias para el trabajo con personas que pertenezcan a diferentes culturas y razas. Los modelos suelen tratar la competencia desde los niveles estructural, institucional, y clínico. En Medicina se ha puesto más atención en los niveles estructural e institucional, mientras que en Psicología se ha puesto en el nivel clínico. Aunque se prestará más atención a este último, el compromiso estructural e institucional hacia la diversidad cultural y racial es imprescindible.

Es evidente que el modelo norteamericano no es cien por cien aplicable a un contexto multicultural tan diferente como el de España. Sin embargo, se deben valorar sus más de 30 años de experiencia en este campo y el trabajo

multicultural que se ha venido haciendo en Psicología, Medicina, Enfermería, etc., promoviendo grupos de trabajo o revistas profesionales como la de la Asociación de Intereses No-blancos, la Revista de Psicología Negra, o la Asociación de *Counseling* Multicultural. Hay que subrayar que el trabajo en este campo no empezó con la llegada a EEUU de poblaciones de diferentes culturas y razas (que ya estaban en el país casi desde su origen) sino con la inclusión de numerosos profesionales de minorías étnicas a hospitales, universidades, y asociaciones profesionales.

DEFINICIONES

En la literatura norteamericana se ha reconocido que existen importantes problemas con la provisión de servicios socio-sanitarios a personas procedentes de diferentes grupos étnicos. No sólo hay problemas con la nomenclatura, sino también con conceptos básicos que exigen una aclaración antes de empezar, para asegurar que estamos hablando del mismo tema.

Cultura

A menudo, la definición de cultura que utilizamos entien-

Correspondencia: Adil Qureshi Burckhardt. Programa de Psiquiatría Transcultural. Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Pg. Vall d'Hebron 119-129. 08035 Barcelona. España. E-mail: aqureshi@vhebron.net



de ésta como una serie de artefactos, costumbres, rituales, comida, valores, hábitos, etc., o sea, productos y actividades. Aunque como heurística no está mal, conlleva algunas limitaciones importantes a la hora de manejar el trabajo intercultural. La cultura entendida así es algo fijo en el tiempo y el espacio, algo que se puede conocer, tener, y perder. La competencia cultural exige un entendimiento diferente que trataremos a continuación.

Otra perspectiva entiende que la cultura es un proceso y un contexto. Según Jenkins (1996), la cultura es:

un contexto de símbolos y significados más o menos conocidos que las personas crean y recrean dinámicamente para sí mismos en el proceso de interacción social. La cultura es, pues, la orientación de las diferentes maneras de sentir, pensar, y ser en el mundo de un pueblo-su no autoconsciente, la medida de la experiencia, la interpretación, y la acción. Como un contexto, la cultura es la que a través de la experiencia y la actividad humana - incluyendo las emociones - debe ser interpretada. Este punto de vista de la cultura intenta tener en consideración la calidad de las culturas como algo emergente, disputado, y temporal, por tanto evitar que las nociones de la cultura sean algo estático, homogéneo, y necesariamente compartido o incluso coherente. (p. 74).

En el contexto sociosanitario, la importancia de la cultura está relacionada con la interpretación. La cultura condiciona la interpretación de la situación (la enfermedad o el problema y su causa, la relación asistencial, la manera de solucionar el problema) del usuario y del profesional.

Raza

La raza es un concepto que define la realidad norteamericana y al que en la Europa continental se le niega su existencia. Como el modelo que se está presentando es norteamericano, será útil definir cómo es entendido el concepto dentro de las ciencias sociales allí, en Estados Unidos.

Casi nadie entiende la raza como un fenómeno biológico; la raza es entendida como un constructo social utilizado para controlar el acceso a los recursos. Janet Helms, una de las pioneras del *counseling* multicultural, utiliza la palabra "socio-raza" para enfatizar el aspecto socio-político del concepto. La base de la diferencia es arbitraria; sea por el color de la piel, lugar de origen, religión u origen étnico. Según Martínez y Carreras (1998), el racismo es:

una construcción social ideológica, sostenida por una gran variedad de intereses adicionales, su-

perpuestos a los estrictamente científicos, y condicionada por un modelo específico de relaciones internacionales económicas y políticas que otorgó y otorga a sus defensores algún tipo de provecho con su mantenimiento y persistencia. (p. 62)

El racismo es una relación de poder y, por tanto, hablar de raza implica reconocer un desequilibrio de poder entre diferentes grupos.

Inmigrante

Los Estados Unidos y Canadá son países compuestos mayoritariamente por inmigrantes y sus familiares. Cualquier persona que se traslada a otro país para buscar una nueva vida es un inmigrante, no sólo aquellas personas que quieren mejorar su nivel económico. Los factores estresantes relacionados con la inmigración (el cambio de cultura, dejar el lugar de origen, sentirse diferente, la discriminación percibida) pueden afectar a cualquier inmigrante; aunque cuantos más recursos se tengan, más fácil es afrontar esos factores estresantes. Dentro del modelo de las competencias culturales un inmigrante es una persona que viene de otro país para buscar una nueva vida.

Grupo étnico

Grupo étnico se refiere a un grupo más específico de características compartidas, distintas de la cultura, que se pueden referir a un subgrupo dentro de una cultura en particular - por ejemplo los inuit en Canadá o a un grupo que esté presente en diferentes culturas por ejemplo los kurdos en Turquía, Iraq, y en otros lugares donde se encuentren. Según Helms y Cook (1999), la etnicidad puede entenderse como "los orígenes nacionales, regionales o tribales de uno de los antecesores recordados más viejos, y las costumbres, tradiciones y rituales que estos antecesores han dejado..." (p.19).

Identidad

Dentro del contexto general de sociedades multiculturales, la identidad juega un papel cada vez más importante. Los orígenes culturales, raciales o étnicos pueden afectar a los individuos de dos maneras importantes. La primera, y más básica, es en el contexto de la cultura: determina el sistema de significados por el cual uno da sentido al mundo. El segundo es en el contexto de la identidad, o cómo uno se ve a sí mismo. La identidad, por definición, se refiere a la constancia en el tiempo, y la identidad étnica o racial de uno es una parte importante de este proceso. Los trabajos de investigación han demostrado, por ejemplo, que la identificación étnica o



racial modera el consumo de drogas (Brook, 1998; Brook, Whiteman, Balka, Win, y Gursen, 1998; Marsiglia, Kulis, y Hecht, 2001). Cuanto más se identifica alguien con una identidad étnica, menos probable es que éste abuse de las drogas.

El mundo académico está valorando, cada vez más, la noción de identidad étnica o racial para que se extienda más allá de una simple ecuación que suma cero (uno se identifica o no con un grupo en cuestión), y se pueda llegar a una definición que considere la identidad como un proceso (Helms y Cook, 1999; Phinney, 1990) que se relaciona directamente con habilidades de resistencia, vulnerabilidad y salud mental. La noción general es que hay muchas maneras distintas de identificarse con el grupo, y que las variables pertinentes incluyen el grado de identificación, la manera de identificarse, y el modo en que uno negocia la identidad entre su grupo étnico o racial y el grupo de la cultura dominante. Como se verá, el modelo de competencia cultural considera que el personal socio-sanitario debe estar al día de los diferentes modelos de identidad.

Los modelos más aceptados empiezan con la noción de que la identidad racial o minoritaria/mayoritaria de un grupo es fundamentalmente dialéctica. El modo en que uno se relaciona con su propio grupo es inseparable de cómo uno se relaciona con el "otro" grupo (Carter, 1995; Helms y Cook, 1999). Como se mencionó anteriormente, la raza implica una relación de poder, y es esta relación la que está omnipresente en la identidad racial.

MODELOS MÉDICOS DE COMPETENCIA CULTURAL

Por supuesto que hay una gran variedad de modelos médicos de competencia cultural, y no puede pretenderse hacer aquí una presentación exhaustiva de cada uno de ellos. Sin embargo, los modelos tienden a compartir ciertos componentes básicos. En particular, los modelos tienden a enfatizar considerablemente las competencias institucionales y estructurales (Betancourt, Green, Carrillo, y Ananeh-Frempong, 2003; Health Resources and Services Administration US Department of Health and Human Services, 2001). La competencia se define esencialmente como el medio para cruzar las barreras que impiden el acceso a la salud pública.

Competencia institucional

El segundo ítem de los Estándares Culturales y Lingüísticos Nacionales para la Adecuación de los Servicios (CLAS) (Oficina de Salud de las Minorías Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2001) en el sistema sanitario establece:

Las organizaciones sanitarias deberían implantar estrategias para reclutar, retener y promocionar dentro de todos los niveles de la organización un equipo diverso y un liderazgo que representen las características demográficas del área de servicios.

En el ámbito institucional o de organización, las barreras más importantes tienen que ver con la representación de los miembros de grupos de minorías étnicas en posiciones de liderazgo y la población trabajadora en general. La idea es que la diversidad en posiciones de liderazgo, y entre la población trabajadora en general, contribuiría significativamente al desarrollo e implantación de políticas, protocolos y sistemas de atención apropiados para poblaciones minoritarias. Es más, se ha visto que la presencia de profesionales pertenecientes a los grupos minoritarios lleva a grandes niveles de satisfacción y confianza por parte de los pacientes (Saha, Komaromy, Koespell, y Bindman, 1999). Como cabe esperar, los pacientes que se pueden comunicar con su médico en su lengua nativa demuestran niveles más elevados de satisfacción. La competencia, pues, a este nivel implica un reclutamiento activo y una promoción de los profesionales que representan a los grupos minoritarios.

Por supuesto, la situación en España es distinta, ya que su historia multicultural es considerablemente más corta. Al mismo tiempo, hay una serie de pasos que se pueden tomar, como facilitar el proceso de convalidación (homologación) e incentivar a la población minoritaria más joven para que se matriculen en carreras biosanitarias o de trabajo social.

Competencia estructural

El resto de los ítems de CLAS pertenecen esencialmente a temas de estructuración que los centros sanitarios han de seguir para asegurar que los pacientes de minorías étnicas reciban el mismo nivel de atención sanitaria que los otros pacientes de grupos mayoritarios. Por supuesto, también se da el caso de que las barreras estructurales existentes impiden el acceso a los servicios sanitarios a los grupos mayoritarios, un fenómeno que es más frecuente en sistemas con salud privada y salud pública, como es el caso de EEUU y España.

La competencia estructural es una respuesta a las barreras específicas que impiden el acceso a los servicios sanitarios de calidad. Una de las barreras más importantes es la lingüística (Baylav, 1996; Betancourt y cols., 2003; Bowen, 2001; Duffy y Alexander, 1999). Por supuesto, la CLAS enfatiza la importancia de la disponibilidad de intérpretes o mediadores culturales, de profesionales que tengan un mínimo de conocimientos lingüísticos, y de asegurar que la



señalización, los folletos, formularios y toda la información escrita en general esté disponible en los idiomas de los principales grupos a los que se atiende.

Aunque el idioma es importante, no es la única barrera estructural. Una barrera es cualquier aspecto de la atención sanitaria que contribuye al mal uso de ésta. La competencia cultural estructural, pues, incluye adaptar la institución a las necesidades y hábitos del usuario. Esto podría significar ampliar las horas abiertas al público, ofrecer la posibilidad de aparecer sin cita previa en la consulta médica como una opción a la visita concertada, facilitación de clínicas móviles, etcétera. El objetivo es la creación de un sistema sanitario que asegure el "total acceso a los servicios médicos de calidad para todos sus pacientes" (Betancourt y cols., 2003), de modo que los servicios sanitarios se adapten a las necesidades de sus usuarios. Esta noción contrasta con la que afirma que es el usuario el que debe adaptarse al sistema sanitario, perspectiva que comparten muchos profesionales sanitarios.

En resumen, las competencias estructurales culturales implican que todo el sistema sanitario y sus instituciones deben dar prioridad a los temas que afecten a la diversidad cultural. Esto implica que se incluyan como modelo de buena práctica sanitaria, que expertos culturales estén disponibles para posibles consultas, que se contraten intérpretes o mediadores culturales o que estén disponibles cuando se requieran, que haya una formación continuada sobre el tema, y que se haga un esfuerzo para asegurar que el espacio físico refleje la sensibilidad cultural.

Competencia cultural clínica

En la literatura médica, la competencia cultural clínica normalmente incluye la sensibilidad cultural, el conocimiento cultural, los conocimientos especializados y, ocasionalmente, la humildad cultural. En general, la literatura médica enfatiza el conocimiento sobre los aspectos culturales de algunas enfermedades y los estilos en la comunicación, e incluso el proceso de la propia comunicación (Betancourt y cols., 2003; Health Resources and Services Administration US Department of Health and Human Services, 2001; Like, Betancourt, Kountz, Lu, y Rios, 2001/2002; Misra-Herbert, 2003). En menor medida, y principalmente en el terreno de enfermería, el reconocimiento de uno mismo como ser cultural se considera importante (Campinha-Bacote, 1999; Purnell, 2000; Tervalon y Murray-Garcia, 1998; Wells, 2000).

COMPETENCIAS MULTICULTURALES DE COUNSELING

La versión inicial de las Competencias Multiculturales en *Counseling* (CMCs) (Sue y cols., 1982) se desarrollaron

en 1982 dentro de la División de Psicología de *Counseling* de la Asociación Americana de Psicólogos, y se hizo una revisión de la misma en 1992 (Sue, Arredondo, y McDavis, 1992) por petición del presidente de la Asociación de *Counseling* y Desarrollo Multicultural. En 1996 las competencias se elaboraron un poco más (Arredondo y cols., 1996), hasta formar las bases de las *Guidelines* de Educación, Entrenamiento, Investigación y Práctica Multicultural y Cambios de Organización para Psicólogos publicado en 2003 por la Asociación Americana de Psicólogos (American Psychological Association, 2003). Las Competencias han sido apoyadas por la División de Psicología de *Counseling* y la División de Estudios de Minorías Étnicas, así como por la Asociación por la Educación y Supervisión del *Counselor* y seis Divisiones más de la Asociación Americana de *Counseling*. En la actualidad, aunque no todo el mundo las apoya, las Competencias han sido muy bien recibidas dentro de la Psicología en Norteamérica.

Lo que diferencia este modelo de otros enfoques en competencias culturales es el énfasis que hace en que el terapeuta sea consciente de sí mismo y se explore a nivel personal. Se urge a los terapeutas a que se exploren profundamente a sí mismos como un paso importante para alcanzar la competencia cultural.

En cualquier relación de ayuda, pero en particular en la relación con un terapeuta, ciertas actitudes silenciosas o inconscientes, o las propias creencias pueden afectar profundamente al resultado del proceso terapéutico. Un individuo que atiende al público puede tener un cierto conocimiento del grupo cultural con el que trabaja, e incluso puede haber desarrollado técnicas de intervención apropiadas para estos grupos, pero los prejuicios, a menudo inconscientemente, pueden impedir ofrecer una ayuda efectiva. Esto se ha comprobado en estudios que muestran cómo los médicos dispensan menos analgésicos a pacientes que no son blancos (Green y cols., 2003; Tervalon y Murray-Garcia, 1998), y cómo los profesionales de salud mental diagnostican a los individuos pertenecientes a minorías más frecuentemente enfermedades mentales severas (Bhugra, 2000; Lu, Lim, y Mezzich, 1995).

El tema del prejuicio no se puede pasar por alto. En sociedades multiculturales como en el caso de Estados Unidos y Canadá, la gente es muy consciente de este tema, y conoce la manera políticamente correcta de hablar y comportarse al respecto. La mayoría de los profesionales no desean ser considerados racistas y no se ven como tales. Uno de los puntos más comunes e incómodos del discurso multicultural, particularmente cuando se incluye tanto a miembros del grupo minori-



tario como del mayoritario, es el de las acusaciones de racismo contra los grupos mayoritarios. Esto es a menudo un golpe para la gente que hace un esfuerzo por ser antirracista. Trabajos de investigación han demostrado ampliamente que hay una preferencia por los grupos que comparten unas normas comunes, y un rechazo automático y actitudes estereotipadas hacia los miembros de grupos que se salen de la norma (Banaji, Blair, y Glaser, 1997; Dovidio, Kawakami, y Gaertner, 2002).

Las CMCs, como la mayoría de modelos de competencia, están basadas en actitudes y creencias, conocimientos y habilidades, cada uno de ellos aplicado en las siguientes áreas (Arredondo y Toporek, 2004; Arredondo y cols., 1996; Sue y cols., 1998):

1. El *counselor* debe ser consciente de sus propios valores culturales y rechazos o prejuicios
2. El *counselor* debe ser consciente de la opinión que su usuario tiene del mundo
3. Las estrategias de intervención cultural adecuadas.

El modelo es complejo por su aplicación de construcción 3x3, sin embargo esto se ha hecho para enfatizar que las tres competencias son aplicables a cada dominio; por ejemplo, ser consciente de uno mismo es una habilidad que requiere conocimientos.

El counselor debe ser consciente de sus propios valores culturales y rechazos o prejuicios.

La primera área es esencialmente la transparencia de uno mismo, y requiere que el terapeuta se involucre activamente en entender su propia situación cultural y cómo ésta influye en el modo en que se relaciona con el mundo. Los Modelos de Educación, Entrenamiento, Investigación y Práctica Multicultural, y los Cambios de Organización para Psicólogos publicada por la Asociación Americana de Psicólogos en 2003, resume este punto muy adecuadamente es su Modelo 1 (American Psychological Association, 2003):

Los psicólogos deben reconocer que, como seres culturales, puede que tengan actitudes y creencias que pueden tener una influencia perjudicial en su percepción o interacción con individuos que sean étnica y racialmente diferentes de sí mismos (p.382).

Este reconocimiento requiere un compromiso total a la hora de tomar conciencia y entenderse a uno mismo en relación con su propia parte cultural. Nos obliga a hurgar en nuestra propia herencia cultural para desarrollar una identidad racial positiva. En resumen, la competencia en este dominio requiere que uno quiera conocer la parte cultural de sí mismo, para poder entender así cómo

esta afecta a nuestras interacciones con los otros, y poder dar los pasos necesarios para hacer avanzar este proceso. Esta conciencia de uno mismo incluye examinar cómo nos afecta el racismo y la discriminación, y como consecuencia de ello uno comparte actitudes y creencias racistas o con prejuicios. Para los miembros de grupos mayoritarios, esto requiere la exploración de los privilegios y beneficios que adquieren por el mero hecho de ser identificados como miembros del grupo mayoritario. Beneficios que son fruto del racismo que existe en individuos, instituciones y en la cultura. Esto implica claramente una habilidad y unas ganas de meterse uno mismo en un proceso de exploración que no es ni confortable ni socialmente deseable, pero que se considera esencial para poder hacer el trabajo intercultural efectivamente. Finalmente, esta competencia incluye la conciencia y entendimiento de cómo afecta a los usuarios la propia ubicación cultural y racial.

Comprensión de la perspectiva del paciente

Este área supone una parte esencial para alcanzar la empatía intercultural. El terapeuta culturalmente competente debe tratar de comprender la perspectiva del usuario y, aunque no siempre comparta estas expectativas y perspectivas, al menos deberá respetarlas y apreciarlas. La competencia en actitudes y creencias implica la aplicación de la auto-transparencia antes comentada, así como de las habilidades que permitan observar y controlar los juicios negativos y las reacciones emocionales hacia los pacientes.

Comprender la perspectiva del paciente implica, evidentemente, disponer del conocimiento cultural suficiente. Este conocimiento se compone de tres partes:

- La primera supone un conocimiento profundo de la cultura del paciente, de su herencia cultural y su pasado histórico. Dado que el conocimiento cultural es nomotético; y como la pertenencia a un grupo étnico o racial es algo demográfico, pero no psicológico, las Competencias en *Counseling* Multicultural admiten firmemente el uso de los modelos de identidad descritos con anterioridad, como medio para individualizar el conocimiento cultural y dotarlo así de un mayor significado comportamental y psicológico.
- El conocimiento cultural, en las Competencias en *Counseling* Multicultural, implica también la conciencia acerca de cómo la raza y la cultura influyen en las personas, no sólo sobre conceptos generales como el desarrollo psicosocial, sino también sobre preocupaciones concretas de la salud mental como las representaciones del malestar, las conductas de búsqueda



queda de ayuda, o las expectativas respecto al proceso terapéutico.

- Por último, la competencia en conocimiento cultural implica un entendimiento de la influencia que los factores sociopolíticos y económicos tienen sobre las vidas de los miembros de los grupos minoritarios.

La competencia en habilidades de esta área conlleva, esencialmente, la búsqueda activa de la educación y las experiencias necesarias para desarrollar la empatía cultural.

Estrategias de intervención culturalmente apropiadas

Esta área es la más concreta de las tres y, quizás, la que despierta más interés entre los profesionales de la salud, ya que determina lo que uno debe *hacer* cuando trabaja con pacientes de diferentes culturas. Lo que no puede pretenderse es que esta área sirva como un libro de cocina en el que el profesional pueda encontrar la receta necesaria para tratar adecuadamente a cada usuario, según sea su pertenencia cultural o étnica. De hecho, lo que aporta son las actitudes, las creencias y habilidades necesarias para realizar intervenciones eficaces, pero en ningún caso describe las intervenciones como tales.

La intervención eficaz requiere, como punto de partida, que el profesional respete al usuario. Esto implica el respeto tanto por las creencias sobre el malestar o el problema, como por las posibles soluciones al problema que sugiera el paciente. La competencia en esta área conlleva un conocimiento general de los abordajes asistenciales habituales en la sociedad mayoritaria, de las instituciones implicadas, y de las maneras en que están sesgados culturalmente, lo que puede impedir un trabajo eficaz, ya sea porque se impide el acceso o porque ofrecen un servicio culturalmente inapropiado.

La flexibilidad está en la base de cualquier competencia en habilidades. El terapeuta debe adaptarse a las necesidades y deseos del paciente, siempre dentro del marco ético apropiado. El terapeuta culturalmente competente puede aplicar sin dificultad sus conocimientos sobre los diferentes estilos de comunicación; debe ser experto en interpretar correctamente las señales, verbales y no verbales, y los mensajes que envía el paciente; y debe saber responder al paciente de una manera que le resulte comprensible. La intervención del terapeuta debería ser congruente con las necesidades del paciente más que con la filosofía del profesional, aunque la flexibilidad tiene sus límites. A este respecto, los profesionales deben conocer cuáles son sus límites, y cuándo está indicada la derivación. Además, el profesional competente sabe discernir cuándo es necesario realizar una inter-

vención más social o institucional, y sabe dar los pasos necesarios para asegurar que sea realizada. Una intervención flexible y eficaz no se limita a saber cuándo debe hacerse una derivación, sino también cuándo consultar con un sanador tradicional o con los líderes religiosos o de la comunidad, en un esfuerzo por ajustar la asistencia a las necesidades del usuario. Del mismo modo, como es evidente, el profesional sanitario debería asegurar que los servicios se prestan en la lengua preferente del paciente. Esto puede suponer hacer las derivaciones oportunas, o asegurar la disponibilidad de mediadores culturales.

Es importante subrayar que aunque la flexibilidad es importante, los servicios deben ser consecuentes con las competencias del terapeuta; y los servicios prestados, aunque flexibles, no deben dejar de ser *counseling* o psicoterapia. Es esencial que el profesional informe y eduque al paciente sobre la naturaleza del trabajo que se va a hacer y lo que implica. Mucha gente no tiene experiencia en psicoterapia y, por tanto, no tienen ni idea de lo que pueden obtener. Una comunicación y tratamiento eficaces requieren un entendimiento mutuo de lo que se está haciendo. (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Es importante señalar que las competencias en *counseling* multicultural no son una reposición ni una sustitución

TABLA 1
APLICACIÓN DE LA COMPETENCIA EN ACTITUDES Y CREENCIAS

La pareja marroquí

Una mujer marroquí tiene una cita con su psicólogo, a la que acude acompañada por su marido. Cada pregunta que el médico dirige a la mujer, responde el esposo. La mujer permanece sentada con la cabeza inclinada, evitando cualquier contacto visual con el clínico. ¿De qué manera se puede interpretar lo que está ocurriendo? Muchos pueden considerar que se trata de un claro ejemplo de sexismo, inherente a las culturas árabes y musulmanas, y que el marido es un machista que pretende controlar a la mujer. Si se aplican las competencias culturales, el clínico debe, antes que nada, reconocer sus prejuicios hacia esta pareja y hacia las culturas árabes y musulmanas, así como identificar el posible sesgo que supone esta crítica basada en principios occidentales. Luego, el clínico debe intentar aplicar la empatía cultural, esto es, entender el comportamiento del paciente desde la perspectiva de éste. ¿Podría existir otra explicación?, ¿podría ser que el marido estuviera haciendo, simplemente, lo que dicta su cultura?, ¿podría ser que lo que en realidad está haciendo el marido es responsabilizarse del bienestar de su esposa?

Sin duda, para muchos de nosotros adoptar el "punto de vista del nativo" no es fácil, y se tiende a sugerir argumentos desde otras perspectivas. La competencia cultural, sin embargo, requiere que no imponamos nuestros valores sobre los pacientes, sino que los aceptemos como personas razonables e inteligentes.



de las habilidades ya existentes en *counseling*. Aunque las CMCs son críticas con los modelos occidentales existentes, tampoco ellas aportan una sugerencia alternativa para el abordaje terapéutico, más allá de ampliar el rol del terapeuta. El abordaje específico ha llegado hasta el nivel del clínico/individuo, pero no está claro hasta qué punto dada la naturaleza de las críticas, puede servir para el abordaje convencional. Al mismo tiempo, está claro que las CMCs no proponen descartar la psicología convencional, de hecho, el sistema operativo sigue incluido, firmemente, en el abordaje tradicional, aunque con modificaciones. Lo que ofrecen las competencias en *counseling* multicultural, sobre todo, es un paradigma orientativo que permite a los terapeutas sensibilizarse en aspectos que, cuando son eficazmente cubiertos, pueden hacer que los servicios sean más sensibles con los miembros de los grupos étnicos minoritarios.

Lo que queda claro es que la competencia cultural institucional y la estructural son la base de la competencia cultural clínica. Es cierto que los individuos pueden esforzarse por alcanzar esa pericia con un modelo como el de las CMCs, sin embargo, salvo que su centro clínico o terapéutico y las autoridades sanitarias respalden el proceso, la competencia cultural no dejará de ser una ocurrencia meramente individual, más que un fenómeno verdaderamente coordinado e integrador. La disponibilidad de mediadores culturales, el reclutamiento de profesionales pertenecientes a las minorías étnicas, las adaptaciones estructurales encaminadas a adaptar los servicios a las necesidades culturales de los usuarios, el acceso a consultores culturales y una formación continuada en competencias culturales, requieren un serio compromiso por parte de la administración y la institución. A un nivel individual, la competencia cultural requiere algo más que la mera acumulación de conocimientos y el deseo de atender a personas interesantes. Requiere, además, el valor de comprometerse en una seria reflexión sobre los prejuicios y sesgos personales de cada uno.

En el panorama actual en España, donde hay una marcada evolución hacia una sociedad cada vez más multicultural, como consecuencia directa de un fenómeno migratorio en constante progresión, debe empezarse a contemplarse la trascendencia de la competencia cultural. Por razones históricas evidentes, no ha sido ésta motivo de interés por los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular. Sin embargo, esta tendencia demográfica hacia la multiculturalidad lleva a replantearse este desinterés y plantea un reto que tiene como objetivo el poder ofrecer a todos los usuarios

del sistema sanitario una asistencia de calidad equitativa, independientemente de cuál sea su origen étnico o cultural. De esta manera, resulta cabal pensar que, próximamente, cualquier dispositivo asistencial en salud mental en nuestro medio, deberá incorporar, dentro de sus criterios de calidad, el de la competencia cultural. El modelo que se debe seguir no tiene por qué ser exactamente el americano que en este artículo se ha presentado. Hasta ahora, no ha habido ningún modelo que se pueda decir que haya alcanzado la excelencia y, por tanto, pueda servir de referente para nuestro medio. Las características de la sociedad española, de sus grupos étnicos, del fenómeno migratorio, de su situación geográfica, de su sistema de salud, etc., hacen que no pueda aplicarse con exactitud ninguno de los modelos existentes, sino que se requiere un esfuerzo de adaptación, flexibilidad y, por qué no, de imaginación, acordes a las condiciones del medio.

Nota: El artículo está basado en la ponencia: "El modelo de la competencia cultural (Estados Unidos y Canadá) su aplicación en el ámbito de la toxicomanía". II Jornadas sobre transculturalidad a la XAD, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Direcció General de Drogopèndències i Sida, Generalitat de Catalunya, Marzo, 2004 Barcelona

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2003). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice and Organizational Change for Psychologists. *American Psychologist*, 58(5), 377-402.
- Arredondo, P., y Toporek, R. (2004). Multicultural Counseling Competencies = ethical practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(1), 44-56.
- Arredondo, P., Toporek, R., Pack Brown, S., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., y Stadler, H. (1996). Operationalizing of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 42-78.
- Banaji, M. R., Blair, I. V., y Glaser, J. (1997). Environments and unconscious processes. In R. S. Wyer (Ed.), *The automaticity of everyday life: Advances in social cognition* (Vol. 10, pp. 63-74). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Baylav, A. (1996). Overcoming culture and language barriers. *Practitioner*, 240(1563), 403-406.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., y Ananeh-Frempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Re-*



- ports, 118, 293-302.
- Bhugra, D. (2000). Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(s407), 68-73.
- Bowen, S. (2001). *Language Barriers to Access to Healthcare*. Ottawa: Publications, Health Canada.
- Brook, J. S. (1998). Drug use among African Americans: Ethnic identity as a protective factor. *Psychological Reports*, 83, 1427-1446.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Balka, E. B., Win, P. T., y Gursen, M. D. (1998). Drug use among Puerto Ricans: Ethnic identity as a protective factor. *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*, 20(2), 241-254.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Carter, R. T. (1995). *The influence of race and racial identity in psychotherapy: Toward a racially inclusive model*. New York: Wiley.
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., y Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal Personality and Social Psychology*, 82(1), 62-68.
- Duffy, M. M., y Alexander, A. (1999). Overcoming language barriers for non-English speaking patients. *Ana J*, 26(5), 507-510, 528.
- Green, C. R., Anderson, K. O., Baker, T. A., Campbell, L. C., Decker, S., Fillingim, R. B., y cols. (2003). The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Medicine*, 4(3), 277-294.
- Health Resources and Services Administration US Department of Health and Human Services. (2001). *Cultural competence works: Using cultural competence to improve the quality of health care for diverse populations and add value to managed care arrangements*. Merrifield, VA: Health Resources and Services Administration U.S. Department of Health and Human Services.
- Helms, J. E., y Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: theory and process*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Jenkins, J. H. (1996). Culture, emotion, and psychiatric disorder. En C. F. Sargent y M. Thomas (Eds.), *Medical anthropology: Contemporary theory and method* (pp. 71-87). Westport, CT: Praeger.
- Like, R. C., Betancourt, J. R., Kountz, D. S., Lu, F. G., y Rios, E. (2001/2002). A Medical Mosaic: Achieving Cultural Competency in Primary Care. *American Journal of Multicultural Medicine*, 7-19.
- Lu, F. G., Lim, R., y Mezzich, J. E. (1995). Issues in the Assessment and Diagnosis of Culturally Diverse Individuals. En J. Oldham y M. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry* (Vol. 14, pp. 477-510). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marsiglia, F. F., Kulis, S., y Hecht, M. L. (2001). Ethnic labels and ethnic identity as predictors of drug use among middle school students in the Southwest. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 21-48.
- Martínez, A. y Carreras, J. (1998). *Del racismo a la interculturalidad. Competencia de la educación*. Madrid: Narcea.
- Misra-Herbert, A. (2003). Physician cultural competence: Cross-cultural communication improves care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 70(4), 289-303.
- Oficina de Salud de las Minorías Departamento de Salud y Servicios Humanos. (2001). *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care: Executive Summary in Health Care*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- Phinney, J. (1990). Ethnic identity in adolescence and adulthood: A review of research. *Psychological Bulletin*, 108, 499-514.
- Purnell, L. (2000). A description of the Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), 40-46.
- Saha, S., Komaromy, M., Koespell, T. D., y Bindman, A. B. (1999). Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 997-1004.
- Sue, D. W., Arredondo, P., y McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 70(4), 477-486.
- Sue, D. W., Bernier, Y., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P. B., Smith, E. J., y cols. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist*, 10, 45-52.
- Sue, D. W., Carter, R. T., Casas, J. M., Fouad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M., y cols. (Eds.). (1998). *Multicultural counseling competencies: Individual and organizational development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tervalon, M., y Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 9(2), 117-125.
- Wells, M. I. (2000). Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing*, 17(4), 189-199.



¿DEBEN REGULARSE HOY COMO PROFESIONES SANITARIAS TODAS LAS DISCIPLINAS RELACIONADAS CON LA SALUD?

Comentario sobre los estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores

SHOULD ALL HEALTH-RELATED DISCIPLINES BE REGULATED AS HEALTH PROFESSIONS?

Comments on the studies by Professor Buela-Casal and colleagues

César González-Blanch

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Este comentario se escribe a propósito de los estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores sobre la imagen de la Psicología como profesión sanitaria. En contra de la conclusión general de los autores, los resultados sugieren que la Psicología y la Psicología Clínica no son igualmente reconocidas como sanitarias. En el mismo sentido, la mayoría de los psicólogos colegiados considera que únicamente los psicólogos clínicos están capacitados para diagnosticar y tratar los trastornos emocionales y mentales. Finalmente, se comentan algunos problemas en la representatividad de las muestras estudiadas, la utilidad del COPPS y el planteamiento del estudio, lo que limita su contribución al debate sobre la regulación como profesiones sanitarias de las especialidades no-clínicas de la Psicología.

Palabras clave: Psicología clínica, profesiones sanitarias, estudios de opinión, regulación profesional.

This commentary is written in regard to the studies by professor Buela-Casal and colleagues on the image of Psychology as a health profession. Contrary to the general conclusion of the authors, the results suggest that Psychology and Clinical Psychology are not equally recognized as health professions. In the same way, most of the registered psychologists polled considered that only clinical psychologists are capable to diagnose and treat emotional and mental disorders. Finally, problems in the representativeness of the samples studied, the usefulness of the COPPS questionnaire, and the study approach are discussed, all of which limits the contribution of Buela-Casal et al. studies to the debate on the regulation of Psychology non-clinical specialties as health professions.

Key words: Clinical psychology, health professions, opinion studies, professional regulation.

En un número reciente de *Papeles del Psicólogo*, el profesor Gualberto Buela-Casal y colaboradores publicaron cuatro estudios de opinión independientes sobre la imagen de la Psicología como disciplina y profesión sanitaria en profesores y estudiantes universitarios, colegiados y población general (Buela Casal et al., 2005a,b,c; Sierra et al., 2005). Los trabajos se basan en la administración a distancia de un breve cuestionario en muestras amplias.

Para la recogida de las opiniones en el caso de los profesores, colegiados y estudiantes se utilizó el Cuestionario de Opinión sobre la Psicología como Profesión Sanitaria (COPPS) elaborado *ad hoc*. Los autores concluyen de modo general que las poblaciones encuestadas con el COPPS tienen una opinión favorable a la

Psicología como profesión sanitaria. Sin embargo, en la estructura factorial de la primera subescala del COPPS aparecen diferenciadas las dimensiones que agrupan a la Psicología general y a la Psicología Clínica. Las tres muestras a las que se les administra el cuestionario estiman más sanitaria (atendiendo a los supuestos del estudio) la Psicología Clínica que la Psicología general, de la que difícilmente podemos abstraer la subdisciplina clínica. Esto favorece, más que la conclusión a la que llegan los autores, el consenso previo entre los psicólogos sobre la delimitación de los perfiles profesionales (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998).

Resulta sorprendente que en el estudio sobre los universitarios no se hayan recogido datos de estudiantes de la UNED siendo ésta la de mayor alumnado (la mitad de los nuevos licenciados) y podemos suponer que con unas características distintas a las de la universidad presencial. (Nótese que ninguna de las carreras de Ciencias de la Salud se cursa a distancia, eso es propio de las titula-

Correspondencia: César González-Blanch. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Psiquiatría. Planta 2ª, Edificio 2 de Noviembre. Avda. Valdecilla s/n, 39008 Santander. España. E-mail: cgblanch@terra.es



ciones de Ciencias Sociales y Jurídicas.) En el texto no está debidamente justificada la decisión de no incluirlos, sabiendo que la UNED y sus centros asociados mantienen comunicación con sus alumnos. A pesar de ello, en las conclusiones se afirma que “la muestra seleccionada es representativa del alumnado de Psicología en España”. “Igualmente describen como una muestra “suficientemente representativa” la de los psicólogos españoles, pese a ser poco más del 10% de la muestra inicial los que responden al cuestionario, y que estaba limitada a los colegiados, que no son todos los psicólogos españoles ni siquiera todos los que están en ejercicio. Podemos suponer que en este caso se trata de una muestra de psicólogos colegiados altamente motivados para contestar un cuestionario con preguntas directas sobre lo sanitario de la Psicología. De estos, menos del 25% opinan que cualquier psicólogo puede diagnosticar y tratar “los problemas emocionales y mentales que afectan a la salud” (¡7 de cada 10 lo niegan!), frente al 96% que consideran capacitados a los psicólogos clínicos. Este dato tiene especial relevancia puesto que, en contra del tan divulgado malentendido, diagnosticar y tratar no son en sí actividades sanitarias, lo que caracteriza esas acciones como sanitarias es que sean sobre enfermedades (en nuestra disciplina, mentales). (Por otro lado, si tenía algún sentido con esta muestra de colegiados destacar un contraste de medias por perfil profesional, faltaba un análisis *post-hoc* que aclarase entre qué grupos se daban las diferencias encontradas en la tabla 4.)

Respecto a la subescala del COPPS sobre la afinidad entre las disciplinas psicológicas y médicas es cuando menos cuestionable la utilidad de los datos que aporta. ¿Qué significa, por ejemplo, en una escala Likert de 0 a 4 una media en torno a 2 de afinidad entre la Psicología y la Medicina? ¿no es razonable que todos encontremos alguna afinidad entre ellas y entre unas especialidades con denominaciones tan parecidas? ¿Conocen los estudiantes las especialidades médicas (y psicológicas) de las que opinan? ¿y los profesores y colegiados? ¿cómo se valoró el conocimiento de las mismas? ¿tienen algún significado las diferencias entre las medias de las distintas especialidades? ¿se llegaron a analizar? En definitiva, ¿por qué debemos entender, como afirman los autores, que “estos datos darían apoyo a la propuesta de Buela-Casal (2004) de que otras disciplinas psicoló-

gicas aparte de la Psicología Clínica deberían acabar siendo consideradas sanitarias”?

Estudios previos señalan que la población lega conoce algo de la Psicología Clínica, pero ignora en gran medida las demás subdisciplinas de la Psicología (Fowler y Farberman, 1998). Los estudios con población española que los autores revisan en la introducción de su trabajo sobre este tema confirman la “disociación” entre la opinión de la población y la realidad de la Psicología. Teniendo presente esto, y que el cuestionario utilizado con esta muestra favorece la identificación/confusión de la Psicología con la Psicología Clínica al no presentar a ésta separadamente, puede suponerse que los encuestados responden a las preguntas (referidas a la Psicología) pensando en la subdisciplina clínica. ¿Son esos datos entonces favorables a su regulación como profesión sanitaria? Más pertinente hubiera sido sondear la opinión de la población sobre la posibilidad de ser tratado de una enfermedad o sus efectos por un profesional “sanitario” sin práctica supervisada.

La Psicología tiene por objeto de estudio el comportamiento humano y éste está indiscutiblemente ligado a la salud. Bastaría ese argumento para explicar la relación (en mayor o menor grado) entre salud y psicología si fuera necesario. Pero no todas las profesiones relacionadas con la salud (por ejemplo, las de la medicina alternativa) están reguladas como profesiones sanitarias (es decir, incluidas en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias). Si la Psicología en su conjunto debiera estarlo no puede justificarse únicamente por su evidente relación con la salud. Los autores deberían haber contemplado este hecho en el planteamiento del proyecto.

En conclusión, podemos apreciar la iniciativa de aproximarse al debate actual desde una perspectiva distinta, pero los estudios comentados no permiten dilucidar lo esencial de la cuestión: la conveniencia o no de regular como profesiones sanitarias las demás especialidades de la Psicología (educativa, social, industrial...), las que no tratan enfermedades.

REFERENCIAS

- Buela-Casal, G. (2004). La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades? *Infocop*, número extraordinario, 103-111.
- Buela-Casal, G., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermú-



- dez, M.P., Sierra, J.C., Teva, I. y Gil Roales-Nieto, J. (2005a). Imagen de la psicología como profesión sanitaria en psicólogos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 26 (91), 16-23.
- Buela-Casal, G., Gil Roales-Nieto, J., Sierra, J.C., Bermúdez, M.P., Agudelo, D., Bretón-López, J. y Teva, I. (2005b). Imagen de la psicología como profesión sanitaria en profesores universitarios de psicología y de medicina. *Papeles del Psicólogo*, 26 (91), 4-15.
- Buela-Casal, G., Teva, I., Sierra, J.C., Bretón-López, J., Agudelo, D. Bermúdez, M.P., y Gil Roales-Nieto, J. (2005c). Imagen de la psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo*, 26 (91), 30-38.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (1998). *Perfiles del Psicólogo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fowler, R. y Farberman, RK. (1998). Psychologists' Work and the Public's Perceptions. A Dichotomy. En AN Wiens (Ed.), *Professional Issues*, Volume 2 de AS Bellack y M Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (441-448). Oxford: Elsevier Science.
- Sierra, J.C., Bermúdez, M.P., Teva, I., Agudelo, D., Bretón-López, J., Gutiérrez, O., González Cabrera, J., León Jaime, J., Gil Roales-Nieto, J. y Buela-Casal, G. (2005). Imagen de la psicología como profesión sanitaria entre los estudiantes de psicología. *Papeles del Psicólogo*, 26 (91), 24-29.



RÉPLICA A GONZÁLEZ-BLANCH (2006): ¿DEBEN REGULARSE HOY COMO PROFESIONES SANITARIAS TODAS LAS DISCIPLINAS RELACIONADAS CON LA SALUD?

Comentario sobre los estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores REPLY TO GONZÁLEZ-BLANCH (2006): SHOULD ALL HEALTH-RELATED DISCIPLINES BE REGULATED AS HEALTH PROFESSIONS?

Comments on the studies by Professor Buela-Casal and colleagues

Gualberto Buela-Casal
Universidad de Granada

Este artículo es una réplica a los comentarios de González-Blanch sobre los estudios realizados por el grupo de Buela-Casal sobre la imagen de la psicología como profesión sanitaria y que fueron publicados en el número 91 de Papeles del Psicólogo. Los comentarios y críticas realizadas por González-Blanch no son más que simples opiniones personales, las cuales en la mayoría de los casos son incorrectas, como por ejemplo, proponer que se utilicen procedimientos distintos en la recogida de información en un mismo estudio. Por otra parte, el mismo autor se contradice al considerar que las muestras tienen problemas de representatividad y al mismo tiempo resalta algunos resultados que parecen interesarle especialmente. Pero quizá lo más sorprendente es la interpretación que él hace de las respuestas del estudio con la población general.

Palabras clave: imagen de la psicología, profesión sanitaria, disciplinas sanitarias.

This article is a reply to González-Blanch's commentaries about the studies conducted by Buela-Casal's research group about the image of Psychology as a sanitary profession that were published in issue 91 of Papeles del Psicólogo. The comments and critics made by González-Blanch are only personal opinions, which are even wrong most of the times, for example, the propose of using different procedures for the data recollection in the same study. On the other hand, it is contradictory as well to consider that the samples have representativity problems and, at the same time, to recognize that some results are really interesting. But, the most amazing thing is the interpretation that he makes about the data from the study with general population.

Key words: image of Psychology, sanitary profession, sanitary disciplines.

Hace algún tiempo me encontré con un escrito de González-Blanch que criticaba el trabajo de otros autores y el título de su crítica comenzaba así: "El publicar pronto y mal ..." (publicado en la revista *Siso Saúde*), pues ahora se podría adaptar y podría comenzar diciendo "Comentar pronto y mal ...". Sin duda alguna, la crítica y la réplica de la investigación no sólo son recomendables sino que en ciencia se consideran fundamentales. Ahora bien, para comentar y criticar no sólo es suficiente saber escribir, además hay que saber qué se escribe y cómo se escribe. Por tanto, a continuación haré algunos comentarios sobre aspectos formales y de contenido, con la única finalidad de ayudar a este autor a mejorar sus próximos escritos y que sus comentarios no confundan a algunos lectores. El texto de González-Blanch (2006), no sólo tiene importantes errores formales sino que además incluye argumentos erróneos,

interpretaciones incorrectas y algunas contradicciones lógicas. Primero se comentarán algunas de las deficiencias formales y posteriormente se hacen las consideraciones sobre el contenido.

Consideraciones sobre aspectos formales:

- 1- Recomiendo encarecidamente al autor que revise los aspectos formales de la redacción de textos para publicar en revistas científicas; y comenzando por el título, sería conveniente la lectura de las normas propuestas por Bobenrieth (2002) (se recomienda también Montero y León, 2005 y Ramos-Álvarez y Catena, 2004), especialmente lo indicado para los títulos. En el caso del comentario de González-Blanch (2006) el título es totalmente inadecuado, pues en ninguno de los trabajos a los que se refiere este autor se menciona ni en los títulos ni en los objetivos si *¿Deben regularse hoy como profesiones sanitarias todas las disciplinas relacionadas con la salud?*, sin duda hay que hacer una lectura muy ses-

Correspondencia: Gualberto Buela-Casal. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18011 Granada. España.
E-mail: gbuela@ugr.es



gada para concluir que los trabajos publicados tratan sobre esto, tal como pretende mostrar el autor, dado que es el título de su artículo. Como se dijo en Buela-Casal (2005), los autores han tratado de redactar los resultados de los estudios de la manera más descriptiva posible, incluso en un artículo previo de uno de los autores de los estudios (Buela-Casal, 2004) el título: *La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades?* aparece con interrogación tratando de mostrar el tono especulativo de la reflexión.

- 2- Sería muy recomendable que el autor siguiera las normas de la APA tanto para citar en el texto como para poner las referencias, pues en algunos casos hay que deducir a qué trabajos se refiere, sirva como ejemplo cuando escribe *Buela-Casal et al., 2005a,b,c*. ¿qué significan estas letras?
- 3- Sería conveniente escribir con una terminología más técnica y precisa para entender qué se pretende decir, por ejemplo: *"Los trabajos se basan en la administración a distancia de un breve cuestionario en muestras amplias"*. Creo que no hace falta ningún comentario, especialmente sobre "la administración a distancia".

Consideraciones sobre el contenido:

- 1- Según González-Blanch (2006) difícilmente se puede abstraer la Psicología Clínica de la Psicología en general, refiriéndose a que se pregunta de forma independiente sobre la Psicología Clínica y sobre la Psicología en general. Sobre esto hay que decir que la lógica y el sentido común nos lleva a pensar que esto se puede hacer, al igual que podemos evaluar las actitudes de los españoles y las actitudes de los europeos, y de hecho el análisis factorial confirmó que la distinción entre Psicología Clínica y Psicología en general se produce en los sujetos encuestados en el primer estudio (Buela-Casal, Gil Roales-Nieto et al., 2005).
- 2- Dice el autor que resulta sorprendente que no se incluyan en el estudio sobre universitarios (Sierra et al., 2005) los estudiantes de la UNED y que en el texto no está debidamente justificada la decisión de no incluirlos. Pues habría que comenzar diciendo que "para buen entendedor, pocas palabras", pero como parece que no es el caso es necesario aclarar

que: a) dependiendo de los objetivos de un estudio es perfectamente viable definir la universidad como unidad muestral, y parece difícil defender que un estudio que incluye al 70% de las universidades no es representativo; b) en cualquier estudio de opinión es un requisito metodológico utilizar siempre el mismo procedimiento en la recogida de información, si se lee el procedimiento del estudio de Sierra et al. (2005) se puede comprobar que éste no se puede aplicar a los estudiantes de la UNED y no sería equivalente recogerlos con otros procedimientos a través de los centros asociados. Además quizá el autor desconozca que la UNED tiene más de 60 centros asociados y en ciudades tan distantes y tan distintas como por ejemplo: Malabo, Tánger, Sao Paulo, Miami, A Coruña, Melilla, etc. En resumen, cualquier lector tiene claro que los estudiantes de la UNED no están incluidos ni podrían ser incluidos con el procedimiento utilizado.

- 3- González-Blanch (2006) también critica la representatividad de la muestra del estudio de psicólogos españoles, en concreto dice: *"pese a ser poco más del 10% de la muestra inicial los que responden al cuestionario"*. Si se revisa el método del estudio de Buela-Casal, Bretón-López, et al. (2005) cualquiera puede darse cuenta que lo que dice González-Blanch no es correcto, en la muestra se dice que son 1.206 psicólogos profesionales colegiados. Este autor confunde la muestra con los correos electrónicos enviados, y es evidente que en este caso no se puede hablar de tasa de no respuesta que es lo que parece que quiere decir el autor. El sentido común es más que suficiente para darse cuenta que el hecho de que se envíen 10.380 correos electrónicos, eso no implica que éstos fuesen leídos por sus destinatarios, y que luego decidieran no contestar. No es posible saber cuántos psicólogos colegiados decidieron no contestar. En cualquier caso, 1.206 psicólogos es una muestra suficientemente representativa de los psicólogos colegiados. También critica González-Blanch que no son todos los psicólogos españoles, pero la realidad es que no se dice que sean, eso está muy claro en la primera frase del artículo de Buela-Casal, Bretón-López, et al. (2005):



"Este estudio pretende conocer la opinión que tienen los psicólogos colegiados españoles..." (p16).

- 4- Resulta cuanto menos sorprendente que González-Blanch (2006) después de no considerar adecuada ni representativa la muestra del estudio de los psicólogos profesionales (Buela-Casal, Bretón-López et al., 2005) se apoya en algunos datos que parecen interesarle especialmente, como por ejemplo cuando dice: *"menos del 25% opinan que cualquier psicólogo puede diagnosticar y tratar problemas emocionales y mentales que afectan a la salud, ¿es que cuando los sujetos encuestados contestaron a esto si eran suficientes y representativos?, luego dice: "... este dato tiene especial relevancia, puesto que en contra del tan divulgado malentendido, diagnosticar y tratar no son en sí actividades sanitarias"* ¿es que cuando se producen determinados resultados en algunas de las preguntas ya no hay problemas con la muestra y se pueden usar como argumentos contra divulgados malentendidos? La interpretación que hace este autor de la respuesta a esa pregunta en particular no deja de ser curiosa, pues el hecho de que siete de cada diez consideren que cualquier psicólogo puede diagnosticar y tratar problemas emocionales y mentales que afectan a la salud no implica que los encuestados consideren que los psicólogos puedan actuar en otros ámbitos relacionados con la salud, tal como se puede hipotetizar si se considera que tan sólo el 17,5% de los mismos sujetos encuestados considera que el psicólogo no debería formar parte de los equipos profesionales en los hospitales, ¿será para realizar actividades distintas de aquellas relacionadas con la salud? o ¿será que cuando responde a esta pregunta los encuestados no son suficientes ni representativos? o ¿quizá será el resultado de una lectura e interpretación sesgada?
- 5- Respecto al comentario sobre *"la subescala del COPPS sobre la afinidad entre las disciplinas psicológicas y médicas es cuando menos cuestionable la utilidad de los datos que aporta"*, hay que matizar que no es más que una opinión personal, sin duda, relacionada con el nivel de análisis que cada lector pueda hacer. En cuanto a que *¿no es razonable que*

todos encontremos alguna afinidad entre ellas y entre unas especialidades con denominaciones tan parecidas?, pues claro que sí, y ello por la simple razón de que son parecidas, tal como reconoce el mismo autor, de hecho nadie diría que existe el mismo parecido con otras disciplinas de las ciencias sociales y jurídicas. Pero sin duda, lo más sorprendente es que González-Blanch (2006) parece confundir un estudio de opinión con un estudio de conocimientos, y esto no es todo, dice *¿Conocen los estudiantes las especialidades médicas (y psicológicas) de las que opinan? ¿y los profesores y colegiados?* Esto sin duda, es atrevido y desafortunado, pues cuestionar que los estudiantes de Psicología de segundo ciclo, los profesores y los colegiados no conocen qué es la Oncología, la Pediatría, la Psiquiatría, la Medicina Forense, etc. es difícil de entender que se pueda decir, pero cuestionarse que no conocen las propias especialidades psicológicas es una insolencia.

- 6- González-Blanch (2006) se pregunta *¿por qué debemos entender, como afirman los autores, que "estos datos darían apoyo a la propuesta de Buela-Casal (2004) de que otras disciplinas psicológicas aparte de la Psicología Clínica deberían acabar siendo sanitarias"?*, pues si se revisan los resultados la respuesta es obvia, dado que en la gran mayoría de las comparaciones en los tres primeros estudios (Buela-Casal, Bretón-López et al., 2005; Buela-Casal, Gil Roales-Nieto, et al., 2005; Sierra et al., 2005) se pone de manifiesto que hay una considerable afinidad entre las disciplinas que se comparan, según la opinión de los encuestados.
- 7- Los comentarios realizados por González-Blanch (2006) sobre el estudio con la muestra de la población española (Buela-Casal, Teva et. al., 2005), en concreto que *"... el cuestionario utilizado con esta muestra favorece la identificación/confusión de la Psicología con la Psicología clínica al no presentar a esta separadamente, puede suponerse que los encuestados responden a las preguntas (referidas a la Psicología) pensando en la subdisciplina clínica?*, esto es digno de admiración pues la capacidad que tiene González-Blanch de interpretar lo que realmente quiere decir una muestra de la población es-



pañola y ayudarnos a comprender a todos lo que según él quieren decir, no se puede más que agradecer esa tan "desinteresada" y "objetiva" interpretación que supone decir algo distinto de lo que querían decir, y llegados a este punto cabe preguntarse si me entenderá o me interpretará.

8- Dice González-Blanch (2006) "Más pertinente hubiera sido sondear la opinión de la población sobre la posibilidad de ser tratado de una enfermedad o sus efectos por un profesional "sanitario" sin práctica supervisada", si el autor permite que se le dé un consejo, qué tal si revisa el trabajo de Virués, Santolaya, García-Cueto y Buela-Casal (2003) y si no lo reinterpreta podrá comprobar que quizá la práctica supervisada, tal como se realiza en España no es la panacea, pero claro, también este estudio se puede reinterpretar.

Por último, no deja de sorprender que González-Blanch (2006) llega a escribir que "Los autores deberían haber contemplado ...", cualquiera diría que este autor tiene una "patente de corso" que le autoriza a decir los "deberes" de un grupo de investigación, pero también nos podríamos preguntar si este autor tiene capacidad investigadora acreditada para dirigir investigaciones, pues no hay que olvidar que una regla universal en la evaluación de investigación científica es la evaluación y la crítica por iguales, y para ser iguales hay que tener la capacidad y reconocimiento de ser iguales. Otra característica de la investigación científica es que sea replicable, y en este caso, ahí están los estudiantes de Psicología, los profesores de Medicina y de Psicología, los psicólogos colegiados y la población general, todos están disponibles para que González-Blanch pueda replicar estos estudios o bien realizar otros similares y después poder opinar con argumentos basados en los datos que obtenga y no, tal como ha hecho, basarse sólo en meras especulaciones, interpretaciones incorrectas, o quizá, supuestamente interesadas.

REFERENCIAS

Bobenrieth, M. (2002). Normas para revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.

Buela-Casal, G. (2004). La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades?. *Infocop, número extraordinario*, 103-111.

Buela-Casal, G. (2005). ¿La Psicología es una profesión sanitaria?. *Papeles del Psicólogo*, 26, 2-3.

Buela-Casal, G., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M.P., Sierra, J.C., Teva, I. y Gil Roales-Nieto, J. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria en psicólogos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 26, 16-25.

Buela-Casal, G., Gil Roales-Nieto, J., Sierra, J.C., Bermúdez, M.P., Agudelo, D., Bretón-López, J. y Teva, I. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria en profesores de Medicina y Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 26, 4-15.

Buela-Casal, G., Teva, I., Sierra, J.C., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M.P. y Gil Roales-Nieto, J. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo*, 26, 30-38

González-Blanch (2006). ¿Deben regularse hoy como profesiones sanitarias todas las disciplinas relacionadas con la salud? Comentario sobre los estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 58-60.

Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.

Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.

Sierra, J.C., Bermúdez, M.P., Teva, I., Agudelo, D., Bretón-López, J., Gutiérrez, O., González Cabrera, J., León Jaime, J., Gil Roales-Nieto, J. y Buela-Casal, G. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre los estudiantes de Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 26, 24-29.

Virués, J, Santolaya, F., García-Cueto, E, y Buela-Casal, G. (2003). Estado actual de la formación PIR: actividad clínica y docente de residentes y tutores. *Papeles del Psicólogo*, 24, 37-47.

Novedades TEA Ediciones 2005-2006



MacArthur

INVENTARIOS DE DESARROLLO COMUNICATIVO MACARTHUR

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA:
S. LÓPEZ-ORNAT Y OTROS

Reflejan el proceso normal de adquisición temprana del lenguaje mediante gestos prelingüísticos, vocalizaciones prelingüísticas, vocabulario y gramática. Consta de dos inventarios diferentes: 1. Vocalizaciones, primeras palabras y gestos (8 a 15 meses); y 2. Vocalizaciones, palabras y gramática (16 a 30 meses).

SCQ

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN SOCIAL

M. RUTTER
A. BAILEY
C. LORD



Instrumento de evaluación, de aplicación muy breve, destinado a ser cumplimentado por los **padres o cuidadores** de niños que pueden mostrar síntomas relacionados con el **trastorno autista**.



Mi primer libro de terapia

A. NEMIROFF Y J. ANNUNZIATA

Libro breve, ameno y pedagógico destinado a facilitar que los niños entiendan y acepten el proceso de terapia.

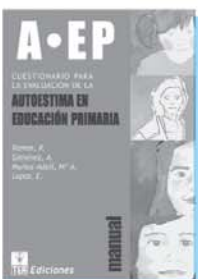
STAXI-NA

INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

V. DEL BARRIO,
C.D. SPIELBERGER Y A. ALUJA



Evaluación precisa de los diferentes componentes de la ira (Experiencia, Expresión y Control) y sus facetas como Estado y como Rasgo.



A-EP

EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EDUCACIÓN PRIMARIA

R. RAMOS, A. I. GIMÉNEZ,
M.A. MUÑOZ-ADELL Y E. LAPAZ

Prueba con 17 elementos, de aplicación y corrección breve y sencilla, para detectar alumnos de 4º a 6º de Primaria con baja autoestima.

CEA

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

J. A. BELTRÁN, L. F. PÉREZ
Y M. I. ORTEGA



Evalúa, en alumnos de 1º a 4º de la ESO, cuatro grandes escalas o procesos en los que se agrupan las estrategias (sensibilización, elaboración, personalización y metacognición) y once subescalas (motivación, actitudes, etc.).



TEA Ediciones, S.A.

MADRID 28036. Fray B. Sahagún, 24 - Tlf. 912 705 000 - e-mail: madrid@teaediciones.com
BARCELONA 08028. París, 211 - Tlf. 932 379 590 - e-mail: barcelona@teaediciones.com
BILBAO 48008. Bidebarrieta, 12 - Tlf./Fax 944 163 032 - e-mail: bilbao@teaediciones.com
SEVILLA 41005 Avda. San Fco. Javier, 21 - Tlf.: 955 550 460 - e-mail: sevilla@teaediciones.com

www.teaediciones.com

European Test Publishers Group

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

<p>JUNTA DE GOBIERNO Conde de Peñalver, 45-5 28006 Madrid E-mail: secop@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 91 444 90 20 Fax: 91 309 56 15</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001 Álava C/ Cercas Bajas, 7 - pasadizo - oficina 16- 1ª planta 01001 Vitoria - Gasteiz E-mail: cop.alava@terra.es</p>	<p>Teléf.: 945 23 43 36 Fax: 945 23 44 56</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GALICIA Creado por Decreto 120/2000 de 19/05/2000 La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra Rúa da Espiñeira, 10 bajo 15706 Santiago de Compostela E-mail: copgalicia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 981 53 40 49 Fax: 981 53 49 83</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001 Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla Carlos de Cepeda, 2 - 2ª Planta 41005 Sevilla E-mail: dsevilla@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 95 466 30 76 Fax: 95 493 46 03</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA ORIENTAL Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001 Almería, Granada, Jaén y Málaga C/ San Isidro, 23 18005 Granada E-mail: dgranada@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 958 53 51 48 Fax: 958 26 76 74</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GIPUZKOA Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001 Guipúzcoa C/ José Arana, 15 bajo 20001 Donostia E-mail: donostia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 943 27 87 12 Teléf.: 943 32 65 60 Fax: 943 32 65 61</p>
<p>COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN Creado por Ley 19/2002 de 18/09/2002 Huesca Teruel y Zaragoza San Vicente de Paul, 7 Dpldo. 1º Izq. 50001 Zaragoza E-mail: daragon@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 976 20 19 82 Fax: 976 29 45 90</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE BIZKAIA Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001 Vizcaya C/ Rodríguez Arias, 5 - 2ª Planta 48008 Bilbao E-mail: bizkaia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 944 79 52 70 944 79 52 71 Fax: 944 79 52 72</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID Creado por Decreto 1/2001 de 11/01/2001 Madrid Cuesta de San Vicente, 4 - 5º 28008 Madrid E-mail: dmadrid@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 91 541 99 98 91 541 99 99 Fax: 91 547 22 84</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CANTABRIA Creado por Decreto 44/2003 de 08/05/2003 Santander Avda. Reina Victoria, 45-2º 39004 Santander E-mail: dcantabria@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 942 27 34 50 Fax: 942 27 34 50</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA-LA MANCHA Creado por Decreto 130/2001 de 02/05/2001 Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo C/ La Cruz, 12 bajo 02001 Albacete E-mail: dcmancha@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 944 79 52 70 944 79 52 71 Fax: 944 79 52 72</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MELILLA Creado por Real Decreto 83/2001 de 26/01/2001 Melilla Marqués Montemar, 20 Edif. Aries, Portal 3, bajo A 52006 Melilla</p>	<p>Teléf.: 952 67 80 21</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN Creado por Acuerdo de 20/06/2002 Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora C/ Divina Pastora, 6 - Entreplanta 47004 Valladolid E-mail: dcleon@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 967 21 98 02 Fax: 967 52 44 56</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CATALUNYA Creado por Orden 26/06/1985 Barcelona, Gerona, Lerida y Tarragona Gran Via de les Corts Catalanes, 751A, 2n 1a 08013 Barcelona E-mail: copc.b@copc.es</p>	<p>Teléf.: 967 21 98 02 Fax: 967 52 44 56</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA Creado por Decreto Foral 30/2001 de 19/02/2001 Navarra Monasterio de Yarte, 2 - Bajo Trasera 31011 Pamplona E-mail: dnavarra@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 948 17 51 33 Fax: 948 17 53 48</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CEUTA Creado por Real Decreto 82/2001 de 26/01/2001 Ceuta C/ Queipo de Llano, 6. (Esquina Jaudenes) 51001 Ceuta E-mail: copceuta@yahoo.es</p>	<p>Teléf.: 956 51 20 12 Fax: 956 51 20 12</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS Creado por Resolución 290 de 19/02/2001 Las Palmas de Gran Canaria Carvajal, 12 bajo 35004 Las Palmas de Gran Canaria E-mail: dpalmas@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 983 21 03 29 Fax: 983 21 03 21</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS Creado por Decreto 66/2001 de 12/07/2001 Asturias Ildefonso Sánchez del Río, 4 - 1ºB 33001 Oviedo E-mail: dasturias@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 928 24 96 13 Fax: 928 29 09 04</p>
<p>COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA REGIÓN DE MURCIA Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001 Murcia C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1 30007 Murcia- En la Flota E-mail: dmurcia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 932 47 86 50 Fax: 932 47 86 54</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA Creado por Decreto 65/2002 de 20/12/2002 La Rioja Ruavieja, 67-69, 3º Dcha. 26001 Logroño E-mail: droija@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 932 47 86 50 Fax: 932 47 86 54</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE Creado por Resolución 02/04/2001 Tenerife Callao de Lima, 62 38002 Sta. Cruz de Tenerife E-mail: cop@coptenerife.org</p>	<p>Teléf.: 968 24 88 16 Fax: 968 24 47 88</p>
<p>COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA Creado por Ley 13/2003 de 10/04/2003 Alicante, Castellón y Valencia Carrer Compte D'Olocau, 1 46003 Valencia E-mail: dpaisvalen@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 96 392 25 95 Fax: 96 315 52 30</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001 Murcia C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1 30007 Murcia- En la Flota E-mail: dmurcia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 96 392 25 95 Fax: 96 315 52 30</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001 Murcia C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1 30007 Murcia- En la Flota E-mail: dmurcia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 941 25 47 63 Fax: 941 25 48 04</p>
<p>COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA Creado por Ley 13/2003 de 10/04/2003 Alicante, Castellón y Valencia Carrer Compte D'Olocau, 1 46003 Valencia E-mail: dpaisvalen@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 96 392 25 95 Fax: 96 315 52 30</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001 Murcia C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1 30007 Murcia- En la Flota E-mail: dmurcia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 96 392 25 95 Fax: 96 315 52 30</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001 Murcia C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1 30007 Murcia- En la Flota E-mail: dmurcia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 922 28 90 60 Fax: 922 29 04 45</p>

MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

Con la pretensión de apoyar el desarrollo de la ciencia y la profesión, así como la ampliación y mejora de las relaciones interprofesionales en el ámbito de la Psicología, la Junta General del Colegio Oficial de Psicólogos ha tomado el acuerdo de crear una figura para cuya denominación ha adoptado el término de Asociado Internacional. Esta nueva figura supone el establecimiento de una relación entre quienes se encuentran interesados en relacionarse con el Colegio Oficial de Psicólogos con el objeto de recibir del mismo información y publicaciones, así como obtener ventajas en la asistencia y participación en las actividades organizadas por la Corporación.

Para acceder a la condición de Asociado Internacional del COP, los interesados deberán residir fuera del territorio español (artículo 1.b, del Reglamento Regulator).

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS COMO MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL (SOLO PARA RESIDENTES FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL)

NOMBRE Y APELLIDOS _____

ORGANIZACION _____

DIRECCION DE CONTACTO _____ CIUDAD _____

ESTADO/PROVINCIA _____ C.P. _____ PAIS _____ TELÉFONO _____

Países desarrollados
20 dólares USA (18,03 €)

Países en vías de desarrollo
15 dólares USA (13,03 €)

FORMA DE PAGO:

- talón** o cheque a nombre del Colegio Oficial de Psicólogos.
- transferencia bancaria** a la cuenta corriente nº **0075-0125-46-60-7005-72** del Banco Popular Español Ag.14, c/José Ortega y Gasset, 23 28006 Madrid (España).
Enviar fotocopia del ingreso a la Secretaría del Colegio Oficial de Psicólogos.
- tarjeta de crédito:** Visa MasterCard American Express

Titular de la tarjeta _____ Nº de tarjeta _____ Fecha de caducidad _____

Dirección:

C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta - 28006 Madrid - España.
Tels.: +34 +1 + 4449020 - Fax: +34 +1 + 3095615
E-mail: secop@correo.cop.es Página Web <http://www.cop.es>

Firma _____

IV Congreso Nacional Trastornos de la Personalidad

Oviedo 14 - 16 junio de 2006

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Área de Psiquiatría · Universidad de Oviedo
Julián Clavería 6 · E-33006 Oviedo
Tel. +34 98 510 3553-3552-4219
Fax +34 98 510 3553-3552
e-mail: psiovi@correo.uniovi.es
www.uniovi.es/psiquiatria

VI CONGRESO NACIONAL TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD



Oviedo
14 - 16 Junio
2006

VOQUERO
TORRES

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo

1 La revista Papeles del Psicólogo publica trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.

2 Los trabajos habrán de ser inéditos y los derechos de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista.

3 La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Manual de publicación de la APA, quinta edición, 2001). Algunos de los requisitos básicos son:

Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido y año, entre paréntesis y separados por una coma. Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez; en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de “et al” y el año. Cuando haya varias citas en el mismo paréntesis se adopta el orden cronológico. Para identificar trabajos del mismo autor, o autores, de la misma fecha, se añade al año las letras a, b, c, hasta donde sea necesario, repitiendo el año.

Las referencias bibliográficas irán alfabéticamente ordenadas al final siguiendo los siguientes criterios:

- a) Para libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), año (entre paréntesis) y punto; título completo en cursiva y punto. En el caso de que se haya manejado un libro traducido con posterioridad a la publicación original, se añade entre paréntesis “Orig”. y el año.
- b) Para capítulos de libros colectivos: Autor (es); año; título del trabajo

que se cita y, a continuación, introducido por “En” las iniciales del nombre y apellidos del director (es), editor compilador(es), el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

c) Para revistas: Autor: título del artículo; nombre de la revista completo en cursiva; volumen en cursiva, número entre paréntesis y página inicial y final.

4 Los trabajos tendrán una extensión máxima predeterminada (que incluirá las referencias bibliográficas, gráficas y cuadros) según la Sección a la que vaya dirigido y estipulada en páginas tamaño DIN-A4 con 40 líneas con tipo de letra Times New Roman cuerpo 12 con interlineado normal por una cara con márgenes de 3 cms y numeración en la parte superior derecha.

La primera página debe contener: título en castellano e inglés. Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor al que dirigir la correspondencia. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen de no más de 150 palabras en castellano e inglés.

Papeles del Psicólogo acusará recibo inmediato de todo artículo recibido. Los originales no serán devueltos ni se mantendrá correspondencia sobre los mismos. En un plazo máximo de 90 días se contestará acerca de la aceptación o no para su publicación.

Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrán no ser evaluados aquellos trabajos

empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redacción fuese también muy especializado y que no se ajustase al amplio espectro de los lectores de Papeles del Psicólogo; originales que abordasen cuestiones que hubieran sido ya recientemente tratadas y que no ofrecieran contribuciones relevantes a lo publicado; o trabajos cuya redacción no estuviera a la altura de la calidad exigible.

Los originales se enviarán preferentemente en un fichero por correo electrónico ó en un disquete indicando el procesador de texto utilizado y una copia impresa del trabajo. Deberán enviarse al Director de Papeles del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos. C/ Conde de Peñalver, 45-5º. 28006 Madrid. España, papeles@correo.cop.es.

Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:

- ✓ Implicaciones prácticas de investigaciones empíricas (investigación + ejercicio profesional); implementación de cuestiones generalmente ignoradas por los investigadores.
- ✓ Investigación y desarrollo; desarrollo e innovaciones (I+D+I) (soluciones prácticas novedosas o de elección en áreas específicas); evaluaciones (análisis y crítica de tendencias emergentes, desde la perspectiva de su aplicación práctica).
- ✓ Revisiones, estados de la cuestión, actualizaciones y meta-análisis de temáticas de la Psicología aplicada.
- ✓ Contraste de opiniones, debates, políticas profesionales y cartas al editor (Forum).

Por otra parte, el Comité Editorial podrá encargar trabajos específicos a autores reconocidos o proponer números especiales monográficos.