



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

“INFLUENCIA DE UN TALLER PSICOEDUCATIVO SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO SUBJETIVO EN DEPRESIÓN, ANSIEDAD, CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE USUARIOS DE UN CENTRO COMUNITARIO”

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**NICOLÁS ARMANDO TORRES Y TORRES**

DIRECTORA: Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado

SINODALES: Dr. Alfredo Guerrero Tapia

Mtra. Margarita Molina Avilés

Mtra. Paula Chávez Santamaría

Mtra. Esther González Ovilla



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. DE MÉXICO

AGOSTO, 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIAS

*A ti que siempre acompañas mi camino y haces que mis años sean buenos y dulces; por tu infinito amor y misericordia conmigo, que esto signifique que sigues a mi lado buscando y realizando mi misión.*

*A Derek Mateo, por ser la luz que vino a darle sentido y bienestar a mi vida.*

*A mi familia, mis padres y a mi hermano Luis A., quien a lo largo de esta vida me ha dado mucho; hasta esa luz que ilumina mi vida.*

## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, sin ustedes no podría ser quien soy y tratar de siempre ser la mejor versión de mí mismo en todo campo y camino que he emprendido. A mí papá *Nicolás Torres* y mi madre *María Eugenia Torres* por darme la vida y la oportunidad de ser feliz en todo lo que han podido. A mi madre especialmente, porque sin su apoyo incondicional no hubiera podido llegar hasta aquí; tú sabes el empeño y esfuerzo que puse.

A mi hermano *Luis Arturo*, pues parte de mi felicidad la ha proveído su apoyo, compañía, comprensión, aceptación y amor. Sin ti, no hubiera aprendido a negociar ni a imaginar mundos y futuros posibles. Me has dado a mi sobrino, para ser más feliz y para compartir más de mí. A *Lucy*, tu esposa, quien también me permite estar cerca de *Derek Mateo* y jugar con “*brujita*” y “*araña*”.

A la *Universidad Nacional Autónoma de México*, por todo su apoyo en mis formaciones profesionales. La primera vez que pise tus aulas no entendí totalmente la gran misión que muchos hemos depositado en tus manos. Esta segunda oportunidad que me has dado te entendí, me identifiqué y te amé con mayor fuerza. Pude regresarte un poco de lo tanto que me has dado haciendo mi Servicio Social al servicio de la comunidad que te sostiene y dentro de tus propios recintos. Comprendí a fondo lo profundo que significa: “*Por mi raza, hablará el espíritu*”.

A la *Facultad de Psicología*, por ser ese santuario en donde recargo mi energía y mis fuerzas. Por nutrirme en muchos sentidos y darme un camino hacia la “*autorrealización*”, lo que sea que esta signifique.

A mis compañeros y amigos que me acompañaron en esta aventura, que la inspiración y amor a la profesión que compartimos en las aulas, en las prácticas y las tareas sean el motor para una buena vida en cada uno de ustedes.

A mis maestros de la Facultad, quienes con sus palabras de aliento, su dedicación y tiempo han hecho de mí un mejor profesional y una mejor persona. A *Alfredo Guerrero*, *Lucía Martínez*, *Ana María Bañuelos*, *Paula Chávez*, *Esther González*, *Margarita Molina*, *Zuraya Monroy*, *María del Carmen Montenegro*, *María Elena Ortiz* y *Gabriela Romero*.

Muy especialmente, agradezco a la *Mtra. Karina Torres* quien desde el primer momento de mi formación me impulsó a dar lo mejor de mí mismo, que con su generosidad me dio herramientas para la vida profesional que no cualquiera domina y transmite como ella y que me acompañó en distintos procesos de este tránsito profesional; incluido este.

Finalmente, y no menos importante al *Creador de todo*, quien hace posible con su soplo la vida y todo lo que hay. Que tu Luz no desaparezca nunca de este mundo.

אני אוהב אותך, ברוך אתה השם!

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	I
<b>ABSTRACT</b> .....	II
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Capítulo 1. Depresión y ansiedad</b> .....	8
<b>1.1 La depresión</b> .....	8
<b>1.1.1 Definición y conceptualización de la depresión</b> .....	8
<b>1.1.2 Panorama epidemiológico de la depresión</b> .....	10
<b>1.1.3 Clasificación de la depresión</b> .....	13
<b>1.1.4 Sintomatología y evolución clínica de la depresión</b> .....	16
<b>1.1.5 Modelos etiológicos de la depresión</b> .....	21
<b>1.1.6 Tratamientos para la depresión</b> .....	26
<b>1.2 La ansiedad</b> .....	29
<b>1.2.1 Definición y conceptualización de la ansiedad</b> .....	29
<b>1.2.2 Panorama epidemiológico de la ansiedad</b> .....	32
<b>1.2.3 Clasificación de la ansiedad</b> .....	34
<b>1.2.4 Sintomatología y evolución clínica de la ansiedad</b> .....	35
<b>1.2.5 Modelos etiológicos de la ansiedad</b> .....	39
<b>1.2.6 Tratamientos para la ansiedad</b> .....	44
<b>1.3 El problema de la atención de los problemas mentales</b> .....	48
<b>Capítulo 2. Calidad de vida</b> .....	51
<b>2.1 Antecedentes conceptuales</b> .....	52
<b>2.2 Definición de la calidad de vida</b> .....	54
<b>2.3 Modelos explicativos de la calidad de vida</b> .....	56
<b>2.3.1 Modelo de satisfacción</b> .....	56
<b>2.3.2 Modelo combinado “importancia/satisfacción”</b> .....	56
<b>2.3.3 Modelo del funcionamiento del rol</b> .....	56
<b>2.3.4 Modelo del proceso dinámico</b> .....	57
<b>2.3.5 Modelo de Veenhoven</b> .....	57
<b>2.3.6 Modelo de calidad de vida relacionada con la salud</b> .....	58
<b>2.3.7 Modelo de Shalock</b> .....	60
<b>2.4 Importancia de la calidad de vida en la salud mental</b> .....	63
<b>2.5 La escala GENCAT de calidad de vida</b> .....	65

<b>Capítulo 3. Bienestar psicológico subjetivo</b> .....	68
<b>3.1 Conceptualizaciones filosóficas sobre el bienestar</b> .....	69
<b>3.2 El bienestar en el panorama de la psicología</b> .....	72
<b>3.3 Definición del bienestar</b> .....	80
<b>3.4 Modelos explicativos del bienestar psicológico subjetivo</b> .....	85
<b>3.4.1 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff</b> .....	85
<b>3.4.2 Modelo SPIRE</b> .....	86
<b>3.4.3 Modelo PERMA</b> .....	88
<b>3.5 Positividad</b> .....	92
<b>3.5.1 Afectividad positiva y negativa</b> .....	93
<b>3.5.2 Efectos de las emociones positivas</b> .....	95
<b>4.5.3 Clasificación de las emociones positivas</b> .....	98
<b>3.5.4 Intervenciones positivas relacionadas con la positividad</b> .....	101
<b>3.6 Involucramiento</b> .....	102
<b>3.6.1 Características de las experiencias óptimas</b> .....	102
<b>3.6.2 Las fortalezas de carácter</b> .....	106
<b>3.6.3 Intervenciones positivas relacionadas con el Involucramiento</b> .....	110
<b>3.7 Relaciones interpersonales</b> .....	113
<b>3.7.1 Importancia de las relaciones interpersonales en el bienestar</b> .....	113
<b>3.7.2 Intervenciones positivas relacionadas con las relaciones interpersonales</b> .....	117
<b>3.8 Significado</b> .....	118
<b>3.8.1 Importancia del significado</b> .....	120
<b>3.8.2 Intervenciones positivas relacionadas con el significado</b> .....	123
<b>3.9 Logro</b> .....	125
<b>3.9.1 Importancia del logro</b> .....	126
<b>3.9.2 Intervenciones positivas relacionadas con el logro</b> .....	130
<b>Capítulo 4. Grupos e intervenciones grupales</b> .....	134
<b>4.1 Generalidades sobre la psicoterapia y trabajo grupal</b> .....	134
<b>4.2 Concepciones acerca de los grupos</b> .....	135
<b>4.3 Clasificación y características de los grupos</b> .....	136
<b>4.4 Psicodinámica de grupos y fenómenos grupales</b> .....	138
<b>4.5 Definición y caracterización de los grupos terapéuticos</b> .....	142

4.6 Fases del proceso grupal.....	147
4.7 Modelos de intervención grupal .....	149
4.8 Intervenciones grupales orientadas hacia la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y el bienestar.....	153
4.9 Descripción general de la propuesta de intervención.....	156
Capítulo 5. Método.....	159
5.1 Justificación .....	159
5.2 Pregunta de investigación .....	162
5.3 Objetivos .....	163
5.3.1 Objetivo general.....	163
5.3.2 Objetivos específicos.....	163
5.4 Hipótesis.....	163
5.5 Variables.....	163
5.5.1 Definición de variables .....	164
5.6 Tipo y diseño de estudio .....	168
5.7 Muestreo y participantes.....	169
5.7.1 Muestreo.....	169
5.7.2 Criterios de inclusión.....	170
5.7.3 Participantes.....	170
5.8 Consideraciones éticas .....	171
5.9 Escenario.....	171
5.10 Procedimiento .....	171
5.11 Instrumentos.....	175
5.11.1 Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) .....	175
5.11.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	176
5.11.3 Escala GENCAT de Calidad de Vida .....	176
5.11.4 Escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff .....	179
5.12 Propuesta de intervención.....	181
5.12.1 Objetivos del taller.....	182
5.12.2 Temario y actividades del taller .....	183
Capítulo 6. Resultados.....	185
6.1 Características de sociodemográficas de los participantes .....	185
6.2 Perfil descriptivo de la evaluación pre-test.....	186

<b>6.3 Perfil descriptivo de la evaluación pos-test .....</b>	<b>193</b>
<b>6.4 Análisis comparativo entre las puntuaciones pre-test y pos-test.....</b>	<b>197</b>
<b>6.5 Análisis cualitativo .....</b>	<b>209</b>
<b>6.5.1 El proceso grupal.....</b>	<b>209</b>
<b>6.5.2 Análisis por participante .....</b>	<b>231</b>
<b>Capítulo 7. Discusión y conclusiones.....</b>	<b>247</b>
<b>7.1 Discusión.....</b>	<b>247</b>
<b>7.2 Conclusiones .....</b>	<b>257</b>
<b>7.3 Limitaciones .....</b>	<b>259</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>265</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>293</b>
<b>Anexo A. Instrumentos de evaluación .....</b>	<b>294</b>
<b>HOJA DE DATOS GENERALES .....</b>	<b>295</b>
<b>INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II) .....</b>	<b>296</b>
<b>INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK-A .....</b>	<b>299</b>
<b>GENCAT. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA .....</b>	<b>301</b>
<b>ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF .....</b>	<b>306</b>
<b>EVALUACIÓN FINAL DEL TALLER .....</b>	<b>311</b>
<b>Anexo B.....</b>	<b>313</b>
<b>Cartas descriptivas .....</b>	<b>313</b>

## RESUMEN

En México, los problemas depresivos y de ansiedad representan un grave problema de salud pública y las condiciones macrosociales del país impactan negativamente en el estado de salud mental de los habitantes, debido a las condiciones de pobreza, el aumento en los niveles y grados de violencia y la falta de acceso a educación de calidad. Estas condiciones obligan al viraje hacia concepciones complejas sobre la salud mental que incluyan medidas que aboguen por la calidad de vida y el bienestar psicológico subjetivo de la población. Así mismo la efectividad de los tratamientos actuales para los trastornos mentales alcanza una tasa de alivio del 65% y de un efecto placebo de entre 45% al 55%. Esto indica que más que disminuir los síntomas, podría ser necesario enfocarse en ayudar a los pacientes a lidiar con la disforia cada vez que ocurran eventos negativos que creen malestar, identificar los recursos y fortalezas de los pacientes y utilizarlos para afrontar conflictos además de tomar medidas para disminuir la ansiedad o la depresión.

Con base en lo anterior, el objetivo de esta investigación fue evaluar la influencia de un taller psicoeducativo sobre bienestar psicológico subjetivo en la calidad de vida, niveles de depresión, ansiedad y bienestar psicológico de adultos que identifican la presencia de síntomas de depresión o ansiedad. Para ello se conformó un grupo de diez participantes adultos, nueve mujeres y un hombre que completaron las ocho sesiones que se programaron para la realización del taller y las evaluaciones del mismo. Se utilizó un método mixto de ejecución concurrente que incluyó un análisis cuantitativo basado en mediciones pre-test y pos-test y un análisis cualitativo centrado en análisis de contenido. Las evaluaciones se realizaron con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de ansiedad de Beck (BAI), la Escala GENCAT de Calidad de Vida y la Escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff.

Los resultados mostraron una disminución significativa en los niveles de depresión, un aumento en los niveles de calidad de vida y en particular un aumento significativo en la dimensión de bienestar emocional de la calidad de vida. Los niveles de ansiedad, de bienestar psicológico y de las dimensiones que la conforman no tuvieron cambios significativos. Se observó durante el desarrollo del taller un efecto positivo en los asistentes, favorecido por el formato grupal como la disminución del sentimiento de soledad, impotencia, desamparo y depresión, así como la promoción de actitudes, cogniciones y acciones encaminadas a disminuir los síntomas depresivos. Otros beneficios observados se focalizan en los aspectos positivos promovidos por el taller, como la adquisición de estrategias de afrontamiento, la promoción de mayor satisfacción emocional, autogestión, autoaceptación, autonomía, desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias y compromiso con la propia vida. Los resultados sugieren que es necesario continuar la investigación de intervenciones centradas en el bienestar psicológico y la calidad de vida para observar su influencia a largo plazo en el tratamiento y la prevención de problemas mentales.

**Palabras clave:** Depresión, Ansiedad, Calidad de Vida, Bienestar Psicológico, Taller psicoeducativo, Modelo PERMA.

## ABSTRACT

In Mexico, depression and anxiety are a serious public health problem and the country's macrosocial conditions impacts negatively on the population's mental health status, because of the poverty conditions, the increase in frequency and severity of violence and the lack of access to quality education. These conditions promote a change towards complex conceptions over mental health, including actions to promote quality of life and subjective psychological well-being in the population. Likewise, the effectiveness of current treatments for mental disorders reach a relief rate of 65% and a placebo effect that rate from 45% to 55%. Rather than decreasing symptoms, these facts indicate the necessity of focusing on helping patients to deal with dysphoria every time discomforting negative events occur, identify personal resources and strengths and using them in order to cope with conflicts in addition to measures to treat anxiety and depression.

Based on the aforementioned, the objective of this research was to assess the influence of a psychoeducational workshop based on subjective psychological well-being on the quality of life, the levels of depression, anxiety and psychological well-being on adults who identify the presence of depression or anxiety symptoms. The participants were ten adults, nine women and one man, who completed eight programmed sessions of the workshop and its evaluations. The method was a concurrent mixed method design including quantitative analysis based on pretest and posttest measures and a qualitative analysis based on content analysis. The instruments administered were Beck Depression Inventory – II (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), GENCAT Quality of Life Scale and Ryff's Psychological Well-being Scale.

The results showed a significant decrease on depression levels, an increase on quality of life and in particular a significant increase on the emotional well-being dimension of quality of life. Anxiety levels, psychological well-being and its dimensions did not show significant changes. Group format promoted positive effects on participants during the workshop decreasing isolation sentiment, disability, helplessness and depression, also favored attitudes, cognitions and actions directed to diminish depressive symptoms. Other observed benefits in the group were the positive aspects promoted by the workshop: acquisition of coping strategies, higher emotional satisfaction, self-management, self-acceptance, autonomy, developing satisfying interpersonal relationships and commitment to one's life. Results suggest there is a need to further research focused on psychological well-being and quality of life to observe long-term impact on treatment and prevention of mental health problems.

**Keywords:** Depression, Anxiety, Quality of Life, Psychological Well-being, Psychoeducational Workshop, PERMA Model.

# Introducción

*No se es sólo uno mismo. Podemos optar por encarnar, traer a la luz o utilizar diferentes formas de ser, diferentes versiones de "lo que somos"*

Margarita Tarragona

En la actualidad se reconoce la complejidad de la salud mental y de los múltiples factores que la influyen, como los determinantes sociales, ambientales, biológicos y psicológicos del estado de salud mental. En México, los problemas mentales van en aumento al observarse un incremento en los síndromes depresivos y ansiosos, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia y los episodios psicóticos, las adicciones y los trastornos del desarrollo infantil (Souza & Cruz, 2010). Aunado a esto, las condiciones macrosociales del país impactan negativamente en el estado de salud de los habitantes, puesto que este aumento podría deberse a las condiciones de pobreza que aún persisten en un amplio número de personas en el país, el aumento en los niveles y grados de violencia en sus diversas formas y la falta de acceso a educación de calidad en un gran número de habitantes; solo por mencionar algunos (Medina, Real & Amador, 2015).

Se estima que los trastornos mentales provocan dificultades graves que van desde días perdidos por mortalidad prematura hasta discapacidad; ocasionando que en México, el 25% y 23% de los años de vida de los hombres y de las mujeres, respectivamente, están asociados con discapacidad (Lozano, et al., 2013). Particularmente, los problemas depresivos y de ansiedad representan un grave problema de salud pública en nuestro país, a pesar del amplio conocimiento de sus dimensiones, su etiología y las alternativas de tratamiento existentes (Medina, Real & Amador, 2015).

En México, la depresión ocupa el primer lugar entre todas las causas de años de vida con discapacidad en mujeres y en hombres ocupa el segundo lugar, después de la lumbalgia (Medina, Real & Amador, 2015). Se calcula que el 9.2% de la población mexicana ha tenido un evento depresivo a lo largo de su vida y de acuerdo con estos resultados, una de cada cinco personas en el país podría llegar a cursar un evento depresivo antes de cumplir los 75 años de edad (Medina-Mora, et al., 2005). También se estima que la tasa de prevalencia anual de depresión es de 4.8% entre la población general de entre 18 y 65 años, solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.5% (Medina-Mora, M. E., et al, 2005).

De la misma manera que sucede en el resto del mundo, en México las poblaciones más jóvenes sufren mayores tasas de depresión. Al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de los 21 años de edad. En la Ciudad de México, 7.2% de los jóvenes de entre 12 y 17 años han sufrido un episodio depresivo y prácticamente la mitad son episodios graves (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, et al., 2009).

Mientras, los trastornos de ansiedad pueden llegar a igualar en magnitud a los trastornos afectivos como la depresión, tienden a acompañarlos y volverse crónicos; ocasionando distintos grados de discapacidad. La prevalencia en México puede llegar hasta el 14.3% en la población y puede alcanzar hasta el 18% en la población infantil y adolescente (Virgen, Lara, Morales & Villaseñor, 2005).

A pesar de la alta prevalencia de algunos padecimientos mentales, se calcula que en México solamente reciben atención especializada el 17.7% de las personas entre 18 y 65 años con problemas mentales menores y esta cifra alcanza el 34.4% si los padecimientos son considerados como graves. Así mismo, el tiempo entre los primeros síntomas del padecimiento y la recepción de un tratamiento especializado puede tardar hasta 15 años en promedio para trastornos afectivos, 25 años en el caso de problemas de control de impulsos y ansiedad y más de 25 años en problemas relacionados con el abuso de sustancias (Medina, Real & Amador, 2015).

Ante este panorama, cabe la necesidad de revisar la concepción que se tiene de la salud mental, la enfermedad mental y el acercamiento a las medidas de prevención y tratamiento que se han formulado hasta el momento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se trata de un viraje hacia la promoción de la salud mental, la cual puede conceptualizarse como un conjunto de actividades que buscan realizar cambios en las condiciones individuales, sociales y del contexto que rodea a los individuos y que permiten el desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo, fortaleciendo la calidad de vida de los individuos y disminuyendo la brecha entre los distintos grupos sociales (Davis, 2014).

Por lo tanto, se promueve no solamente los aspectos curativos de los tratamientos psicológicos, sino los aspectos preventivos, de rehabilitación y protectores de condiciones mentales. En este sentido, la calidad de vida emerge como un campo muy importante a considerar en el trabajo actual de las intervenciones psicológicas tanto a nivel individual como grupal.

La calidad de vida ha sido un área de interés en la psicología desde su aparición en 1975. El concepto ha sido difícil de definir, puesto que no es únicamente utilizado en la psicología y en cada disciplina tiende a tomar diferentes dimensiones. Para la OMS (Schwartzmann, 2003) la calidad de vida es la satisfacción de un individuo con su vida y está relacionada con una serie de componentes de carácter objetivo y subjetivo que dependen de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de las personas. Entre dichos componentes se encuentran: la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos.

Se ha argumentado que la calidad de vida también involucra aspectos subjetivos de la experiencia de las personas, puesto que la percepción que realizan de sus propias condiciones y circunstancias de vida influye directamente sobre sus comportamientos saludables o no saludables (Berezon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio & Galván, 2013). Por tal motivo, consideran importante resaltar que la calidad de vida de una persona implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo.

La calidad de vida y el bienestar psicológico subjetivo se encuentra relacionada con la salud mental en muy diversas formas. Los modelos actuales de explicación de la calidad de vida aseguran que la presencia de una condición mental disminuye considerablemente la calidad de vida y viceversa, una disminución en la calidad de vida puede predisponer la presencia de una condición mental; particularmente si esta disminución se asocia a la presencia de estrés.

Es a través de la relación que existe entre el estrés y la presencia de psicopatología que se ha podido determinar la influencia preventiva o protectora que tiene un nivel alto de calidad de vida o de bienestar psicológico en la aparición de problemas psicológicos (Verdugo & Martín, 2002).

Ante el panorama actual que se ha presentado en las líneas anteriores, en el que existe una necesidad de magnitud importante por acceder a servicios de salud mental en nuestro país para problemas que involucran tanto a la depresión como la ansiedad, la dificultad de acceso a servicios de salud mental ya sea por la escasez de servicios públicos de calidad o por los prejuicios socioculturales de nuestra población ante los problemas mentales o los psicólogos y la importancia que tiene un trabajo integral que incluya aspectos generales que impacten en la calidad de vida de las personas y su bienestar, puede ser

necesaria una alternativa que pueda ser más acogida por la población que la forma tradicional en la que se conceptualizan los tratamientos psicológicos.

Una alternativa terapéutica que ha emergido recientemente la constituye la Psicoterapia Positiva propuesta y desarrollada por Seligman, Rashid & Parks (2006). Se trata de una aproximación a la terapia basada en la premisa de que la Psicología debe atender a los aspectos positivos de la experiencia humana como las fortalezas personales, la construcción de mejores cosas en la vida y hacer que las vidas de personas, sin la presencia de psicopatología grave, sean más plenas y satisfactorias; además de preocuparse de las debilidades, de la reparación de fallas o problemas y de aliviar la patología.

La Psicoterapia Positiva puede considerarse como la aproximación aplicada de la Psicología Positiva al campo de la Psicología Clínica. Wood & Tarrier (2010) argumentan que el desarrollo de una versión positiva en la Psicología Clínica permite un campo de investigación más balanceado al tomar en cuenta tanto los aspectos negativos como positivos del funcionamiento psicológico en todas las áreas de práctica clínica y de investigación. Las investigaciones que han profundizado en las características positivas que constituyen a la personalidad humana (como la gratitud, flexibilidad o emociones positivas) pueden predecir de forma única niveles de trastornos más allá del poder predictivo de la presencia de características negativas, y permiten evaluar el efecto amortiguador que tienen los aspectos positivos ante los eventos negativos de la vida; potencialmente previniendo el desarrollo de desórdenes más severos.

Seligman (2002) argumenta que la aproximación de la psicoterapia a la experiencia humana de sufrimiento se ha enfocado en los últimos 100 años en ayudar a los clientes a hablar sobre sus problemas y cada año los psicoterapeutas acuden a trabajos académicos enfocándose en reparar aspectos negativos como los síntomas, traumas, heridas, déficits o trastornos. Por lo que en pocas ocasiones se habla de que el foco de la terapia sea lo que está bien en la vida de los clientes, sus fortalezas, éxitos o aspectos positivos; de tal forma que puedan ampliarse o bien utilizarse para disminuir aquello que les aqueja.

La Psicoterapia Positiva propone la integración de síntomas con fortalezas, recursos con riesgos, debilidades con valores y esperanzas con culpas para entender la complejidad inherente de la experiencia humana en una forma balanceada. Considera importante que sistemáticamente se amplifiquen los recursos de las personas a través de un trabajo

focalizado en las emociones positivas, las fortalezas de carácter, el sentido y significado de la vida, las relaciones positivas interpersonales y los logros motivados intrínsecamente (Rashid, 2015).

El cambio en el foco de la psicoterapia puede ser importante debido a que aunque la efectividad de la psicoterapia ha sido probada, incluso teniendo resultados a mayor largo plazo que las medicaciones, puede ser vista más que un medio de reparación como un proceso de transformación o de optimización de la vida (Watkins, 2010).

Un cambio de foco también permitirá captar la complejidad del efecto que tiene un proceso psicoterapéutico en la vida de las personas. Tradicionalmente, el efecto que tiene la psicoterapia se trata de evaluar midiendo la remisión de los síntomas, pero como se ha argumentado anteriormente, la concepción actual de la salud mental involucra otros aspectos que podrían prevenir recurrencias y evaluar aspectos más complejos del bienestar humano como la calidad de vida (Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005).

Slade (2010) enfatiza como importante que se considere como efecto de la psicoterapia el aumento en el nivel de calidad de vida y se incluya en el concepto de recuperación, aspectos positivos como la esperanza, el significado de la vida, la satisfacción con la vida, un sentido positivo de la identidad personal y la toma de responsabilidad por parte del paciente en su propio bienestar. Estos aspectos son tomados de forma focal como parte de la Psicoterapia Positiva.

Otro problema que se presenta en relación con el tratamiento de los padecimientos mentales es la efectividad de los mismos. Los tratamientos conformados por psicofármacos, psicoterapia o la combinación de los mismos alcanza una tasa de alivio del 65% y dentro del mismo un efecto placebo de entre 45% al 55% (Kirsch, Moore, Scoboria y Nicholls, 2002; Fournier, DeRubeis, Hollon, et al., 2010; Seligman, 2016). El efecto que se consigue es de pequeño a moderado y esto puede indicar que más que disminuir los síntomas, podría ser necesario enfocarse en ayudar a los pacientes a lidiar con la disforia cada vez que ocurran eventos negativos que creen malestar, identificar los recursos y fortalezas de los pacientes y utilizarlos para afrontar conflictos además de tomar medidas para disminuir la ansiedad o la depresión (Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

La Psicoterapia Positiva ha sido utilizada y probada como efectiva en múltiples ensayos clínicos tanto aleatorizados como no aleatorizados; principalmente utilizándose para el tratamiento de la depresión, la ansiedad, el incremento de las habilidades sociales,

la adherencia al tratamiento en la adicción a la nicotina y como coadyuvante en el tratamiento de la esquizofrenia y otros cuadros psicóticos (Goodwin, 2010; Kahler, et al., 2014; Lü, Wang & Liu, 2013; Meyer, Johnson, Parks, Iwanski & Penn, 2012; Rashid, et al., 2013). En población latinoamericana se han hecho pocos estudios enfocados en la Psicoterapia Positiva o sus principios. En Chile, Cuadra-Peralta, et al. (2010) realizó una intervención en grupo, constituida por nueve sesiones con clientes diagnosticados con depresión. Se comparó este grupo con pacientes que recibían terapia conductual en un centro comunitario; obteniendo mejores resultados en los niveles de depresión posteriores a las intervenciones en el grupo que recibió Psicoterapia Positiva que en el grupo con Terapia Conductual.

Rashid (2015) argumenta que los ejercicios o técnicas empleadas en la Psicoterapia Positiva, denominados de forma genérica como intervenciones positivas, pueden utilizarse en un formato estructurado con tópicos e intervenciones bien definidas o bien incluirse en tratamientos convencionales. Esto ha hecho que las investigaciones en las que se ha probado la efectividad de este modelo de trabajo sean muy flexibles; por lo que el esquema de trabajo y de las intervenciones permite que se realice como un tratamiento único o bien ser adaptado a las necesidades específicas o incorporarse los ejercicios en otros formatos como talleres para población general.

Con base en lo anterior, esta investigación tuvo el objetivo de evaluar la influencia de un taller psicoeducativo sobre bienestar psicológico subjetivo en la calidad de vida, niveles de depresión, ansiedad y bienestar psicológico de adultos que identifican la presencia de síntomas de depresión o ansiedad. Para su realización se diseñó e implementó un taller psicoeducativo que abordó los componentes del bienestar psicológico subjetivo propuestos por Seligman (2002), en concordancia con los propósitos y supuestos de la Psicoterapia Positiva (Rashid, 2015) y en el que se propongan actividades que promuevan un cambio conductual a partir de la dinámica grupal y la realización de actividades o ejercicios focalizados en promover dichos cambios (Herrera, 2003). Se evaluó la influencia del taller psicoeducativo mediante la comparación entre las puntuaciones obtenidas por los participantes previas al taller y posteriores al mismo y mediante el análisis cualitativo de las observaciones directas realizadas durante la aplicación del taller tanto en el grupo en general y por participante al taller.

El trabajo que a continuación se presenta está dividido en siete capítulos. En el primero se abordarán los temas relacionados con la depresión y la ansiedad, identificando

sus definiciones, sus panoramas epidemiológicos, sus clasificaciones, sintomatología y evolución clínica, modelos etiológicos y tratamientos.

En el segundo capítulo se abordará el tema de la calidad de vida, se proveerán los antecedentes conceptuales sobre este constructo, su definición conceptual, los diversos modelos explicativos e importancia de la calidad de vida en la salud mental.

En el tercer capítulo se presenta el tema del bienestar psicológico presentando las conceptualizaciones filosóficas y psicológicas sobre el bienestar, su definición conceptual, los modelos explicativos del bienestar psicológico y se centrará a profundidad en los componentes del modelo PERMA en el que se sustenta esta investigación.

En el cuarto capítulo se explicarán las características de los grupos e intervenciones grupales que explican el funcionamiento de las intervenciones grupales con fines clínicos. En este mismo capítulo se proveen los resultados de algunas intervenciones grupales orientadas hacia la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y el bienestar.

En el quinto capítulo se expone el método usado para la recolección y análisis de datos referentes a la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y el bienestar psicológico. Finalmente, en los capítulos sexto y séptimo se presentarán los resultados obtenidos en este estudio y la discusión, conclusiones y limitaciones examinadas en el desarrollo de la presente investigación, respectivamente.

# Capítulo 1. Depresión y ansiedad

*Al cabo de diez días en Italia Depresión y Soledad me acechan... Primero noto una presencia amenazadora... y después me van rodeado Depresión a la izquierda, Soledad a la derecha. Llevamos años jugando al perro y el gato. Aunque admito que me sorprende encontrármelas aquí... La verdad no es su sitio.*

Elizabeth Gilbert

La depresión y la ansiedad han sido denominadas como los males de nuestro tiempo por múltiples razones, entre otras la gran cantidad de personas que son diagnosticadas cada año, la cronicidad de su curso clínico, la posibilidad de no reconocer sus síntomas por no presentarse tan intensamente como se cree, la trivialización de estos problemas en la cultura dominante en nuestro tiempo y la difusión que los medios de comunicación dan al ideal de la vida contemporánea, fuera de problemas y conflictos, más que de medidas para afrontar la vida. En este capítulo se revisa la depresión y la ansiedad desde una perspectiva clínica para hacer una consideración panorámica sobre su definición, impacto, características clínicas y tratamientos propuestos en la literatura.

## 1.1 La depresión

### 1.1.1 Definición y conceptualización de la depresión

Se considera que la depresión es una condición mental muy frecuente y que existen descripciones sobre su sintomatología desde la antigüedad; reconociéndose como una entidad patológica definida. Existe evidencia contradictoria en cuanto a la frecuencia con la que se diagnostica. Se considera como la condición de alta ocurrencia en la población mundial que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo para el año 2030, que se diagnostica en menor medida de lo que en realidad aparece y, que aunque se reconozca, un gran número de personas no recibe un tratamiento adecuado (Cano, Salguero, Mae, Dongil & Latorre, 2012). Sin embargo, también se ha alertado que el aumento en el diagnóstico de la depresión, tanto en los servicios de salud mental como en los servicios de atención primaria, se ha correlacionado con la creciente prescripción de psicofármacos y un sobrediagnóstico de enfermedad depresiva, numerosas derivaciones hacia la consulta especializada y la medicalización del malestar psíquico derivado de problemas cotidianas (Adán-Manes & Ayuso-Mateos; 2009).

Lo anterior da cuenta de la complejidad del problema actual y la necesidad de mejorar la atención y prevención de problemas de salud mental, no solamente a nivel de la

atención especializada y de primer nivel, sino a nivel de la población general que necesita de medios informativos confiables para identificar la problemática, así como de mejorar la formación profesional que permita diferenciar las situaciones que provocan malestar emocional debidas a circunstancias vitales ligadas a la naturaleza humana de las condiciones que requieren atención especializada y, en ocasiones medicación. De lo contrario pueden correrse riesgos que pueden ir desde reacciones adversas por uso innecesario de antidepresivos, la etiquetación de personas que puede llevar a estigma social y el impacto económico de la atención especializada de una condición probablemente inexistente (Aragonés, Piñol & Labad, 2006).

No existe un consenso general sobre la definición de la depresión y en gran medida se ha conceptualizado a través de la descripción de sus síntomas (Díaz, Ramírez & Tejada, 2004). En la conceptualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5) (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014), se considera a la depresión como el síntoma nuclear de los trastornos depresivos y en general, el rasgo común, entre las entidades clínicas clasificadas bajo ese rubro, es la presencia de un estado de ánimo triste, con sensación de vacío o afecto irritable; que se acompaña de cambios físicos y cognitivos que afectan la capacidad del sujeto para funcionar en las diversas esferas de la vida cotidiana como en lo social, laboral o familiar. Las diferencias entre los distintos trastornos se definen a partir de los patrones de duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

El DSM-5 (APA, 2014) establece que es muy importante que se diferencie la tristeza patológica que ocurre durante un episodio depresivo, de la tristeza normal que puede ocurrir cuando una persona cursa con un duelo. La diferenciación radicaría en que los síntomas depresivos se presentan como respuestas no proporcionales con los elementos medioambientales que pudieran ocasionarlos.

Clínicamente, se ha considerado que a lo largo del día hay variaciones del estado de ánimo a lo que se le denomina eutimia (Requena, 2010). Las variaciones ocurren de forma constante más que se presente un estado de ánimo único; lo que se denominaría como un afecto aplanado. Las subidas en la variación del estado de ánimo se denominan euforia, mientras que las bajadas se nombran como tristeza. La euforia cuando se torna patológica se considera como manía y la tristeza como depresión.

Múltiples factores afectan el estado de ánimo de las personas en forma natural. Algunos rasgos de personalidad están ligados de alguna forma al estado de ánimo; pudiendo existir personas más ligadas al optimismo y la alegría que a la tristeza y la depresión. Algunos factores externos como las condiciones sociales, económicas o personales también pueden influir en el estado de ánimo.

Otra evidencia de que el estado de ánimo tiende a tener variaciones son las denominadas variaciones cíclicas que pueden variar a lo largo del día e incluso del año. Hay personas que tienen un mejor estado de ánimo por las mañanas que por las noches y en general se ha observado un patrón de empeoramiento del estado de ánimo conforme aparece el invierno y los días son más cortos cerca de los polos terrestres.

En suma, el estado de ánimo es una emoción sostenida que determina la forma en la que percibimos e interpretamos los estímulos medioambientales.

Anteriormente los trastornos del estado del ánimo se denominaban trastornos afectivos, pero el concepto de afecto hace referencia principalmente a la manifestación de la emoción de la persona; el estado de ánimo incluye las manifestaciones de las emociones como la expresión facial, la postura o la tendencia al llanto, además de otros indicios físicos y subjetivos.

### **1.1.2 Panorama epidemiológico de la depresión**

Distinguir y reconocer la presencia de alteraciones en el estado de ánimo es de suma importancia debido a la frecuencia con la que estos se presentan. Se estima que el 20% de las mujeres adultas y el 10% de los varones adultos experimentarán alguna vez en su vida un episodio de depresión y su frecuencia parece ir en aumento en ambos sexos y representan más de la mitad de las consultas relacionadas con la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Aunque se puede afirmar que afecta a todas las personas por igual, se ha determinado que son más frecuentes entre las personas solteras o aquellos que carecen de relaciones significativas. También se ha determinado que las personas que tienen parientes cercanos con alteraciones del estado del ánimo poseen un riesgo mayor de padecer una alteración similar (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012).

La tasa de prevalencia estimada por la Organización Mundial de la Salud (2017) es de entre un 3% al 5%, lo que representan entre 120 y 200 millones de personas. Además, son tan frecuentes que se presentan acompañando a otros problemas de salud mental y se calcula que en pacientes psiquiátricos alcanza una prevalencia del 50%.

La depresión ha adquirido una relevancia mundial debido a los incrementos anuales que se han observado desde 2005. Se calcula que en un periodo de diez años entre 2005 y 2015 la prevalencia aumentó hasta 18% a nivel mundial; afectando a más de 300 millones de personas. Se calcula que entre el 9% y el 10% de la población mundial ya ha presentado un episodio depresivo y se estima que cerca del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento especializado en alguna etapa de su vida (Belló, Puentes, Medina-Mora & Lozano, 2005).

En México, la depresión puede considerarse un problema de salud pública. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002; Medina-Mora, et al., 2003) se estimó que el 9.2% de la población mexicana ha tenido un trastorno depresivo en la vida y se calcula que una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años (Wagner, et al., 2012).

La prevalencia anual en adultos se estima en una tasa de 4.8% en la población de entre 18 a 65 años, mientras que, como en el resto del mundo los más jóvenes presentan tasas aún mayores. Se estima que al menos la mitad de los casos ocurren antes de que las personas cumplan 21 años de edad.

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que el 7.2% de los jóvenes en la Ciudad de México de entre 12 y 17 años sufrieron un episodio depresivo en el último año y más de la mitad de los casos clasificados como graves (Benjet, et al, 2009).

Aunque la dimensión del problema en edades más tempranas en nuestro país ha sido poco estudiada, se han reportado casos que señalan la presencia de depresión desde la infancia presentándose apatía escolar, enfermedades frecuentes, llanto espontáneo sin causa aparente y preocupación excesiva ante la posibilidad de muerte de un familiar (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009; Secretaría de Salud, 2016). Ante este panorama se considera que entre los 11 a los 16 años aumenta la probabilidad de la aparición del primer episodio depresivo mayor; representando una prevalencia del 4% al 8% en población

no clínica y hasta el 40% en la población clínica (Beltrán, et al, 2012; Belló, et al, 2005; Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008).

El diagnóstico de trastorno depresivo ha ocupado el segundo lugar de diagnósticos de mayor prevalencia en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, seguido por los trastornos de ansiedad (Márquez-Caraveo, Arroyo-García, Granados-Rojas & Ángeles-Llerenas, 2017).

A nivel mundial se reconoce que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las que se obtienen en hombres (Seedat, Scott, Angermeyer, Berglund, et al., 2009). En México esta tendencia en la diferencia significativa de la prevalencia entre hombres y mujeres se mantiene y se estima una razón de 2:1 (Beltrán, et al., 2012; Secretaría de Salud, 2016).

En algunos estudios se ha encontrado que el estado civil es un factor que se asocia con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas dentro de grupos de alto o bajo ingreso. Así, las personas separadas o que nunca se casaron presentan una mayor asociación con la presencia de depresión si tienen un ingreso alto; mientras que las personas divorciadas y viudas tienen una mayor asociación si poseen un ingreso económico bajo (Medina-Mora, et al., 2005; Bromet, Andrade, Hwang, Sampson, et al., 2011).

Así mismo, se ha encontrado que las personas con nivel de educación bajo tienen un mayor riesgo de padecer depresión (Wagner, et al., 2012).

Se considera que la depresión mayor es el problema psicológico más frecuente en la etapa vital de la adolescencia y es un predictor importante para la presencia de otros trastornos mentales en la adultez (Arrieta, Díaz & González, 2014; Vallejo, et al., 2008). La depresión coexiste con otros trastornos, entre ellos los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación o el comportamiento perturbado y el abuso de sustancias (Instituto de Salud Mental, 2009).

Una de las comorbilidades más importantes que se presenta a cualquier edad es la presencia de suicidio. La tasa de suicidio se ubica como la segunda causa de muerte a nivel mundial en personas de entre 15 y 29 años de edad y se calcula cerca de 800 mil suicidios alrededor del mundo por año (Belló, et al., 2005; OMS, 2017). Aunque en no todos los casos de suicidio se puede comprobar la asociación con los trastornos depresivos, se calcula que más de la mitad de los suicidios consumados ocurrieron en personas que sufrían un

problema de depresión (Instituto Mexicano de la Juventud, 2017). Es más, se estima que por cada suicidio consumado en el mundo, existen al menos cincuenta intentos de suicidio fallidos que no se logran detectar adecuadamente (Sarmiento & Aguilar, 2011). En este caso también se logra identificar una tasa diferenciada por sexo en la ocurrencia de suicidio; siendo más frecuente la tasa de suicidios en hombres que en mujeres (Hernán, 2002; Santos-Preciado, et al., 2003).

En nuestro país, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019), la tasa de suicidios es de 5.1 suicidios por cada 100,000 habitantes y 8 de cada 10 suicidios son cometidos por hombres. Se observa que la tasa de suicidios tiene una tendencia en aumento, en 2010 la tasa era de 4.3 y en 2016 llegó hasta 5.1.

El suicidio es más frecuente en jóvenes, la tasa más alta en nuestro país se encuentra en jóvenes de entre 20 a 29 años, en quienes se reportan causas como problemas familiares, amorosos, depresión y ansiedad, el abuso de drogas o alcohol, entre otras (INEGI, 2019).

### **1.1.3 Clasificación de la depresión**

Se han hecho varias clasificaciones de los trastornos del ánimo a lo largo de la historia. Inicialmente una aportación muy clara en la diferenciación de distintas entidades nosológicas ocurrió cuando se diferenció la psicosis maniaco-depresiva descrita por Kraepelin de la depresión neurótica que Freud describió en sus pacientes (Requena, 2010). Otro de los cambios significativos ocurrió con la aparición del DSM-III que conjuntó los trastornos afectivos en un mismo grupo, puesto que se clasificaban junto a otros trastornos considerando únicamente la gravedad del cuadro clínico (Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena, 2006). Una última modificación importante en cuanto a la clasificación de estos trastornos ha sido la que la aparición del DSM-5 ha implicado, puesto que el grupo de trabajo ha considerado que los hallazgos actuales con respecto a la genética y el análisis de la sintomatología convierten a los trastornos bipolares en un puente entre los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia; cuestión que motivó la separación de los trastornos bipolares de los depresivos (Morrison, 2015).

Requena (2010) señala la aparición histórica de dicotomías como formas de concebir o describir las alteraciones del humor y que se han considerado de forma amplia en la literatura del tema. Dichas dicotomías son las siguientes:

- **Depresiones psicóticas frente a depresiones neuróticas:** parte de un criterio descriptivo que se basa en la gravedad de la sintomatología considerando que las psicóticas se caracterizan por la presencia de alucinaciones y/o delirios, en contraste con las neuróticas que son menos graves y se asocian a trastornos de la personalidad y no con síntomas psicóticos. Los trastornos del ánimo no son una unidad uniforme, sino que se dividen en las categorías de la división clásica de la Psicopatología que considera a los trastornos divididos o en psicóticos o en neuróticos. Esto se ha dejado de lado debido a la extrema ambigüedad de los términos, sin embargo, en la actualidad se sigue conservando la palabra psicótico como un especificador de la gravedad de la sintomatología cuando las personas presentan alucinaciones o delirios.
- **Depresiones endógenas frente a depresiones reactivas o exógenas:** parte de la identificación de la presencia o ausencia de factores precipitantes. En el tipo endógeno se supondría la presencia de una personalidad premórbida adaptada, sin factores desencadenantes ambientales, tristeza profunda, síntomas somáticos y una respuesta favorable a los tratamientos de naturaleza biológica. Mientras que, en el tipo reactivo o exógeno, los factores desencadenantes son más evidentes como en el caso de un duelo no resuelto o factores de índole psíquica, además que supondría una respuesta más pobre a los tratamientos biológicos. La distinción se usa cada vez menos, sin embargo, en algunos escenarios clínicos o de investigación se sigue enfatizando la diferencia entre la identificación de factores precipitantes o su ausencia mediante el uso de los términos.
- **Depresiones unipolares frente a depresiones bipolares:** esta tipificación utiliza la presencia o ausencia de fases maníacas para distinguir la sintomatología de los casos. Esta diferenciación se sigue utilizando, sin embargo, ya no se habla de depresiones bipolares sino de trastornos depresivos (lo que se denominaba como unipolar) y de trastornos bipolares.

Debido al uso masivo de la clasificación de los trastornos propuesta por el DSM-5 (APA, 2014) los términos depresión exógena, endógena o neurótica se encuentran en desuso y se ha impuesto la terminología propuesta por este manual de clasificación.

En el DSM-5 (APA, 2014) se utilizan tres criterios generales para diagnosticar los problemas mentales relacionados con el estado de ánimo. El primer lugar, se distingue a los episodios afectivos, lo que alude a cualquier periodo en que un paciente se siente feliz

o triste en un grado anormal. Los episodios podrían considerarse como los elementos a partir de los cuales se configurarían los trastornos del estado del ánimo (Morrison, 2015).

La mayoría de los pacientes con trastornos del estado de ánimo presentan uno o más de los tres episodios identificados en el DSM-5: episodio depresivo mayor, episodio maniaco o episodio hipomaniaco (APA, 2014). Es importante enfatizar que, si no se cuenta con mayor información referente a los episodios o la evolución de la sintomatología, no se puede realizar un diagnóstico codificable (Morrison, 2015).

En segundo lugar, se distingue a los trastornos del estado de ánimo que pueden definirse como un patrón de enfermedad que deriva de un estado de ánimo alterado (Morrison, 2015). Casi todos los pacientes que tienen un trastorno del estado de ánimo experimentan depresión en algún momento, aunque otros pueden tener exaltaciones del estado de ánimo. Muchos de los trastornos se diagnostican con base en un episodio del estado de ánimo, aunque no todos. Así mismo, la mayoría de los pacientes encajarán en alguno de los trastornos identificados en el manual: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo recurrente (distimia), trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo debido a otra afección médica, trastorno depresivo inducido por sustancias y trastorno depresivo especificado o no especificado (Morrison, 2015).

Finalmente, en tercer lugar, se distinguen los especificadores que son elementos descriptivos que permiten identificar con mayor claridad las características de los episodios y trastornos. Se dividen en dos tipos (Morrison, 2015):

- **Especificadores que describen el episodio en curso o más reciente:** con características atípicas, con características melancólicas, con síntomas de ansiedad, con características catatónicas, con características mixtas, con inicio en torno al parto o con características psicóticas.
- **Especificadores que describen la evolución de los episodios recurrentes:** con ciclado rápido o con patrón estacional.

En suma, el DSM-5 (APA, 2014) considera dividir a los trastornos del estado de ánimo en los siguientes:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.

- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado.

Las características, sintomatología, curso y pronóstico de los distintos trastornos serán discutidos en la siguiente sección de este capítulo.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992), conjunta las alteraciones del ánimo dentro de lo que se denomina como trastornos del humor y considera las siguientes categorías:

- Episodio maníaco (F30).
- Trastorno bipolar afectivo (F31).
- Episodios depresivos (F32).
- Trastorno depresivo recurrente (F33).
- Trastorno del humor (afectivo) persistente (F34).
- Trastorno ciclotímico (F34.0).
- Distimia (F34.1).
- Otros trastornos del humor (afectivos) (F38).
- Trastorno del humor (afectivo) sin especificaciones (F39).

El CIE-10 sigue la misma lógica del DSM-5 al solicitar que los síntomas del paciente sean especificados para identificar con mayor claridad los problemas que presenta. Por lo que se pueden tipificar los síntomas a partir de anotar la presencia de síntomas psicóticos, la gravedad de los síntomas (leve, moderado, grave) o si se encuentran los síntomas en remisión (Requena, 2009).

#### **1.1.4 Sintomatología y evolución clínica de la depresión**

En primera instancia deberíamos considerar que con el término depresión identificamos tanto a un síntoma, un síndrome y una serie de trastornos como lo apreciamos en la sección anterior.

Como síntoma representa la experiencia subjetiva de la persona, quien puede sentir que su estado de ánimo ha descendido y puede manifestarse a nivel psicológico e incluso somático. Clínicamente tratamos de reservar el término para aquel malestar más profundo que abarca muchas funciones psíquicas del sujeto y que provoca un retardo tanto en el pensamiento como en las acciones (Crespo, 2011).

Aunque el síntoma de depresión es importante para considerar la presencia de un trastorno depresivo, por sí mismo no delimita al cuadro clínico y deberían coexistir otros síntomas y manifestaciones para el diagnóstico. Es importante valorar si la depresión es un síntoma importante a tomar en cuenta debido a su gravedad o intensidad y se considera que es patológico si se presentan las siguientes características (Crespo, 2011):

- Puede existir un desencadenante, aunque no siempre.
- Hay una desproporción entre el estímulo y la reacción de la persona.
- La duración es desproporcionada.
- Hay una disminución notable del rendimiento de la persona.
- Existen síntomas físicos acusados.

Beck (1967) identificó que el contenido y procesamiento cognitivo de los pacientes que sufrían depresión presentaban características peculiares que los diferenciaban de personas que no tenían depresión. Básicamente, los pensamientos de las personas deprimidas tienden a centrarse en sucesos negativos pasados, incluso que sucedieron remotamente, y de sucesos negativos que pudieran ocurrir en el futuro, aunque sean improbables de ocurrir.

Las personas pueden ser más taciturnas y tener dificultades para concentrarse en diferentes tareas. Pueden sentirse desdichados y esto motiva a una percepción del entorno en sintonía con su rango afectivo. Frecuentemente sus pensamientos y acciones son sintónicas con el pesimismo, la desesperanza y la disminución de la motivación (Crespo, 2011).

Aunque la experiencia de sentirse triste o deprimido es experimentada de forma normal por todas las personas, adquiere relevancia clínica cuando es persistente e inadecuada a la realidad (Requena, 2009).

Por síndrome depresivo se entiende a un conjunto de síntomas que caracterizan a una disminución global del estado de ánimo y que se manifiesta en el plano psíquico y

somático; constituyéndose un estado de humor dominante triste, pesimista o sombrío (Crespo, 2011).

Los síntomas nucleares del síndrome depresivo son la tristeza patológica y la anhedonia, que es la pérdida del interés o capacidad para obtener placer. Los dos síntomas varían en intensidad y repercusión en otras esferas de la vida. La repercusión es tan variable, que podemos encontrar personas que presentan ambos síntomas en intensidad grave y no manifiestan expresamente dicha intensidad puesto que realizan sus actividades cotidianas y lo que les demanda el medio ambiente (Requena, 2009).

El síndrome no es una categoría diagnóstica homogénea y engloba distintos cuadros clínicos que varían debido a la naturaleza de los síntomas, situaciones contextuales, sus causas aparentes, entre otras variables.

Aunque el síntoma cardinal es la tristeza patológica, pueden aparecer otros estados emocionales como la ansiedad o la irritabilidad, que se muestran como secundarios al estado de ánimo predominante. Además de los síntomas afectivos pueden aparecer síntomas cognitivos como bradipsiquia y cogniciones plagadas de tonalidad afectiva negativa. Es notable la pérdida de la autoestima y el paciente puede verbalizar ideas sobrevaloradas sobre inutilidad, hipocondría, desesperanza o ruina. Así mismo, algunas personas pueden expresar pensamientos de culpa o incapacidad excesiva e inapropiada. La alteración cognitiva grave puede conducir a ideas delirantes que pueden tener naturaleza hipocondriaca, de culpa, de ruina o incluso nihilista (la negación de la propia existencia) (Morrison, 2015).

Un aspecto importante en cuanto a la cognición es que el clínico debe explorar de manera propositiva la posible presencia de ideas de muerte que pueden conducir a ideación suicida o a intentos que pudieran llegar a consumarse (Crespo, 2011).

En pacientes con afecciones graves la cognición se ve severamente alterada y el paciente experimenta pobreza cognitiva, ausencia de ideas e incapacidad para tomar decisiones. Estas alteraciones cognitivas pueden conducir al sujeto a dificultades severas en la atención y la memoria (Morrison, 2015).

Las alteraciones psicomotoras son más frecuentes y evidentes cuando la afección es más profunda o acentuada. Es frecuente que ocurra inhibición o retardo en la actividad motora, sin embargo, también pueden ocurrir cuadros de agitación. El retardo psicomotor se nota frecuentemente en la expresión facial o en la expresión del lenguaje, el cual puede

manifestar una pobreza en la asociación de ideas y tendencia a la perseverancia de las ideas.

Es frecuente que las personas manifiesten alteraciones del sueño, ya sean de tipo insomnio o hipersomnia. Pueden existir alteraciones del apetito como anorexia, hiperfagia o apetencia de alimentos específicos como alimentos ricos en carbohidratos o chocolate. Frecuentemente se encuentra disminución del impulso sexual (Requena, 2009).

Otras alteraciones somáticas que pueden presentarse en pacientes deprimidos son: fatiga o pérdida de energía, sequedad de boca, estreñimiento, dolores de cabeza, sensación de nudo en la garganta, opresión en el pecho, impresión de dificultad respiratoria, entre otras (Crespo, 2011).

La presentación de los síntomas es muy variable de paciente a paciente, por lo que es muy importante evaluar a cada uno de ellos de forma integral y por separado, más que intentar establecer similitudes en cuadros descritos por la literatura (Requena, 2009). Muchos pacientes tienden a negar la presencia de síntomas y no reconocer la presencia de depresión, por lo que en ocasiones los familiares son una fuente de información preciada. Se deben tomar en cuenta las diferencias transculturales que permiten entender que la expresión de las emociones y el significado de alteraciones mentales y afectivas influyen en el reconocimiento de este tipo de alteraciones y que la persona desee o no obtener ayuda para resolver los conflictos afectivos que presenta (Crespo, 2011).

En la tabla 1.1 se resumen las características y tipificaciones de los distintos trastornos depresivos catalogados y tipificados en el DSM-5 (APA, 2014).

**Tabla 1.1****Trastornos depresivos catalogados en el DSM-5 y sus características principales**

<b>Trastorno</b>	<b>Características principales</b>
<b>Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo</b>	Tipo de trastorno diagnosticado principalmente en niños en el que se mantiene un estado de ánimo negativo que se expresa por explosiones temperamentales frecuentes e intensas. Ocurren accesos de cólera graves y recurrentes verbalmente y/o con el comportamiento cuya duración e intensidad son desproporcionadas a la situación o provocación.
<b>Trastorno de depresión mayor</b>	Las personas presentan episodios depresivos mayores en los que se presentan las características del síndrome depresivo por lo menos durante dos semanas. Los síntomas deben incluir o la tristeza patológica o la anhedonia y acompañarse de por lo menos cinco síntomas relacionados. El malestar debe ser significativo y no debe ser causado por afecciones médicas o los efectos de alguna sustancia. Puede ser recurrente o un episodio único y no debe existir evidencia de episodios maniacos.
<b>Trastorno depresivo recurrente (distimia)</b>	En este trastorno no existen fases de exaltación y la duración es mucho mayor que el trastorno de depresión mayor. Sin embargo, la intensidad de los síntomas es menor que en la depresión mayor y puede considerarse una versión crónica. En los adultos la duración debe ser durante mínimo dos años y en niños y adolescentes solamente por un año. Durante el periodo de aparición de los síntomas no debe haber intervalos de más de dos meses seguidos sin sintomatología. No debe existir evidencia de episodios maniacos y tampoco debe ser causado por afecciones médicas o efectos de sustancias.
<b>Trastorno disfórico premenstrual</b>	Se diagnostica en mujeres quienes presentan síntomas de depresión y ansiedad algunos días antes de la menstruación. Los síntomas deben ocurrir en la mayoría de los ciclos menstruales, deben estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
<b>Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento</b>	Ocurre debido a que el alcohol y otras sustancias, ya sea por intoxicación o por abstinencia, pueden inducir síntomas depresivos. Para el diagnóstico no se requiere que cubran los criterios de los trastornos anteriores, no debe ocurrir durante un síndrome confusional y debe causar malestar significativo.
<b>Trastorno depresivo debido a otra afección médica</b>	Ocurre debido a que diversas afecciones o condiciones médicas y neurológicas pueden causar síntomas depresivos y tampoco necesitan cubrir los criterios de alguno de los trastornos mencionados anteriormente.
<b>Otro trastorno depresivo especificado</b>	Bajo este rubro se incluyen a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo, que causan malestar clínico significativo pero que no cumplen los criterios de algún trastorno depresivo. En esta categoría el clínico debe especificar el motivo por el cual no se cumple con los criterios de un trastorno depresivo específico.
<b>Otro trastorno depresivo no especificado</b>	De forma similar al anterior, el cuadro clínico no cumple con todos los criterios de un trastorno depresivo específico, pero el clínico no especifica el motivo por el cual no se cumplen.

**Fuente: elaborado con base en Morrison (2015) y APA (2014).**

En general los trastornos depresivos mayores se dan con mayor frecuencia entre los 25 y los 44 años de edad, aunque se ha observado que hay una tendencia a la disminución de la edad de aparición del primer episodio depresivo mayor. La duración de

un episodio sin tratamiento varía entre 6 y 9 meses, aunque antes de la aparición clínica de la sintomatología pueden existir pródromos con síntomas de naturaleza ansiosa o depresiva leve durante semanas o meses (Requena, 2009).

El curso es variable, aunque más de la mitad de las personas que han presentado un episodio volverán a presentar otro y con cada aparición aumenta la probabilidad de padecer un nuevo episodio (Requena, 2009).

En el trastorno depresivo mayor se ha encontrado evidencia de antecedentes familiares, un inicio brusco y una buena respuesta farmacológica; mientras que en el trastorno depresivo recurrente hay menos evidencia de antecedentes familiares identificables, su curso es crónico e inicio insidioso y la respuesta farmacológica es variable (Requena, 2009).

En el caso del trastorno depresivo recurrente la edad de inicio suele ser durante la segunda década de la vida y aunque su curso es crónico, suelen experimentar días o semanas en las que reportan sentirse bien, aunque la mayor parte del tiempo se sienten cansados y deprimidos (Morrison, 2015).

Con todo lo anteriormente revisado es importante enfatizar que, en lo referente a los trastornos depresivos, sea cual sea su naturaleza, se debe considerar la recurrencia y la cronicidad que obliga a la búsqueda de tratamientos que reduzcan dichos riesgos. Es innegable que ocasionan deterioro y sufrimiento que es necesario atender de manera eficiente y limitar la reducción de la salud que ocasionan.

### **1.1.5 Modelos etiológicos de la depresión**

Además de considerar los factores que se han encontrado relacionados con la presencia de depresión en algunas personas a nivel mundial y de considerar las comorbilidades presentadas, es importante comprender las causas que se han examinado para los trastornos depresivos y así obtener un panorama general de los factores a considerar en un tratamiento efectivo para la depresión. Aunque en las líneas siguientes se abordarán diversas hipótesis, no se trata de una descripción exhaustiva de las mismas.

En primer lugar, se han considerado hipótesis biológicas que han influido en la concepción de la depresión tanto como una condición heredable como reflejo de un funcionamiento cerebral alterado.

Aunque se considera que la heredabilidad de la depresión se muestra como un factor débil en comparación con otros trastornos mentales, es una hipótesis que ha recibido un apoyo que ha traspasado a la comunidad científica y se ha hecho popular. Solamente del 31% al 42% de los pacientes diagnosticados con depresión presentan antecedentes familiares claros que pudieran ser debidos a la presencia de ciertos genes (Hernán, 2002). A pesar de esto, se ha evidenciado que la cercanía en el parentesco con personas con depresión puede constituirse como factor de riesgo para padecer la condición. Si son parientes directos y en primer grado las probabilidades de padecer depresión aumentan hasta tres veces más que la población general (Morrison, 2015). Como en otros padecimientos con posible influencia genética es importante enfatizar que el funcionamiento de los genes no es aislado, debido que sus acciones están en estrecha relación con factores ambientales y que su sola presencia no indica que estén actuando sobre el comportamiento y condiciones biológicas de la persona. La interacción de los genes con otros factores de riesgo medioambientales podría explicar, mejor y de forma compleja, la aparición de la depresión.

La respuesta emocional ante el medio ambiente es regulada por las estructuras cerebrales y la actividad de los neurotransmisores específicos. Se ha identificado que durante un episodio depresivo el funcionamiento cerebral se ve afectado de diferentes maneras que incluyen la hiperintensidad y disminución del metabolismo de ciertos neurotransmisores y el aumento del flujo sanguíneo y metabolismo en zonas de la corteza orbitofrontal y la amígdala (Hernán, 2002). Además, diversos circuitos neurales asociados a estas zonas se ven afectados como el sistema serotoninérgico, estructuras del sistema límbico, el sistema colinérgico y el factor liberador de la hormona del crecimiento que se ven afectados por niveles anormales de los neurotransmisores catecolaminérgicos (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006).

Las dos hipótesis biológicas más importantes por las que se desencadenarían los trastornos depresivos son la hipótesis catecolaminérgica y la hipótesis serotoninérgica (Requena, 2009). En la primera se considera que existe un déficit central de catecolaminas en las vías del sistema límbico, particularmente de noradrenalina, y los psicofármacos como los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) restituirían dicho déficit. La segunda se constituye como un déficit de serotonina que se ha encontrado tanto en pacientes con depresión como en pacientes maníacos en vías nerviosas diferentes.

Aparentemente ambas hipótesis son complementarias, pero es importante enfatizar que no hay una correlación perfecta entre la administración de los psicofármacos y la mejora en la sintomatología (Requena, 2009).

El modelo psicoanalítico ha considerado a la depresión como ligada a un duelo patológico experimentado por la pérdida de un objeto amado. Sin embargo, en la depresión la pérdida tiene la peculiaridad que se pierde a un objeto con el cual se mantenía un vínculo narcisista, lo que produciría una gran perturbación en el Yo (Requena, 2009). Así, los sentimientos de culpa, reproches y agresividad que frecuentemente se observan dirigidos hacia la persona del paciente son más bien reproches que originalmente estaban dirigidos hacia el objeto con el cual estaba identificado el Yo.

La pérdida del objeto amado es entonces una pérdida del Yo y el conflicto se transforma en un conflicto entre el Yo crítico y el Yo alterado por la identificación. En un duelo normal la resolución ocurriría con el desplazamiento de las pulsiones hacia otro objeto de amor, pero en la depresión esto no es posible debido a la fuerte identificación del Yo y surgen sentimientos ambivalentes hacia uno mismo; lo que dificulta la resolución.

Otros autores psicoanalíticos, como Melanie Klein, establecen que la depresión es reflejo de la forma en la que el individuo aprendió a elaborar experiencias tempranas de pérdida y son revividas y reactivadas en la adultez (Requena, 2009).

Desde la perspectiva cognitiva, la depresión se conceptualiza como un trastorno de pensamiento en el que el procesamiento y el estilo cognitivo son responsables de ocasionar, el mantenimiento y la recuperación de la depresión. Los dos modelos centrales en esta perspectiva son el esquema propuesto por Beck y el modelo reformulado de la indefensión aprendida propuesto por Seligman, Abrahamson y Teasdale (Morrison, 2015).

En el modelo cognitivo de Beck se pone énfasis en el procesamiento de la información y las interpretaciones de la misma como origen del estado depresivo. El modelo se centra en tres constructos explicativos que dan idea del porqué se produce la depresión.

El primer elemento son los esquemas cognitivos que se conciben como la unidad básica de conocimiento formado por suposiciones, actitudes y creencias que determinan qué estímulos deben procesarse. En la depresión los esquemas son disfuncionales y se vuelven preponderantes en la organización cognitiva del paciente; generando así que los estímulos del ambiente sean interpretados de manera rígida a través de un mismo esquema a pesar de que en ocasiones haya contradicciones con la evidencia real que tiene el sujeto.

La identificación del esquema cognitivo permite entender por qué el sujeto no modifica su forma de pensar o estado afectivo a pesar de que en el entorno se provoquen cambios. Los esquemas disfuncionales se crean en la infancia a partir de experiencias traumáticas o en la adultez a partir de crisis personales en las que se asimilaron informaciones falsas o se realizaron comprobaciones erróneas acerca de uno mismo o el mundo. Los esquemas que poseen las personas con depresión consisten en actitudes absolutistas e inmaduras con respecto al self y el mundo. Cuando los sucesos de la vida ocurren, como las pérdidas, se activan los esquemas conformados con anterioridad y el sujeto comienza a actuar con base en ellos.

El segundo elemento está conformado por los errores cognitivos que son distorsiones que ocurren sistemáticamente en los procesos de pensamiento del paciente con depresión y que funcionan como las bases que mantienen las creencias negativas del paciente a pesar de que ocurra evidencia que las contradiga. Los errores cognitivos más frecuentes se muestran en la tabla 1.2

<b>Tabla 1.2</b>	
<b>Errores cognitivos más frecuentes en la depresión</b>	
<b>Error cognitivo</b>	<b>Definición</b>
<b>Inferencia arbitraria</b>	Ocurre cuando se extraen conclusiones en ausencia de evidencia que apoye dichas conclusiones e incluso ante evidencia contraria.
<b>Abstracción selectiva</b>	Focalización de ciertos elementos aislados y parciales de una situación, ignorando otros elementos más relevantes y conceptualizando la situación basándose en fragmentos de información.
<b>Sobregeneralización</b>	Generalización sobre la base de un único o varios acontecimientos, de ordinario o de contenido negativo para sí mismo.
<b>Magnificación y minimización</b>	Magnificación de los acontecimientos negativos y minimización de los positivos.
<b>Personalización</b>	Es la tendencia a relacionar acontecimientos externos con uno mismo sin que existan indicios que lo justifiquen.
<b>Pensamiento absolutista y dicotómico</b>	Es la tendencia a categorizar las situaciones en función de categorías dicotómicas formadas por un extremo positivo y otro negativo, identificándose el paciente con frecuencia con el polo negativo de la categoría.

**Fuente: Adaptado de Requena (2009).**

El tercer elemento del modelo es la triada cognitiva que es el resultado de la interacción entre la información que obtiene el sujeto de su medio ambiente, los esquemas disfuncionales y creencias irracionales y los errores cognitivos. Los componentes de la triada cognitiva son:

- Visión negativa de sí mismo.

- Visión negativa del mundo.
- Visión negativa del futuro.

Con todo esto es necesario hacer una acotación, las situaciones adversas o desagradables de la vida no necesariamente crean una depresión. Se considera que las personas que tienen una especial predisposición o se encuentran vulnerables a la depresión son las que tienen mayor probabilidad de desarrollarla. Incluso Beck considera que la predisposición se genera a partir de la adquisición en la infancia de esquemas cognitivos con visiones negativas del Yo, el futuro y el mundo que serán activados bajo situaciones de estrés. Los errores cognitivos reforzarían los esquemas cognitivos y se crearía un círculo vicioso (Requena, 2009).

Por otro lado, la teoría de la indefensión aprendida, que se basaba en modelos experimentales sobre indefensión aprendida, suponía que en las ocasiones en las que un sujeto no podía discriminar la relación entre su comportamiento y las conductas que le siguen, ya fueran positivas o negativas, el sujeto desarrollaba una actitud pasiva en la que se deja de buscar que el comportamiento provoque una reacción en cierta dirección. La persona, por lo tanto, siente que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el ambiente de lo que derivarían actitudes de inseguridad y desesperanza cuando las situaciones negativas escapaban a su control; lo que se denominaría indefensión (Requena, 2009).

Abrahamson, Seligman y Teasdale (1978) reformularon el modelo introduciendo a las atribuciones como un mediador entre la percepción de no contingencia y la formación de expectativas de que no se podría controlar el futuro. El sujeto que se enfrenta a un suceso incontrolable, por lo tanto, se formará de una opinión acerca de la situación dependiendo de las expectativas que tenga sobre el futuro, así como por sus reacciones ante la situación. En las personas con depresión los juicios atribucionales sobre acontecimientos negativos tienden ser dirigidos hacia sí mismos, suponiendo que ocurrieron debido a ellos mismos. Poco a poco estos juicios se generalizan a situaciones cotidianas con una incidencia persistente, ocasionando pérdida de autoestima y finalmente el estado depresivo.

### **1.1.6 Tratamientos para la depresión**

Los diversos avances en cuanto al funcionamiento cerebral han permitido que hoy en día exista una variedad de tratamientos de naturaleza biológica para la depresión que buscan la remisión de los síntomas y prevenir las recurrencias. Se considera que en general el tratamiento combine tanto psicofármacos como tratamientos psicológicos, en especial en trastornos que involucran depresiones graves o profundas (Bogaert, 2012).

Heerlein (2002) considera que hoy en día existe una gama de psicofármacos de hasta treinta agentes farmacológicos con diversas características de posología, administración, efectos secundarios y restricciones de uso. De acuerdo con la Guía clínica para el manejo de la depresión del Instituto Nacional de Psiquiatría (Heinze & Camacho, 2010a) en pacientes con depresión moderada o leve los fármacos y la terapia psicológica es igualmente efectiva, por lo que la elección de una u otra medida terapéutica depende de la preferencia del paciente, el análisis del costo y de la disponibilidad del servicio.

La farmacoterapia en el medio psiquiátrico es considerada como de primera línea en la atención a los pacientes con trastorno depresivo mayor leve o moderado y no existe una evidencia especial para que se considere un psicofármaco sobre otro. Por lo que la decisión de qué fármaco emplear recae en el psiquiatra y en algunas condiciones del paciente y su padecimiento como el costo, los efectos adversos, la comorbilidad, respuesta previa a otros fármacos o el subtipo de depresión (Heinze & Camacho, 2010a).

Los efectos de los psicofármacos se alcanzan después de 2 a 4 semanas de tratamiento con tomas diarias.

Los psicofármacos se dividen en familias por su estructura química y sus efectos a nivel de la neurotransmisión. En la tabla 1.3 se sintetizan sus principales acciones y se brindan algunos fármacos pertenecientes a dicha familia.

**Tabla 1.3**  
**Principales familias de fármacos antidepresivos con ejemplos de sustancias activas y mecanismo de acción.**

<b>Familia</b>	<b>Ejemplos</b>	<b>Mecanismo de acción</b>
<b>Tricíclicos y tetracíclicos</b>	Amitriptilina Imipramina Doxepina	Inhiben a dos transportadores neurales, impidiendo la recaptura de monoaminas biógenas.
<b>Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)</b>	Citalopram Fluoxetina Paroxetina	Median la recaptura de serotonina dentro de la terminal presináptica y al bloquearla provocan neurotransmisión aumentada y prolongada
<b>Inhibidores de la recaptura de dopamina (IRDN)</b>	Bupropion	Mejora la neurotransmisión tanto de dopamina como de noradrenalina al inhibir la recaptura.
<b>Inhibidores de la recaptura selectiva de serotonina y noradrenalina (IRSN)</b>	Venlafaxina Duloxetina	Inhiben los transportadores de ambos neurotransmisores y hasta que hay una concentración aumentada de serotonina actúan sobre los receptores neuronales postsinápticos.
<b>Moduladores de serotonina</b>	Tradozona	Inhibe la recaptura de serotonina y es un antagonista de los receptores 5HT2
<b>Modulador NE-serotonina</b>	Mirtazapina	Antagonista presináptico de los receptores alfa que aumentan la neurotransmisión serotoninérgica y adrenérgica central.
<b>Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)</b>	Moclobemida	Impiden de manera no selectiva e irreversible tanto a la monoaminooxidasa A como a la B, que se encuentran en la mitocondria y metabolizan (inactivan) las monoaminas.
<b>Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina</b>	Reboxetina	Inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina y ocasiona una regulación a la baja y desensibilización de receptores beta y alfa 2, lo que provoca actividad antidepresiva

**Fuente: Elaborado con base en Ramchandani et al. (2003) y Espinosa-Aguilar et al. (2007)**

Aunado a los tratamientos basados en la psicofarmacología, otro tratamiento de inspiración biológica es la terapia electroconvulsiva que está reservada para los pacientes con depresión severa que no responden al tratamiento con fármacos (Weiner y Krystal, 2001). Consiste en aplicar un voltaje moderado al cerebro de la persona, a través del cuero cabelludo, y en respuesta ocurre una convulsión de duración breve entre 30 a 40 segundos, seguido de un coma de 5 a 30 minutos. La mayoría de los pacientes muestran una mejoría después de cuatro tratamientos. El mecanismo de acción no se conoce totalmente; se considera que podría relacionarse con el funcionamiento de los neurotransmisores o la amnesia transitoria que se desarrolla después de un ciclo de tratamiento. A pesar de los reportes sobre la efectividad mostrada en diversos casos con depresión severa, el tratamiento no es inocuo y puede presentar efectos secundarios como dolores de cabeza, confusión y pérdida de memoria

Los tratamientos psicológicos estarán basados en las directrices del marco teórico en el que se apoyan y hay una gran diversidad de ellos. Las estrategias de tratamiento reflejan la orientación teórica de los terapeutas.

Heinze y Camacho (2010a) enfatizan la utilización de tratamientos psicoterapéuticos que hayan demostrado su eficacia empíricamente; particularmente citan tres tipos:

- Terapia Cognitivo Conductual.
- Psicoterapia interpersonal.
- Psicoterapia basada en solución de problemas.

Describiendo brevemente los tratamientos se presentan, a continuación, las características más esenciales del tratamiento para la depresión de estos enfoques.

La Terapia Cognitivo Conductual combina las estrategias cognitivas y conductuales que en general consisten en cambiar los comportamientos que el sujeto ha aprendido y mantienen la problemática actual a la que se enfrenta el paciente y, por otro lado, se enseña al paciente a identificar los pensamientos negativos y autocríticos automáticos que pueden surgir debido a la depresión, conectar los pensamientos con las acciones, examinar la veracidad y/o validez de los pensamientos negativos y reemplazar los pensamientos negativos distorsionados con interpretaciones realistas sobre la realidad (Lambert & Oglees, 2004).

Se ha comprobado la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en diversos estudios; llegando a considerar que la efectividad del tratamiento para la depresión leve o moderada es análoga a la efectividad mostrada con psicofármacos.

La Psicoterapia Interpersonal es un tipo de tratamiento basado teóricamente en supuestos psicodinámicos, pero con un uso flexible de las técnicas (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984). Se centra en las relaciones interpersonales y el uso de estrategias que tienen como objeto un mejor funcionamiento del paciente en su entorno relacional. En la psicoterapia se parte del supuesto que la depresión ocurre en el contexto interpersonal del paciente y se enfoca en el conflicto y los problemas que ocurren en estas relaciones. Al analizar los conflictos que ocurren en dichas relaciones, los pacientes pueden involucrarse en cambiar la naturaleza y el funcionamiento de las mismas, por medio de mejorar la comunicación que sostienen con los demás, identificar los roles que desempeñan en su entorno social y cambiarlos o incrementar sus habilidades interpersonales; mejorando

así, sus relaciones interpersonales. Aunque el enfoque parte de la idea de que el individuo adquirió en sus relaciones tempranas patrones de relaciones que ha repetido en la vida adulta, así como el papel importante de los traumas o dificultades de la infancia, el enfoque interpersonal se orienta a aplicar cambios en las relaciones presentes en las que, hoy en día, se encuentra el conflicto. Lo anterior marca una diferencia con el enfoque psicoanalítico clásico.

La Psicoterapia basada en solución de problemas parte del supuesto de que implícitamente la terapia tiene que ayudar al paciente a mejorar su capacidad de resolver problemas y las técnicas están orientadas a manejar los déficits en las habilidades para solucionarlos. La depresión es evaluada como una reacción deficitaria ante el estrés psicosocial, los acontecimientos vitales o los sucesos cotidianos que van ocurriendo a lo largo de la vida y, al obtener mejores habilidades para solucionar problemas, esta condición se puede prevenir (Vázquez, 2002). El afrontamiento es central en la terapia puesto que son las actividades cognitivas y conductuales con las que la persona trata de manejar una situación estresante, por lo que los intentos ineficaces de afrontamiento bajo niveles elevados de estrés, procedentes de experiencias vitales negativas, aumentan la probabilidad de depresión. La terapia provee al sujeto de un método sistemático para afrontar sus problemas que consiste en entrenar cinco habilidades: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y evaluación del problema. La aplicación de las habilidades entrenadas por la terapia permite que el paciente solucione su depresión actual y aplique este método aprendido en el futuro por si ocurrieran nuevos conflictos (Vázquez, 2002).

De acuerdo con la OMS (2017) los tratamientos apropiados deben trabajar sobre los patrones de conducta y pensamiento y deben promover el autocuidado, la toma de decisiones, el apoyo familiar y la promoción de otros factores saludables como la práctica de ejercicio y la creación de hábitos en contra del estrés que reduzcan la posibilidad de recurrencias.

## **1.2 La ansiedad**

### **1.2.1 Definición y conceptualización de la ansiedad**

En la cotidianeidad de la vida humana es frecuente que tengamos que afrontar situaciones en las que emerjan emociones que, en general, nos motivan al comportamiento y permiten

la sobrevivencia del individuo. Emociones como el miedo, el estrés y la ansiedad alertan al sujeto de una posible amenaza a la que se debe poner atención.

Podemos considerar a la ansiedad como una emoción que provoca un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión o alarma que hace que la persona se sienta molesta y esto le motiva a actuar para evitar esta emoción mediante diversos comportamientos. Es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por algún peligro, ya sea que se encuentre en el medio ambiente o al interior en su subjetividad (Talarn, 2009).

La ansiedad tiene como base la activación del sistema nervioso simpático, por lo que pueden observarse manifestaciones físicas que acompañan al estado subjetivo de amenaza. Las manifestaciones físicas van desde el aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la presión sanguínea, aumento de la frecuencia respiratoria, hasta aumento de la sudoración.

Antes de considerar a la ansiedad como un elemento anormal, es necesario enfatizar que la ansiedad es una emoción adaptativa y que puede desempeñar un papel tanto en el bienestar como en el funcionamiento normal, puesto que nos induce a preparar una respuesta ante alguna demanda futura (Morrison, 2015).

El DSM-5 (APA, 2014) la define como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura que puede convertirse en patológica cuando es excesiva o persistente más allá de lo apropiado.

Para comprender mejor la conceptualización de la ansiedad es necesario establecer una primera diferenciación entre el miedo y la ansiedad (Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena, 2006). En el miedo el estímulo que provoca la emoción es concreto, real y peligroso y un observador externo también concluiría que se trata de un elemento relevante al que hay que responder; así mismo la reacción en general es transitoria y siempre ocurre en reacción al estímulo dado. En cambio, la ansiedad aparece ante un estímulo frecuentemente difuso, subjetivamente peligroso y a veces inexistente. La respuesta es frecuentemente generalizada y duradera y los observadores externos no concordarían con el sujeto en que el estímulo que provoca la emoción es realmente relevante o que la respuesta es acorde con el nivel de amenaza que representa. Frecuentemente consideramos que la ansiedad puede conducir a alteraciones cognitivas o conductuales diversas, mientras que la respuesta al miedo está caracterizada por ser de huida o

afrontamiento directo del estímulo amenazante. Las dos reacciones pueden confundirse debido a que ambas causan activación vegetativa y es enfático mencionar que la causa de la emoción permanecerá oculta para el sujeto y los observadores en la ansiedad.

Una segunda diferenciación pertinente es la relacionada con el estrés y la ansiedad, puesto que también pueden llegar a confundirse. Puede llegar a experimentarse estrés en situaciones de ansiedad cuando una persona no supera una demanda medioambiental o al formarse una respuesta de defensa ante una amenaza. Sin embargo, cuando el sujeto experimenta estrés no siempre sentirá ansiedad debido a que esto depende de las expectativas que se tengan ante la situación o demanda a la que se enfrenta. Por lo tanto, la diferencia radica en que el estrés requiere de un estresor que genere una respuesta fisiológica para contraatacar o prevenir amenazas o demandas (Fernández, 2013).

La tensión experimentada en la ansiedad no está ligada subjetivamente a algún contenido en específico, por lo que se experimenta como algo interno, difuso y envolvente, que no se puede controlar y por lo tanto no se puede resolver a través de algún comportamiento (Talam, 2009).

Podemos distinguir tres áreas o componentes en las que repercute la ansiedad sobre las personas (Talam, 2009):

- 1. Área cognitiva o psicológica:** se caracteriza por la presencia de temor, expectativas de peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar, mal funcionamiento de la atención, la memoria o la concentración.
- 2. Área conductual o relacional:** ocurre irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones y tensión familiar y ambiental.
- 3. Área fisiológica o somática:** está centrada en la activación vegetativa y la hiperreactividad a los estímulos medioambientales, de ahí las manifestaciones de la activación de la rama simpática.

En las personas estas tres áreas no son activadas por igual ante la situación de ansiedad ni se activan de la misma forma en el mismo sujeto a lo largo del tiempo. En ocasiones hay más afectación de un área que de otra y a esto se le denomina fraccionamiento o disociación de respuestas.

Fernández (2013) considera que la ansiedad es una respuesta emocional que ocurre cuando se sobreestima el peligro que puede provocar una situación futura temida. Esta respuesta podría ser real, neurótica o moral, es decir, cuando se responde a algo externo

que sí existe, cuando se tiene temor al castigo a la pérdida de control o por sentimientos de culpa, respectivamente.

En general la ansiedad es un tema central en las descripciones de la psicopatología debido a que muchos pacientes consultan por la presencia de ansiedad y puede verse incluida como síntoma en cuadros diversos como la esquizofrenia, la depresión o enfermedades somáticas y pérdidas normales durante el ciclo vital.

En el DSM-5 (APA, 2014) los trastornos de ansiedad son un grupo de condiciones clínicas en los cuales la ansiedad es el síntoma nuclear que causa inadaptación o sufrimiento y se trata de un problema primario, es decir que no es causada por algún otro trastorno.

### **1.2.2 Panorama epidemiológico de la ansiedad**

De todos los problemas mentales que se reportan a nivel mundial, los trastornos de ansiedad son de los problemas con mayor prevalencia llegándose a estimar que entre el 13.6% y el 28.8% de la población mundial podrían padecer un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Kessler, et al., 2005; Alonso, et al., 2004).

La Organización Mundial de la Salud (2017) estima que, durante 2015, 264 millones de personas a nivel mundial padecían un trastorno de ansiedad, lo que representa 3.6% del total de la población. Dicha cifra representa un aumento en la incidencia de estas condiciones mentales del 14.9% desde el 2005; probablemente a consecuencia del envejecimiento de la población y el crecimiento de la población mundial.

Como en el caso de los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres. A nivel mundial las mujeres tienen una prevalencia de 4.6% en contraste con los hombres en los que se reporta una prevalencia de 2.6% (OMS, 2017).

Esta tendencia se repite en la región de las Américas donde la población femenina puede llegar a presentar una prevalencia de hasta 7.7% mientras que los hombres solo del 3.6% (OMS, 2017).

Las tasas de prevalencia no varían significativamente a nivel mundial entre los diferentes grupos etarios, aunque se observa una tendencia a una menor prevalencia en los grupos de mayor edad.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002) reportó que los trastornos de ansiedad son los problemas mentales más frecuentemente

experimentados en la población general alguna vez a lo largo de la vida. Inician a edades tempranas y ocurren en el 14.3% de la población urbana, seguidos tan solo de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, con el 9.2% y los trastornos afectivos (9.1%) (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund, 2007).

Si consideramos a cada uno de los trastornos específicos clasificados dentro de los trastornos de ansiedad, 7.1% de la población experimenta una fobia específica, 2.9% fobia social, 1% agorafobia y 1% trastorno de pánico (Medina-Mora, et al., 2007).

Así mismo, en la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes se observó que el 29.8% de los adolescentes ha presentado algún tipo de trastorno de ansiedad en los doce meses anteriores a la realización del estudio; de los cuales 26.1% fueron reportados como leves, 52.9% moderados y 21% severos. Con estos datos se considera que la ansiedad es el problema mental con mayor prevalencia entre los adolescentes (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, et al, 2009; Márquez-Caraveo, et al., 2017; Secretaría de Salud, 2016).

El inicio temprano de los trastornos de ansiedad también se ha revelado en ambas encuestas, determinando que el inicio del trastorno de ansiedad de separación podría ocurrir a los 5 años de edad o el trastorno de fobia específica a los 7 años (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, et al, 2009; Medina-Mora, et al., 2007).

Los trastornos de ansiedad tienen alta comorbilidad con otros problemas de salud mental. En general es común que los trastornos de ansiedad se presenten en coocurrencia con los trastornos depresivos (Heinze & Camacho, 2010b). Se ha reportado que entre el 40% y el 80% de los pacientes con trastornos de ansiedad presentan síntomas relacionados con el trastorno depresivo mayor y alrededor del 25% de los pacientes deprimidos experimentan en alguna ocasión una crisis de angustia (Talarn, 2009).

Analizando las estadísticas y características de las personas que cometen suicidio o lo han intentado en alguna ocasión se ha observado que cerca del 40% de las personas que intentaron suicidarse padecían alguna forma de trastorno de ansiedad y el 18.6% tenían síntomas relacionados con la depresión (Borges, et al., 2012).

El panorama presentado en las líneas anteriores permite dimensionar la gravedad y alcance que tiene la ansiedad en nuestro país como problema de atención clínica y la necesidad de la investigación sobre sus causas, tratamientos y factores de prevención que permitan hacerle frente a este problema de salud pública.

### **1.2.3 Clasificación de la ansiedad**

En el DSM-5 (APA, 2014) se clasifican los problemas relacionados a la ansiedad y se diferencian entre sí según el tipo de objeto o situaciones que provocan el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, además de las cogniciones que acarrear.

Al inicio de la sección dedicada a la ansiedad en este capítulo se estableció la diferencia entre el miedo y la ansiedad, al caracterizar al primero como una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la segunda como una respuesta anticipatoria a una amenaza que se cree ocurrirá en el futuro. Ambas respuestas se solapan, aunque podemos considerar que el miedo ocurre como parte de una activación fisiológica necesaria para la defensa y la fuga, mientras que la ansiedad está más asociada a tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad se parecen entre sí y la diferenciación debe realizarse a partir del análisis minucioso de las situaciones que provocan los síntomas y del contenido de los pensamientos o creencias asociados a los comportamientos anormales.

En las ediciones previas del DSM el capítulo que clasificaba a los trastornos de ansiedad englobaba trastornos muy diversos que, aunque en todos ellos la ansiedad era el núcleo central de la sintomatología del paciente y los síntomas asociados se presentaban de manera preponderante, existían diferencias en la presentación y las características referentes al objeto al que se dirigía la activación emocional y las cogniciones asociadas. Por tales motivos, el DSM-5 (APA, 2014) separa a los trastornos en donde se encuentra un factor que podemos denominar e identificar como estresor y al trastorno obsesivo-compulsivo de los trastornos que pueden denominarse como trastornos de ansiedad por las características que se mencionaron anteriormente.

En el DSM-5 (APA, 2014) los diversos trastornos de ansiedad se organizan ordenándolos según la edad típica al inicio de los síntomas. Por lo tanto, los trastornos de ansiedad se dividen en los siguientes:

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social).
- Trastorno de pánico.

- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.
- Otro trastorno de ansiedad especificado.
- Otro trastorno de ansiedad no especificado.

La Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992), considera a los trastornos de ansiedad en conjunción con trastornos muy diversos, denominándolos como trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. Esta clasificación considera las siguientes categorías:

- Trastornos fóbicos de ansiedad (F40).
- Agorafobia (F40.0)
- Otros trastornos de ansiedad (F41).
- Trastorno de pánico (ansiedad episódica paroxismal) (F41.0).
- Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).
- Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2).
- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42).
- Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43).
- Trastorno de conversión disociativo (F44).
- Trastorno somatomorfo (F45).
- Otras neurosis (F46).

Este trabajo se centrará para su análisis en la clasificación del DSM-5 (APA, 2014) al considerarse más actualizado y centrarse en aquellas condiciones en las que la ansiedad es el síntoma nuclear de la problemática de los pacientes.

#### **1.2.4 Sintomatología y evolución clínica de la ansiedad**

Como se ha establecido en las líneas anteriores la ansiedad es una emoción que acompaña la experiencia humana a lo largo de su existencia y por lo tanto ha recibido distintos nombres o etiquetas que, antes de describir los distintos trastornos de ansiedad es necesario examinarlos.

En primera instancia, desde las primeras caracterizaciones de la psicopatología de la ansiedad se utilizaron los términos angustia y ansiedad para describir fenómenos relacionados. Crespo (2011) considera que el término ansiedad está más relacionado con el componente psíquico y el término angustia con el componente físico o somático, aunque establece que hoy en día se utilizan de forma indistinta.

Para tipificar la ansiedad podríamos primero considerar si se trata de la presencia de síntomas en un momento concreto o definido, o bien, si se trata de una tendencia durante un periodo largo de tiempo a enfrentarse al medio ambiente con un excesivo grado de ansiedad. A la primera condición la denominamos ansiedad como estado, mientras que la segunda condición se denomina ansiedad-rasgo (Crespo, 2011).

La ansiedad-rasgo es lo que corresponde a lo que coloquialmente se identifica como una personalidad ansiosa.

Otra diferenciación en cuanto a la ansiedad como estado emocional es determinar si se presenta como una emoción persistente y mantenida sin causa aparente, pero que se pone de manifiesto ante una diversidad de acontecimientos o sucesos. A esto lo denominamos como ansiedad flotante (Talarn, 2009).

Una última caracterización de la ansiedad sería la ansiedad situacional, que es la que se presenta ante situaciones u objetos concretos (Talarn, 2009).

Crespo (2011) considera dividir la ansiedad en dos subtipos clínicos:

- **Ansiedad neurótica:** los síntomas se presentan ante un peligro psíquico inconsciente que no se ven neutralizados por los recursos de afrontamiento o mecanismos de defensa del paciente. En estos casos la ansiedad surge sin motivos aparentes o bien, cuando el sujeto se enfrenta a situaciones que para otros no representan un peligro real.
- **Ansiedad psicótica:** es la que se presenta ante el temor de perder la propia identidad y el temor es más angustioso y primitivo. Ocurre en cuadros relacionados con la psicosis y suele aparecer al inicio de los cuadros clínicos.

Como se había caracterizado anteriormente, las manifestaciones clínicas de la ansiedad pueden analizarse en tres ejes diferentes (Talarn, 2009).

El área fisiológica se refiere a los síntomas somáticos o físicos como opresión torácica, dificultad respiratoria, debilidad generalizada, síntomas vegetativos (sequedad de

boca, temblor, sudoración, palpitaciones, taquicardia o polaquiuria), mareos, dificultad al tragar, náuseas, dolor abdominal, disfunción sexual, parestesias y cefaleas.

El área cognitiva consiste en pensamientos, ideas, creencias o imágenes que acompañan a la ansiedad. En general giran en torno a posibles peligros, ya sea que se encuentren presentes en la vida del sujeto o en un futuro imaginado o posible. Ante la presencia de ansiedad la persona se muestra tensa, insegura, expectante, nervioso, angustiado y con la sensación de que algo malo va a ocurrir.

En el área conductual la conducta se produce en consecuencia a la emoción y en general son comportamientos orientados al afrontamiento de la emoción o la evitación de la misma.

Con todo lo anterior, también es importante considerar que la ansiedad, como síntoma, no solamente se presentará en cuadros mentales, sino que también es posible encontrarla asociada a cuadros médicos diversos como el hipertiroidismo, el feocromocitoma o la hipertensión arterial.

En la tabla 1.4 se resumen las características y tipificaciones de los distintos trastornos de ansiedad catalogados y tipificados en el DSM-5 (APA, 2012).

**Tabla 1.4****Trastornos de ansiedad catalogados en el DSM-5 y sus características principales.**

<b>Trastorno</b>	<b>Características principales</b>
<b>Trastorno de ansiedad por separación</b>	Es un trastorno diagnosticado principalmente en niños, pero puede diagnosticarse en adultos y ocurre cuando la persona experimenta un miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para su nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.
<b>Mutismo selectivo</b>	Ocurre cuando la persona presenta fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe la expectativa por hablar (como una conferencia o exposición) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
<b>Fobia específica</b>	Se trata de un miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica. El objeto o situación casi siempre provoca miedo o ansiedad y se evita o resiste activamente. El miedo o ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación y al contexto sociocultural.
<b>Trastorno de ansiedad social (fobia social)</b>	Ocurre cuando la persona experimenta miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales, ser observado y actuar delante de otras personas. El miedo se acompaña de cogniciones relativas a sentir que lo humillarán o avergonzarán o que su actuación le llevará a rechazo u ofender a otros.
<b>Trastorno de pánico</b>	Es un trastorno en el que ocurren apariciones súbitas recurrentes e imprevistas de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen síntomas de activación fisiológica o síntomas psíquicos como desrealización, despersonalización, miedo a perder el control o miedo a morir.
<b>Agorafobia</b>	Se trata de un miedo o ansiedad intensa acerca de usar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer fila o estar en medio de una multitud o estar fuera de casa solo.
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	Es un trastorno en el que ocurre una ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de lo que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversas actividades o sucesos. El sujeto experimenta dificultad para controlar la situación y se asocia a síntomas de activación fisiológica o síntomas psíquicos relacionados con la ansiedad.
<b>Trastornos inducido por sustancias/ medicamentos</b>	Se desarrolla a partir del consumo de sustancias o medicamentos y predominan ataques de pánico o síntomas de ansiedad. Se debe estudiar bien la historia clínica para determinar que la exposición a sustancias es previa a la aparición de los síntomas.
<b>Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica</b>	Se desarrolla a partir de una afección médica bien conocida o diagnosticada y en los síntomas pueden predominar ataques de pánico o síntomas de ansiedad.
<b>Otro trastorno de ansiedad especificado</b>	Se aplica este criterio cuando predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad y el clínico comunica el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.
<b>Otro trastorno de ansiedad no especificado</b>	Esta categoría se aplica cuando predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad y el clínico opta por no comunicar el motivo por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.

**Fuente: elaborado con base en Morrison (2015) y APA (2014).**

En el trastorno de pánico el inicio de la sintomatología ocurre entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, y se vuelve poco frecuente a partir de los 45 años de edad (Talam, 2009). El inicio o la exacerbación de los síntomas pueden asociarse a una ruptura o una pérdida de una relación interpersonal importante. El curso típico es crónico con mejorías y recaídas, en los seguimientos a 6 o 10 años se encuentra que el 20% al 30% de las personas que recibieron tratamiento se encuentran igual o peor a como se encontraban cuando fueron diagnosticados.

Las restricciones que impone la agorafobia son mayores que las presentadas en otros trastornos como el trastorno de pánico. Cursa con alta comorbilidad y hasta el 25% de los pacientes mostrarán trastorno de ansiedad generalizada (Morrison, 2015).

El trastorno de ansiedad generalizada suele iniciar a la mitad de la adolescencia, aunque se calcula que entre el 30% y el 50% de los pacientes diagnosticados refieren haber experimentado ansiedad durante la infancia (Talam, 2009). El curso es crónico, fluctuante y ocurren periodos de exacerbación de los síntomas que coinciden con situaciones de alto estrés. De todos los trastornos de ansiedad, el de ansiedad generalizada es el que cursa con más alta comorbilidad, pues en al menos 80% de los pacientes se presenta un diagnóstico adicional que puede ser depresión, distimia, ataques de pánico, fobia social o trastornos relacionados con sustancias (Morrison, 2015).

### **1.2.5 Modelos etiológicos de la ansiedad**

De la misma manera que en la sección dedicada a la depresión se discutió que no se ha identificado una causa simple unidimensional para la depresión, lo mismo aplica al caso de la ansiedad. Por lo que han surgido modelos explicativos que van desde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen al entendimiento de la aparición de trastornos de ansiedad. Nuevamente, la finalidad de este trabajo no es presentar a cabalidad y profundidad cada uno de los modelos etiológicos sino hacer una revisión que permita la comprensión de la complejidad del fenómeno.

Se ha encontrado evidencia que sugiere algunos factores hereditarios y se ha descrito que tanto la tendencia a sentirse tenso y ansioso como la tendencia a experimentar pánico ocurre en familiares directos de personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad (National Alliance on Mental Illness, 2018). Como en casi todos los rasgos emocionales de la personalidad y los trastornos psicológicos, no se ha encontrado un solo gen que cause la ansiedad o el pánico. Al contrario, se ha descrito la contribución de diversos genes en

diferentes locus de diversos cromosomas que contribuyen a una situación de vulnerabilidad y, como sucede en otras situaciones donde se describe una contribución genética, la presencia de factores ambientales tanto psicológicos como socioculturales permiten la activación de dichos genes. En particular se ha descrito al estrés como uno de los factores medioambientales más frecuentemente asociados a la activación de genes relacionados con la ansiedad.

Se ha asociado a la ansiedad a circuitos cerebrales y sistemas de neurotransmisores específicos. La disminución de niveles del neurotransmisor GABA (ácido gama aminobutírico) se asocia al incremento de la ansiedad, aunque en investigaciones con sujetos humanos normales se ha encontrado contribuciones del sistema serotoninérgico relacionado con el estado de ánimo (Stein, Schork & Gelernter, 2007). En años recientes el sistema del factor liberador de corticotropina ha recibido cierta atención debido a que cierto grupo de genes que controla su síntesis es central para la expresión tanto de la ansiedad como de la depresión (Khan, King, Abelson & Liberzon, 2009). El factor liberador de la corticotropina tiene acciones tanto sobre la hipófisis como sobre otros circuitos neurales que en están implicados en la ansiedad; incluyendo al sistema límbico, particularmente el hipocampo y la amígdala, el locus coeruleus en el tallo cerebral, la corteza prefrontal y el sistema del neurotransmisor dopamina. De forma directa, también se relaciona con el GABA y con el sistema serotoninérgico.

El sistema límbico es la estructura cerebral más relacionada con la ansiedad, puesto que actúa como mediador entre el tallo cerebral y la corteza. En el tallo cerebral se encuentran los monitores y sensores primitivos que cambian las funciones corporales y estos modifican sus patrones de funcionamiento a través de recibir las señales provenientes de la corteza por medio del sistema límbico. Así, cualquier señal potencial de peligro modifica, a través de la señal proveniente del sistema límbico y procesada por la corteza, el estado de activación del organismo. De ahí la sintomatología vegetativa relacionada con la ansiedad. Por otro lado, también la activación vegetativa corporal se constituye en una señal que pasa al sistema límbico y posteriormente a la corteza y eso pudiera ocasionar la experiencia subjetiva de estar ansioso.

Se han descrito dos circuitos neurales importantes para entender la ansiedad y el pánico (LeDoux, 2002). El primero es el sistema de inhibición comportamental que se activa por señales provenientes del tallo cerebral ante eventos inesperados, como cambios mayores en el funcionamiento corporal y tienden a interpretarse como señales de peligro.

Las señales también pueden recibirse a partir del procesamiento de la corteza cuando estímulos medioambientales o cognitivos son interpretados como posibles amenazas y descienden hasta el sistema límbico; activando particularmente la amígdala y ocasionando comportamientos como el congelamiento, la experiencia ansiosa y la aprensión de evaluar la situación como una confirmación de un peligro actual.

El segundo sistema se denomina sistema de afrontamiento/huida y está más relacionado con el pánico. El circuito se origina en el tallo cerebral y viaja a través de las estructuras mediales; incluyendo el hipotálamo y la materia gris central. La activación del circuito produce una respuesta de escape o alarma muy similar a la que ocurre en el ataque de pánico.

Por supuesto, estos hallazgos no quieren decir que únicamente el aspecto neurobiológico explica en su totalidad la presencia de trastornos de ansiedad, sino que contribuyen a su entendimiento y tenemos que considerar que tal vez los factores medioambientales influyen en la susceptibilidad a la activación de dichos circuitos. Tal como lo revelan algunos estudios sobre factores medioambientales y la susceptibilidad a padecer trastornos de ansiedad (Francis, Diorio, Plotsky & Meaney, 2002; Stein, et al., 2007).

Diversas teorías han tratado de explicitar la contribución de causas psicológicas a la aparición de los problemas de ansiedad.

Desde el modelo psicoanalítico, Freud explicaba la ansiedad como una reacción psíquica de peligro relacionada con la reactivación de un conflicto infantil no resuelto. Las preocupaciones cotidianas que las personas de ansiedad parecen magnificar son, por lo tanto, situaciones que encubren fuentes de ansiedad más profundas (Talam, 2009). En la misma lógica del modelo, la ansiedad se interpreta como una señal de la posible ruptura del equilibrio psíquico del sujeto, un mal manejo defensivo del Yo. Esto sucedería debido a que emerge un impulso reprimido o un alejamiento de algún objeto de apego del sujeto. En esta misma línea, el estado de pánico ocurre cuando los mecanismos de defensa del sujeto se desbordan por completo (Talam, 2009).

Para explicar las fobias, el modelo psicoanalítico considera que los mecanismos de defensa, en particular la represión, desplazamiento, evitación, regresión y proyección explican la colocación del miedo en un objeto externo, pero el conflicto sigue proviniendo desde lo inconsciente y relacionado con pulsiones previamente reprimidas y reactivadas en la actualidad.

El modelo conductual se ha basado principalmente en explicar la ansiedad como un estado producido por algunas formas básicas de aprendizaje como el condicionamiento o el modelado. Para explicar los ataques de pánico parten de la idea de que se da una situación de “miedo al miedo” en el que hay cinco factores (Talam, 2009):

- a) **Condicionamiento clásico interoceptivo:** el sujeto aprende a responder ante estímulos internos con activación vegetativa.
- b) **Interpretación catastrófica:** el sujeto interpreta las sensaciones corporales como señales de peligro y esto conduce a la presencia de pensamientos de peligro de muerte.
- c) **Sensibilidad extrema ante la ansiedad:** el sujeto responde con miedo de manera inmediata ante las señales de ansiedad.
- d) **Expectativas negativas y creencias de incontrolabilidad:** ante la experiencia el sujeto alberga cogniciones que le predisponen a responder con pánico.
- e) **Sesgos cognoscitivos:** el sujeto procesa de manera errónea la información que llega del exterior e interpreta como señales de peligro estímulos ambiguos.

Como se observa, el condicionamiento clásico y el operante son mecanismos de preponderancia para explicar las reacciones del sujeto. Aunado a estos procesos básicos es importante la identificación de un locus de control, es decir una atribución que hace el sujeto de cuál es la causa de los eventos que suceden. En la ansiedad, particularmente en las fobias, el locus de control está demasiado ubicado en el exterior, por lo que el sujeto le otorga poder de causar reacciones de miedo a objetos, particularmente inocuos, desconociendo o eliminando su contribución personal a la aparición del miedo.

Sin embargo, aunque estos modelos han recibido suficiente apoyo, la evidencia actual apunta más un modelo integrativo de la ansiedad en el que se involucran una serie de factores psicológicos. El modelo integrativo de la ansiedad parte de la base de que en la infancia adquirimos la conciencia de que algunos eventos ocurren o escapan a nuestro control. Esto varía desde considerar que tenemos una confianza total en que controlamos todos los aspectos de nuestra vida hasta la certeza de que no existe nada bajo nuestro control para cambiar o hacer que pasen los eventos que ocurren en la vida. Las personas que desarrollan el segundo esquema, la sensación de falta de control, desarrollan una vulnerabilidad mayor a eventos traumáticos (Gunnar & Fisher, 2006).

El modelo no se queda solamente a nivel cognitivo individual, sino que considera que las relaciones con los padres y como ejercen la crianza de los hijos permiten que dichos esquemas se fortalezcan, debiliten o cambien en algún punto del desarrollo del niño. En general, los padres que interactúan de forma positiva y predecible con sus hijos, además de que responden a las necesidades de sus hijos cuando el niño comunica que le hace falta atención, comida, alivio para el dolor y otras, fomentan en el niño un desarrollo del esquema en el que ellos pueden tener el control de algunos eventos que les suceden. Lo anterior está en relación con las teorías del apego (Suárez, Bennett, Goldstein & Barlow, 2009).

El modelo integraría después situaciones básicas como se han formulado anteriormente con respecto al condicionamiento clásico y operante. Estas experiencias se presentarían de forma repetida y por tal motivo, se reforzarían a lo largo del tiempo generando una respuesta emocional asociada a cierta variedad de estímulos.

En conjunto, ambos procesos explicarían la reacción emocional que se tiene en la experiencia de ansiedad, proveniente de las experiencias infantiles y apoyadas en el aprendizaje del sujeto, lo que permite entender porque algunos sujetos reaccionan con pánico, otros focalizan su respuesta hacia un objeto en particular como en las fobias, o la generalización de la respuesta en la ansiedad generalizada (Gunnar & Fisher, 2006).

Además de los factores psicológicos, debemos considerar la contribución de los factores sociales sobre el origen de la ansiedad. El estrés es uno de los factores de vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad más examinados (Barlow, 2002). Los eventos estresantes de la vida pueden cambiar el funcionamiento físico y psicológico de las personas que lo experimentan. Muchos de los eventos estresantes de la vida no tienen que ser catástrofes que involucren a una multitud de sujetos, sino eventos relacionados con el ciclo vital como el matrimonio, el divorcio, el nacimiento de los hijos o la muerte de un ser querido; o eventos aleatorios como la presión por presentar un examen difícil o alguna dificultad en el trabajo. Asimismo, el funcionamiento físico anormal como en enfermedades relacionadas con accidentes, enfermedades metabólicas o infecciosas puede ser causante de estrés y entre más crónico sea el problema más posibilidades tiene de despertar reacciones emocionales de ansiedad.

Los mismos estresores que pueden despertar reacciones físicas como dolores de cabeza o hipertensión pueden despertar reacciones de ansiedad y pánico (Barlow, 2002).

### **1.2.6 Tratamientos para la ansiedad**

Para el tratamiento integral de cualquier trastorno de ansiedad es necesario que se haga una valoración general en las distintas áreas de funcionamiento de la persona y que se descarten en primera instancia algunos problemas de naturaleza orgánica que pudieran originar la sintomatología ansiosa, como el hipertiroidismo, asma, arritmias cardíacas o el consumo de sustancias en particular el alcohol (Katon, 2009).

La Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad del Instituto Nacional de Psiquiatría (Heinze & Camacho, 2010b) apunta a que el objetivo principal del tratamiento está orientado a disminuir la sintomatología, lograr la remisión y reestablecer la funcionalidad del paciente en distintas áreas de su vida.

Debido a que el curso natural de los trastornos de ansiedad tiende a la cronicidad, un punto crucial que debe monitorearse es la remisión de la sintomatología (Lieb, et al., 2005).

Los tratamientos en general deben incluir tanto tratamientos farmacológicos como psicosociales que incluirán la psicoterapia.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, se han realizado tratamientos combinados y sencillos que han involucrado fármacos de diversas familias farmacológicas; incluyendo medicamentos antidepresivos, estabilizadores de ánimo, anticomisiales, antipsicóticos y betabloqueadores. Muchos de ellos utilizados como primera línea de tratamiento en otros problemas mentales y somáticos.

Las recomendaciones generales para la prescripción de fármacos son la valoración previa de forma integral del paciente y la consideración de algunos factores como la edad del paciente, si se valora que está en riesgo suicida, las interacciones con otros medicamentos, la posibilidad de embarazo y las preferencias del paciente que ayudan a la adherencia y que se valore el costo-beneficio percibido por el paciente (Heinze & Camacho, 2010b).

En el caso del Trastorno de Ansiedad Generalizada se recomienda el inicio rápido del tratamiento farmacológico con benzodiazepinas con una duración a corto plazo (entre 8 a 12 semanas) y cuando se valore que la gravedad sea mayor y se necesite la instauración de un tratamiento a largo plazo (mayor a 12 semanas) se recomienda el uso

de antidepresivos del tipo Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) (Secretaría de Salud, 2010).

Con respecto al Trastorno de Pánico se sugiere el uso inicial de benzodiacepinas a dosis bajas por un corto plazo que no abarque más de 12 semanas; posteriormente si se requiere un manejo más prolongado se recomienda el uso de antidepresivos como ISRS (Secretaría de Salud, 2010). Con respecto a la fobia social los ISRS son los medicamentos considerados como la primera línea de tratamiento; mientras que para las fobias específicas se puede considerar el uso de benzodiacepinas (Secretaría de Salud, 2010).

Las diversas recomendaciones de inicio farmacológico deben considerar siempre las condiciones actuales del paciente y la posibilidad integral de tratamiento, esto es, los recursos de atención oportuna con los que cuenta el sistema de salud.

En la tabla 1.5 se sintetizan las principales familias de psicofármacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad, sus mecanismos de acción y algunos fármacos pertenecientes a dichas familias. Debido a que se han examinado previamente los antidepresivos se han excluido de esta tabla.

**Tabla 1.5**  
**Principales familias de fármacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad, con ejemplos de sustancias activas y mecanismo de acción.**

<b>Familia</b>	<b>Ejemplos</b>	<b>Mecanismo de acción</b>
<b>Benzodiacepinas</b>	Midazolam Alprazolam Diacepam Clonacepam	Actúan sobre el receptor específico de las benzodiacepinas que están ligadas al GABA; al unirse al receptor se abre el canal de cloro y ocurre hiperpolarización.
<b>Antipsicóticos atípicos</b>	Olanzapina Quetiapina	Bloquean los receptores dopaminérgicos (D2, D3 y D4) a nivel mesolímbico. Pueden actuar a nivel de receptores dopaminérgicos presinápticos y bloquean los receptores serotoninérgicos (5HTA-2A).
<b>Anticomisiales</b>	Gabapentina Pregabalina	Inhiben los canales de sodio y la liberación de neurotransmisores excitatorios.
<b>Betabloqueadores</b>	Pindolol Propanolol	Bloquean los receptores adrenérgicos beta y reducen las manifestaciones periféricas de la ansiedad como la taquicardia, la sudoración o molestias gastrointestinales.
<b>Estabilizadores del ánimo</b>	Carbonato de litio	Inhibe la enzima inositol fosfatasa que aumenta la respuesta celular ligada al sistema de segundo mensajero. Esto reduce la excitabilidad de la membrana y estabiliza los receptores de catecolaminas, altera las funciones mediadas por el calcio e incrementa la actividad GABA.

**Fuente: Elaborado con base en Müller, et al. (2000), Secretaria de Salud (2010) y Heinze y Camacho (2010b).**

La información al paciente debe ser considerada como parte de la intervención y tratamiento integral de tal manera que se asegure la adherencia al tratamiento y la eficacia del mismo. La información proporcionada al paciente y su familia debe incluir la evidencia básica evaluada para considerar que tiene un trastorno de ansiedad, la naturaleza del problema, su gravedad, pronóstico y las opciones de tratamiento que pueden plantearse. Durante la entrega de información al paciente debe hacerse patente la implicación del paciente en el proceso de toma de decisiones y la necesidad de que activamente realice las indicaciones terapéuticas para la remisión de la sintomatología (Secretaría de Salud, 2010).

Una parte importante del tratamiento de los trastornos de ansiedad es la creación de redes de apoyo que van desde el trabajo con grupos de apoyo hasta el involucramiento de la familia en las medidas terapéuticas que se recomendarán al paciente. En la medida de lo posible se debe ayudar a los pacientes a potencializar sus recursos sociales disponibles y sugerir cambios en los estilos de vida más apropiados (Heinze & Camacho, 2010b).

A continuación, se reseñarán los tratamientos psicoterapéuticos que han tenido efectividad en los diversos trastornos de ansiedad, aunque en general las recomendaciones apuntan a la preponderancia de la Terapia Cognitivo Conductual en estos casos (Heinze y Camacho, 2010b; Secretaría de Salud, 2010)

Las fobias específicas y la fobia social se han tratado con efectividad con una diversidad de enfoques conductuales que se sintetizan a continuación (Davidson, et al., 2004):

- **Terapia de exposición:** consiste en exponer al paciente de forma gradual a la situación u objeto temido hasta que el miedo desaparece. El acercamiento del paciente lo enfrenta a retos cada vez más difíciles.
- **Desensibilización sistemática:** es un tratamiento en el que se expone gradualmente al paciente a la situación u objeto temido, pero al mismo tiempo el paciente tiene que utilizar una técnica de relajación para reducir la ansiedad. El emparejamiento entre la relajación y el objeto o situación temida hace incompatible la aparición del miedo y por lo tanto cede la sintomatología.
- **Reestructuración cognitiva:** consiste en modificar los pensamientos irracionales que acompañan la situación fóbica, se cambian por pensamientos funcionales que le permiten al paciente manejar los síntomas y progresivamente van desapareciendo. El

paciente debe cuestionar los pensamientos automáticos que surgen cuando comienza la sintomatología, que en general son de autocrítica por su incapacidad para enfrentarse a la situación.

- **Terapia de modelamiento:** el paciente con fobia observa a un modelo, ya sea en vivo o videograbado, en el acto de hacer frente o responder apropiadamente ante una situación que le produce miedo. El paciente habrá de imitar lo que realiza el modelo y el terapeuta refuerza o corrige la actuación del paciente de manera que poco a poco adquiere la habilidad necesaria para enfrentar la situación u objeto temido y poco a poco disminuye la sintomatología.

Con respecto al tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y al trastorno de pánico, la recomendación es la Terapia Cognitivo Conductual, en particular los programas individuales de reestructuración cognitiva. En general el tratamiento consiste en los siguientes pasos (Stanley, et al., 2003):

- Identificar y modificar los pensamientos preocupantes.
- Discriminar entre las preocupaciones relacionadas a los problemas reales que se deben resolver de las que no se pueden resolver.
- Evaluar las creencias personales respecto a las preocupaciones.
- Discutir la evidencia a favor y en contra de las creencias distorsionadas sobre uno mismo y sus preocupaciones.
- Disminuir la sensación de catástrofe de los pensamientos preocupantes.
- Desarrollar habilidades de autocontrol para monitorear y enfrentar los pensamientos irracionales y reemplazarlos por pensamientos de afrontamiento más adaptativos.
- Entrenamiento en relajación muscular para enfrentar los síntomas somáticos.

Como se puede observar la Terapia Cognitivo Conductual es un método activo y directivo en la que los terapeutas y los pacientes trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de la sesión. La mayor parte de los pacientes realizan sesiones semanales de 1 a 2 horas y se realizan por aproximadamente 4 meses (Hunot, et al., 2007).

Los meta-análisis consideran que la Terapia Cognitivo Conductual es tan eficaz como el tratamiento farmacológico solo y más efectivo que otros tratamientos psicosociales incluyendo a la psicoeducación y otras formas de terapia (Gava, et al., 2007).

La Terapia Cognitivo Conductual aplicada de manera individual tiene un efecto similar al tratamiento en grupo, aunque la ventaja más sobresaliente del tratamiento

individual es que presenta menores tasas de abandono (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

### **1.3 El problema de la atención de los problemas mentales**

Después de haber discutido las características esenciales y fundamentales de la depresión y la ansiedad, es necesario discutir el problema de la atención de los problemas mentales en nuestro país y a nivel mundial.

Como se ha expuesto anteriormente la situación de la salud mental de nuestro país es precaria. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental (2002; Medina-Mora, et al., 2007), 18% de la población urbana mayor de 18 años sufre de algún problema del estado de ánimo, más de 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a sustancias psicotrópicas.

Así mismo, la frecuencia de los trastornos mentales es mayor en los grupos vulnerables que se han identificado en nuestro país, grupos tales como: familias en situación de pobreza, individuos desempleados, adultos en plenitud, víctimas de violencia y abuso, población rural, niños en situación de calle, personas con discapacidad, madres adolescentes y población migrante (Juárez-Ramírez, Márquez-Serrano, Salgado, et al., 2014).

De acuerdo con la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), durante el año 2010 los costos directos e indirectos de la salud mental a nivel mundial alcanzaron los 2,493 millones de dólares y el costo por país ronda entre el 2.5% y el 4.5% del Producto Interno Bruto (PIB) correspondiente (Hewlett & Moran, 2014). En nuestro país se han identificado impactos sociales y económicos como ausentismo laboral (entre 35% y 45% de todas las causas de ausentismo laboral), desmotivación y desapego y violencia y riesgos diversos como homicidios, suicidios, violencia intrafamiliar y social, pandillerismo y delitos en general, así como contagio por VIH.

La estigmatización y la discriminación son problemas que permiten la cronicidad y dificulta el tratamiento y atención adecuada. La creencia de que los trastornos mentales son intratables o de que las personas con los mismos son poco inteligentes, de difícil manejo o incapaces de tomar decisiones conduce a maltratos, rechazos, segregación, aislamiento y violaciones a los derechos humanos de las personas con problemas mentales (Mascayano-Tapia, Lips-Castro, Mena-Poblete, et al., 2015).

Otro gran problema es el déficit de profesionales de la salud mental en el país. De acuerdo con la OMS (2011) en México existen 10 profesionales calificados por cada 100 mil habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales técnicos de la salud.

Actualmente solo el 20% de las personas con un trastorno mental en México recibe tratamiento especializado y adecuado para su problema (Secretaría de Salud, 2005). Aunado a lo anterior nuestro país durante 2017 destinó solo el 2% del presupuesto total asignado a la salud a actividades relacionadas con la salud mental y un 80% se emplea en el mantenimiento de hospitales psiquiátricos; por lo que se destina poco para la detección, la prevención o la rehabilitación (Secretaría de Salud, 2013).

Estos presupuestos tan restringidos no solamente se presentan en nuestro país, sino también en otros, como los Estados Unidos en donde además se presenta el problema de las aseguradoras (Seligman, 2016).

Un gran problema que presentan los tratamientos actuales para los trastornos mentales está relacionado con la efectividad de los mismos. En la actualidad se tiende a utilizar una combinación de tratamientos psiquiátricos a base de psicofármacos y la psicoterapia en diferentes versiones. Sin embargo, cuando se analizan los resultados sobre la efectividad de los tratamientos, ya sea solo el psicofármaco, solo la psicoterapia o la combinación de las mismas, se alcanza una tasa de alivio del 65% y de un efecto placebo de entre 45% al 55% (Kirsch, Moore, Scoboria y Nicholls, 2002; Fournier, DeRubeis, Hollon, et al., 2010; Seligman, 2016). Lo anterior significa que la mejoría que se logra con los tratamientos actuales es de pequeño a moderado; por lo que en general los tratamientos buscan disminuir los síntomas más que eliminar o curar el trastorno que se desea tratar.

Seligman (2016) argumenta que lo anterior puede ser debido a que las técnicas terapéuticas no se mantienen por sí solas en la vida de los pacientes. Desde el inicio del tratamiento las psicoterapias intentan introducir a las rutinas o hábitos de los pacientes formas de pensar, comportamientos o actividades que son difíciles de incorporar y que tienden a ser abandonados una vez que ocurre una mejoría. Incluso en el tratamiento con fármacos, una vez que el paciente deja de administrárselos, vuelve al punto de partida y la recaída es en general más posible (Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

Otro gran problema de enfoque de algunos tratamientos es que se centran en la disminución del malestar, en particular se prescriben fármacos y se utilizan técnicas de intervención para disminuir la ansiedad o disminuir la tristeza. Por lo que, en lugar de ayudar a los pacientes a lidiar con la disforia, manejarla y vivir en un mundo en el que las situaciones positivas y negativas ocurren, se tiende en la actualidad a eliminar la falta de confort.

Por lo que en términos generales se necesitan aproximaciones hacia la salud mental en la que:

1. Se ayude a los pacientes a lidiar con los conflictos de manera que puedan confrontar las dificultades de la vida no solamente una vez, sino cada vez que ocurran eventos que tienden a ser difíciles y creen malestar o sentimientos como la tristeza o la ansiedad. Además de medidas para disminuirlos cuando realmente sean imbatibles.
2. Se utilicen los recursos que poseen las personas y las fortalezas propias de su personalidad pues no requerirán de un entrenamiento y esfuerzo prolongado para realizar cambios que no siempre van a quedarse como parte del repertorio de comportamientos del paciente. Al utilizar lo que ya se posee y se fortalezca, la efectividad pudiera ser mayor.

Estos retos actuales para el tratamiento de los trastornos mentales, en particular de la depresión y la ansiedad deben impulsar la investigación de si estas aseveraciones tienen sustento y pueden generar un beneficio para los pacientes que sufren estas condiciones. Tal y como lo propone Seligman (2016), romper la barrera del 65% y buscar ubicarnos en el terreno de la curación más que en la paliación.

## Capítulo 2. Calidad de vida

*Es imposible vivir una vida placentera sin vivir también con prudencia, noble y justamente;  
y es imposible vivir con prudencia, noble y justamente, sin vivir placenteramente*  
Epicuro

El término “calidad de vida” surgió de manera inicial dentro del campo de la economía a finales de los años 50, connotando al cuidado de la salud personal y poco a poco derivó en la preocupación por la salud e higiene públicas, los derechos humanos, laborales y la capacidad de acceso a los bienes económicos, para finalmente, incluir la experiencia cotidiana del sujeto sobre su propia salud y vida social (Vinaccia & Quiceno, 2012).

El término se ha equiparado a otros como satisfacción con la vida, nivel de vida, autorreporte en salud, estado de salud, estado funcional, valores vitales, e incluso felicidad o bienestar (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

La aportación principal del estudio de la calidad de vida ha sido el cambio de perspectiva que ha impuesto en diversas disciplinas desde la política, la economía hasta las ciencias de la salud como la medicina o la misma psicología. Particularmente, en el campo de las ciencias de la salud se ha determinado el estado de salud o de enfermedad centrándose en indicadores objetivos tales como mediciones bioquímicas, fisiológicas, anatómicas e incluso instrumentales, o simplemente usando medidas estadísticas a partir de indicadores epidemiológicos que caracterizan una población. Sin embargo, aunque esto ha sido útil para generar intervenciones preventivas en problemas de salud física, la salud mental opera en otro sentido y el uso de dichos indicadores no puede reflejar la magnitud de los problemas mentales que padece la población. De esta manera, el uso de la medición de la calidad de vida como un indicador subjetivo, cercano a la experiencia personal de cada sujeto, se ha abierto paso en el campo de la medición de la salud en poblaciones (Tuesca, 2005).

En presente capítulo se presentarán brevemente los antecedentes de la calidad de vida que han llevado a diversas concepciones del constructo, las definiciones actuales del mismo y los modelos teóricos que se han utilizado en la investigación científica sobre el tema desde la psicología.

## 2.1 Antecedentes conceptuales

Históricamente podemos considerar que la concepción de la calidad de vida ha tenido dos fases de evolución. La primera ocurrió en las primeras civilizaciones hasta finales del siglo XVIII que se caracterizó por el surgimiento de la atención sanitaria tanto en las áreas públicas como privadas; dándose en este periodo histórico una preocupación por la atención de las necesidades de salud de las poblaciones, el control de enfermedades y la limitación de los daños provocados por las mismas. La segunda fase aparece a partir de la concepción moderna del estado y la instauración de legislaciones que abogan por el bienestar de los miembros de la sociedad en el que convergen diversas concepciones tanto provenientes de disciplinas médicas y de la salud como de otras ciencias sociales como la economía o la sociología (Moreno & Ximénez, 2006).

De esta manera, el surgimiento de este concepto tiene que ver con el nivel de avance económico y social de los países desarrollados, quienes habían medido el éxito de sus políticas públicas a través de indicadores como el ingreso, la seguridad y la equidad al interior de las naciones. El desarrollo económico permitió la aparición de una nueva agenda política en dichos países, debido a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, que buscaba mejorar las condiciones generales de vida y evaluar si la población se encontraba satisfecha con la forma en que vivía (Ardila, 2003).

Así, el concepto de calidad de vida surge como una nueva forma de conceptualizar lo que se venía midiendo a través de indicadores como el Producto Interno Bruto (PIB), el Índice de Pobreza Humana (IPH) o el Índice de Desarrollo Humano (IDH) (González, 2013). Sin embargo, la literatura actual considera que estos indicadores, de naturaleza económica, aunque en cierto modo relacionados con la calidad de vida de una población, no exhiben una relación perfecta y dejan de lado muchos aspectos importantes al evaluar la satisfacción que tienen las personas con sus propias vidas (Ochoa, 2011).

En nuestro país existen diversas mediciones de las condiciones de vida de la población que constituyen indicadores objetivos y cuyo objetivo es caracterizar las condiciones de vida de la población que se encuentran en situaciones económicas precarias. Principalmente su uso ha sido exclusivo a la identificación de grupos poblacionales en situación de pobreza. La desventaja principal de estos indicadores es que no analizan las condiciones de vida en distintas facetas, sino que se enfocan directamente en las facetas económicas y sociales (Ochoa, 2011). En la tabla 2.1 se presentan de forma resumida los indicadores de calidad de vida utilizados en México.

**Tabla 2.1****Principales indicadores de calidad de vida utilizados en México**

<b>Indicador</b>	<b>Descripción del indicador</b>	<b>Dimensiones examinadas</b>
<b>Índice de Marginación del Conapo</b>	Examina la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país y la exclusión de grupos sociales del proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios.	Vivienda: sin servicio de agua entubada, sin drenaje, sin energía eléctrica, con piso de tierra o algún nivel de hacinamiento. Ingresos por trabajo. Educación: analfabetismo y educación primaria completa. Distribución de la población.
<b>Índice de masas carenciales en la Ley de Coordinación Fiscal</b>	Examina la distribución de recursos públicos federales a estados y municipios relacionándolo con el número de hogares que no satisfacen sus necesidades y la distribución geográfica de los mismos.	Ingreso. Educación. Espacio habitacional. Drenaje. Combustible utilizado.
<b>Índice de Pobreza de la Sedesol</b>	Identifica los hogares susceptibles de recibir apoyos económicos del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), correlacionado el índice de marginación y realizar entrevistas en los hogares con mayor índice de marginación.	Características socioeconómicas. Características de vivienda. Bienes.
<b>Índice de Rezago Social del Coneval</b>	Se basa en los derechos sociales y evalúa las carencias que presentan los evaluados en áreas referentes a la calidad de vida.	Activos en el hogar. Educación. Acceso a servicios de salud y seguridad social. Calidad, espacios y servicios básicos en la vivienda.

**Fuente: Elaborado con base en Ochoa (2001)**

En el campo de la psicología no se trata de menospreciar o demeritar la información que dichos indicadores económicos aportan al entendimiento de la vida humana, sin embargo, el interés en la disciplina también está centrado en analizar y considerar lo que las personas hacen con sus vidas y las capacidades que exhiben a nivel individual, familiar y social. Es necesario, entonces, considerar otros factores para explicar el nivel de salud, la satisfacción en diversas áreas y las necesidades que tiene una población para mejorar sus condiciones, no solo económicas, sino con respecto a la salud, educación, derechos y obligaciones legales.

En consecuencia, se ha vinculado el estudio de los aspectos subjetivos de la calidad de vida con los indicadores económicos, observando una relación entre ambos aspectos. La calidad de vida provoca consecuencias benéficas para la sociedad y la identificación y medición de la misma ayuda a que se generen políticas públicas orientadas a ser más

efectivas en la mejora de las sociedades humanas. Por lo que se argumenta que la mejora de la calidad de vida tiene muchos resultados positivos, incluso de índole económica; y no a la inversa. Ochoa (2011) argumenta que el estudio de la calidad de vida en el campo de la psicología se ha vinculado frecuentemente con el estudio del bienestar y por lo tanto en muchos estudios se toman como sinónimos teóricos.

## **2.2 Definición de la calidad de vida**

Es importante señalar que no existe una definición única sobre la calidad de vida. Diversos autores (Diener y Suh, 2002; Levy & Anderson, 1980; Neri, 2002; Salas & Glickman, 1990) utilizan el término refiriéndose a una propiedad que poseen los individuos para experimentar situaciones y circunstancias que encuentran en su entorno y que, a partir de las evaluaciones que realizan sobre dichos aspectos, realizan una valoración acerca de su propia vida. Ardila (2003) argumenta que los seres humanos utilizan tanto elementos objetivos como subjetivos para evaluar la calidad de vida que poseen y que, en general, la evaluación global que realizan se compone de considerar distintos factores o elementos. Así, este autor considera que la calidad de vida se compone de dos aspectos en relación estrecha, la calidad de vida objetiva y la calidad de vida subjetiva.

Un campo que particularmente ha desarrollado la conceptualización sobre la calidad de vida es el área médica. A partir de la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998) sobre la salud como un estado completo de bienestar en las esferas psíquica, física y social y no solo la ausencia de la enfermedad, diversos autores desarrollaron conceptualizaciones que condujeron a la concepción de una calidad de vida relacionada con la salud; para distinguirla de los aspectos relacionados con la economía y política gubernamental. Así, el concepto de calidad de vida relacionado con la salud es la valoración que realiza el sujeto, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción que tiene sobre una situación personal a nivel fisiológico (muy relacionado con la presencia de sintomatología), emocional y social (Schwartzmann, 2003).

El enfoque que se le ha dado al concepto de calidad de vida en el área médica está relacionado con la recuperación y el mantenimiento de la salud física y se ha utilizado con el objetivo de evaluar intervenciones en personas que han visto limitada su actividad física o bien, el efecto que tienen sobre la prevención, cura o rehabilitación de los efectos deletéreos de alguna enfermedad. Tradicionalmente, el concepto de calidad de vida se ha

ocupado para medir la reducción del sufrimiento y la incapacidad en individuos y poblaciones (González, 2013).

Por tales motivos, la diferencia entre la conceptualización general sobre la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud radica en que la primera se centra en los aspectos psicosociales, sean cuantitativos o cualitativos, del bienestar social y el bienestar subjetivo, mientras que el segundo hace énfasis en la evaluación que realiza el individuo sobre las limitaciones que en las áreas biológicas, psicológicas y sociales que le han ocurrido a partir de la presencia de una enfermedad y/o accidente (Vinaccia & Quiceno, 2012).

Con respecto a la salud mental el concepto de calidad de vida relacionada con la salud es controvertido, puesto que el inicio de la política de desinstitutionalización en instituciones psiquiátricas trajo consigo una gran preocupación por que los pacientes con discapacidades psiquiátricas tuvieran una vida digna y pudieran reinsertarse a la sociedad. Se dio paso de un modelo institucional-manicomial a un modelo de atención comunitaria que tendría que modificar sus formas de evaluación para acomodarse a las nuevas condiciones de vida de los pacientes. Así, Verdugo y Martín (2002) señalan que la definición de la calidad de vida se centró en la evaluación de la experiencia subjetiva de los pacientes y se utilizó como base para buscar mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos y tomar en cuenta sus necesidades individuales.

Además de considerar los efectos que pudieran tener los tratamientos psicológicos y psiquiátricos sobre los síntomas que aquejan a los pacientes, la medición de la calidad de vida comenzó a incluir los efectos que pudieran tener sobre otras áreas de funcionamiento importantes de los pacientes; aspectos como las relaciones interpersonales, la integración social y las posibilidades de autodeterminación de los individuos (Verdugo & Martin, 2002).

De esta manera, la definición de la calidad de vida, como un constructo para la investigación y atención psicológica, comenzó a considerar aspectos subjetivos importantes en las personas con problemas psicológicos que abarcaran un espectro más amplio que el que se puede lograr si solamente se toman en cuenta aspectos puramente objetivos.

A partir de la integración de diversos factores, Ardila (2003) propone definir la calidad de vida como:

*“Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación*

*subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (p. 163).*

## **2.3 Modelos explicativos de la calidad de vida**

El concepto de calidad de vida se ha fundamentado en diversos modelos teóricos que permiten una investigación compleja y han tenido en común la conceptualización de este constructo de forma multidimensional. De acuerdo con Verdugo y Martín (2002) los modelos más destacados con respecto a la salud mental son los siguientes:

### **2.3.1 Modelo de satisfacción**

Es un modelo desarrollado por Lehman, Ward y Linn (1982) y posteriormente ampliado por Baker e Intagliata (1982) quienes consideraban que el constructo de calidad de vida incluye como componentes las características personales, las condiciones objetivas de vida y la satisfacción con dichas condiciones. Se basa en la suposición de que la calidad de vida depende de las condiciones actuales de individuo y de que éstas se ajusten a sus necesidades, aspiraciones y deseos. Sin embargo, deja de lado la naturaleza de los aspectos subjetivos al no incluir el análisis de dichas necesidades. La importancia de este modelo radica en que sus propuestas llevaron a considerar que cada individuo tiene una concepción particular de su calidad de vida y por lo tanto esto lleva a diferentes interpretaciones.

### **2.3.2 Modelo combinado “importancia/satisfacción”**

Este modelo incorpora tanto la satisfacción subjetiva del paciente como la evaluación de la importancia que tienen en su vida diversas dimensiones. Fue desarrollado por Becker, Diamond y Sainfort (1993). El modelo sostiene que las personas exhiben diferencias individuales con respecto a sus valores y preferencias, por lo que las condiciones o indicadores objetivos influyen de manera diferente la evaluación personal que hacen los sujetos sobre su calidad de vida subjetiva.

### **2.3.3 Modelo del funcionamiento del rol**

Fue propuesto por Bigelow, Brodsky, Stewart y Olson (1982). Plantea que el juicio evaluativo sobre la calidad de vida está relacionado con las condiciones sociales y ambientales requeridas para cubrir las necesidades personales básicas. Establece una

jerarquía entre las diversas necesidades humanas y propone que las necesidades psicológicas surgen cuando se han cubierto las necesidades básicas.

### 2.3.4 Modelo del proceso dinámico

Este modelo valora los factores socioculturales y otros factores que influyen en el desarrollo de la personalidad individual. Fue desarrollado por Estroff (1989) a partir de estudios realizados en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Asume que la calidad de vida es resultado de un proceso de adaptación continuo en el que el sujeto reconcilia sus deseos y metas personales con las condiciones de su entorno social y sus propias habilidades para cumplir con las demandas sociales, factores que se asocian con la consecución de las metas personales. La calidad de vida está, por lo tanto, vista como un mecanismo que conduce este proceso.

### 2.3.5 Modelo de Veenhoven

Veenhoven (2005) propone centrarse en el funcionamiento del individuo y su adaptación al entorno para evaluar la calidad de vida que posee y busca combinar la diferencia existente entre lo potencial y lo real, así como lo interno y lo externo. Este modelo plantea la clasificación de la calidad de vida en cuatro modalidades que surgen al combinar el análisis de las oportunidades que ha tenido el sujeto para una buena vida, los resultados que ha obtenido y las calidades, ya sean externas (las del ambiente) e internas (las relacionadas con el individuo). Por lo tanto, realiza una combinación tanto de aspectos objetivos como subjetivos. En la tabla 2.2 se resumen de forma global las propuestas del modelo que después se explican puntualmente.

**Tabla 2.2**

**Modelo de Calidad de Vida de Veenhoven; clasificación y ejemplos.**

	Calidades externas	Calidades internas
<b>Oportunidades de vida</b>	Habitabilidad del ambiente	Habilidad para la vida del individuo
<b>Resultados de vida</b>	Utilidad de vida	Apreciación de vida

**Fuente: Elaborado con base en Veenhoven (2005)**

El primer tipo de calidad de vida examinado, que se denomina como habitabilidad del ambiente para la persona o “vidabilidad” (livability) del ambiente, se refiere a las condiciones del ambiente que permiten vivir una vida con calidad; por ejemplo, las dimensiones económicas, sociales, políticas, comunitarias y ambientales; por ejemplo, la estabilidad económica, el acceso a la atención de la salud, los derechos civiles y políticos y el nivel de contaminación. El segundo tipo se denomina habilidad para la vida (life-ability)

y se refiere al juicio que hace el sujeto sobre las capacidades internas que posee para obtener provecho de la utilización de las mismas en su ambiente (Duarte, 2017; Veenhoven, 2005).

Dentro de las capacidades internas se encuentran las dimensiones de la salud y la educación, como la presencia de enfermedades y la cantidad y calidad de la educación. Las capacidades internas permiten aprovechar las oportunidades externas. Las calidades o resultados pueden ser juzgados por su valor para la sociedad o por su valor para cada persona (Duarte, 2012).

El tercer tipo es la utilidad de la vida en el que se relacionan las consecuencias o resultados que ha tenido un sujeto en su vida con las cualidades externas que están en el entorno. En este aspecto se pueden señalar los bienes relacionales que satisfacen las necesidades psicológicas, como la autonomía y la cercanía con otras personas; los bienes económicos, que satisfacen necesidades materiales, como la alimentación; el comportamiento filantrópico, así como la huella ecológica (Veenhoven, 2005).

Por último, el goce de la vida o la apreciación de la vida, relaciona las consecuencias o resultados que ha obtenido el sujeto en su vida con las cualidades internas que le permiten apreciar su existencia. Este aspecto está muy relacionado con el bienestar subjetivo en aspectos cognitivos, como la apreciación de la vida y los estados afectivos como el amor o el enojo, o bien aspectos hedónicos como el placer que da la vida (Duarte, 2012).

Más que utilizarse de manera conjunta, Veenhoven (2005) considera que la calidad de vida no puede medirse usando índices que incluyan indicadores de cada una de las dimensiones descritas, ya que cada una representa aspectos diferentes y no pueden ser consideradas dentro de un indicador común. Sin embargo, ha identificado que estos cuatro factores que han medido en diversas investigaciones por separado como indicadores del ajuste que tienen los sujetos sobre su medio ambiente.

### **2.3.6 Modelo de calidad de vida relacionada con la salud**

Es el modelo planteado por la OMS en un intento por generar un modelo comprensible y aplicable a nivel internacional que permitiera estudios comparativos entre naciones, sin importar las diferencias contextuales que pudieran tenerse entre los miembros afiliados a la Organización de Naciones Unidas (ONU). Para tal empresa un grupo de investigadores se reunió y desarrollaron un trabajo conjunto partiendo de la definición particular que ya se ha expuesto anteriormente. El Grupo WHOQOL (The WHOQOL Group, 1995) consideró que

la calidad de vida es de naturaleza subjetiva y busca distinguir la percepción de condiciones objetivas como los recursos materiales y las condiciones subjetivas como la satisfacción que proveen dichos recursos. Así mismo, se considera que la calidad de vida es un fenómeno multidimensional y por lo tanto es necesario considerar tanto aspectos positivos del funcionamiento como negativos.

El constructo se define como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual los sujetos viven y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses que poseen (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Así, el modelo evalúa los aspectos relacionados con la calidad de vida que se consideran como específicamente relacionados con el estado de salud y los cuidados sanitarios. Propone la presencia de diversas dimensiones: a) estado funcional, consiste en el grado de realización de las actividades cotidianas relacionadas con la autonomía, independencia y competencia; relacionándose tanto con el autocuidado como con la instrumentación conductual; b) funcionamiento psicológico, hace referencia a la presencia de malestar o bienestar que se vinculan con la experiencia y vivencia del problema de salud, su diagnóstico o tratamiento o bien, de la vida en general; c) funcionamiento social, enfatiza la presencia de problemas en la realización de actividades sociales deseadas o el desempeño adecuado de roles sociales personales; d) sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento, se refiere a los signos y síntomas de la enfermedad que afecta al sujeto o los efectos colaterales que pudiera generar el tratamiento o rehabilitación. En la tabla 2.3 se definen y exponen de forma resumida las dimensiones y subdivisiones que evalúa el modelo.

**Tabla 2.3****Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y sus subdivisiones**

<b>Dimensión</b>	<b>Subdivisión</b>	<b>Definición</b>
<b>Salud física</b>	Funcionamiento físico	Es el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria.
	Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias.
	Enfermedad corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
<b>Salud mental</b>	Salud general	Valoración personal del estado de salud.
	Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
	Funcionamiento social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
	Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias.
	Salud mental	Valoración de la salud mental general.

**Adaptado de Amar, et al (2008).**

De acuerdo con Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) el modelo diferencia entre las evaluaciones de la persona sobre su funcionamiento objetivo, sus capacidades y conductas y los autorreportes subjetivos; dando como consecuencia una evaluación en términos de satisfacción/insatisfacción de las dimensiones examinadas. De acuerdo con los autores, el modelo no ha logrado el consenso que se esperaba puesto que la medición de la percepción individual como las metas, expectativas o estándares no se encuentra en estrecha vinculación con el área de salud que pudiera estar afectada en el individuo y que, a pesar de los indicadores objetivos, los evaluados mantienen su evaluación muy centrada en su proceso cognitivo más que en los indicadores mismos.

### **2.3.7 Modelo de Shalock**

Este modelo surge a partir de la década de los 90 y comparte con los modelos anteriores el énfasis importante que otorga a las valoraciones subjetivas que realizan los sujetos con respecto a su calidad de vida. Resalta la importancia de considerar a la calidad de vida como un fenómeno multidimensional y es el modelo con que mayor consenso internacional ha recibido (Verdugo & Martín, 2002).

Schalock y Verdugo (2007) parten de la definición de calidad de vida como un concepto multidimensional compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas y que está influido tanto por factores ambientales como personales o individuales. El modelo también toma en cuenta la interacción de los distintos factores y considera que la calidad de vida se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas

de la vida. En general, la medición del constructo lleva a considerar el grado en el que las personas tienen experiencias vitales que valoran y refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada. En la medición del constructo se toman en cuenta tanto factores externos al sujeto (como el ambiente, la cultura o la sociedad) como particulares del sujeto como su ciclo vital o las experiencias vitales únicas de cada persona evaluada.

La calidad de vida, definida de esta manera, pretende tener tres aplicaciones particulares: a) servir como marco de referencia para la prestación de servicios a la población, b) como fundamento para prácticas basadas en la evidencia y, c) servir como medio para el desarrollo de estrategias que puedan mejorar las condiciones de vida que impacten en la calidad de la misma (Schaclock & Verdugo, 2007).

El modelo está constituido por ocho dimensiones o dominios que cuando se toman en cuenta de forma general configuran el concepto de calidad de vida, las dimensiones básicas se definen como: *“un conjunto de factores que componen el bienestar personal y son percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona”* (Schalock & Verdugo, 2003, p. 34).

A continuación, se presenta la definición de cada una de las dimensiones propuestas por el modelo y los indicadores que los autores seleccionaron para operacionalizar las dimensiones en la medición del constructo (Verdugo, Arias, Gómez & Schalock, 2009).

- **Bienestar emocional (BE):** se refiere a la capacidad del sujeto de sentirse tranquilo, seguro, sin agobios y no estar ansioso. Se evalúa mediante los indicadores: satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.
- **Relaciones interpersonales (RI):** es la capacidad de relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente. Se mide con los siguientes indicadores: relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad.
- **Bienestar material (BM):** tiene que ver con tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, poseer una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores que se evalúan son: vivienda, lugar de trabajo, salario (que puede considerarse tanto como pensión o ingresos no relacionados con salarios), posesiones

(que hace referencia a bienes materiales), ahorros (también se evalúa la posibilidad de acceder a caprichos o gustos).

- **Desarrollo personal (DP):** se refiere a la posibilidad de aprender de distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Los indicadores con los que se mide son: las limitaciones o capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo y otras actividades y habilidades funcionales como la competencia personal, conducta adaptativa y comunicación.
- **Bienestar físico (BF):** es tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.
- **Autodeterminación (AU):** consiste en decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.
- **Inclusión social (IS):** se refiere a la capacidad de ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Se evalúa por los indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos.
- **Derechos (DE):** tiene que ver con ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.

El modelo se ha revisado continuamente a partir de su aparición en la literatura y se ha aplicado en diferentes áreas de la salud, la salud mental, la discapacidad intelectual y la educación (Verdugo, 2000).

Como se puede observar, a las ocho dimensiones se le han añadido los 24 indicadores que sirvieron para elaborar la Escala GENCAT de calidad de vida y en la que se ha basado la investigación realizada para validar este modelo. Los indicadores permiten considerar al constructo en una forma ecológica y en congruencia con la teoría de sistemas. Ha sido muy útil en el campo de la salud mental tanto para evaluar al sujeto como para

evaluar programas de intervención dirigidos hacia el sujeto, las organizaciones y a nivel macroestructural de tal manera que se puedan mejorar las condiciones de vida de las personas (Verdugo & Martín, 2002).

## **2.4 Importancia de la calidad de vida en la salud mental**

La calidad de vida ha sido un constructo que no solamente ha buscado entender lo que constituye una vida plena en los seres humanos, sino que, desde los diferentes modelos que la conciben, busca la mejora de condiciones que permitan una mejor vida.

Los diferentes modelos de calidad de vida tratan de asirse al concepto evaluándolo de forma multidimensional y holística, considerando que la comunidad es el contexto para una vida de calidad, el uso de estrategias que reduzcan el desajuste entre las personas y sus ambientes a través del entrenamiento en habilidades funcionales, apoyos naturales y adaptación ambiental, lo cual constituye un medio para orientar los esfuerzos que se realizan tanto por parte de los psicólogos como por parte de las instituciones políticas y de gobierno (Ochoa, 2011).

Así mismo, es importante señalar que el concepto de salud propuesto por la OMS está fundamentado en un marco conceptual biopsicosocial que también tiene repercusiones en aspectos políticos y económicos. De esta manera, deben tomarse en cuenta los aspectos positivos y negativos que afectan la vida humana, su funcionamiento social y la percepción personal de cada uno sobre su experiencia de vida. En este sentido, la concepción de salud es multidimensional y dinámica y de ahí deriva la importancia de la medición de la calidad de vida (Tuesca, 2005).

La calidad de vida está relacionada con el bienestar social y depende de que las necesidades humanas y los derechos inherentes al ser humano operen en el continuo cotidiano de las diferentes personas que viven en una nación (Tuesca, 2005). Los elementos que son considerados en la medición de la calidad de vida son indispensables para el desarrollo humano y el desarrollo social.

Las diferentes dimensiones que toma en cuenta el constructo de calidad de vida es un enfoque holístico mediante el cual pueden diseñarse estrategias que pueden disminuir la discrepancia o desajuste de las personas y sus ambientes a través de intervenciones psicológicas que entrenen las habilidades funcionales, el uso de tecnología asistencial, el acceso a apoyos naturales y la adaptación ambiental y el uso de apoyos diseñados para cada individuo en particular (Schalock, Gardner & Bradley, 2007).

La evaluación de la calidad de vida permite determinar los efectos que produce una condición o enfermedad sobre una persona y la forma en que afecta las diferentes áreas de su vida. Al mismo tiempo, considerar los diversos aspectos de la calidad de vida en una sola persona afectada por una enfermedad permite una comprensión mayor en su proceso salud-enfermedad; incluyendo los posibles efectos terapéuticos que una intervención pudiera tener (Pabón et al., 2015).

Además de evaluar holísticamente al individuo, con respecto a la presencia de una enfermedad, permite establecer el estado de bienestar físico que es determinado por la actividad del individuo, el bienestar social que se determina a través de las funciones y relaciones que establece el sujeto en su ambiente y el bienestar psicológico al comprender la fortaleza interna del sujeto y el estado emocional-afectivo que despierta sus circunstancias actuales (Cuadra-Peralta, Medina & Salazar, 2016).

Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres y Xequé-Morales (2017) examinaron la relación de la calidad de vida en adultos mayores y su nivel de dependencia y autocuidado; encontrando que no hay una relación significativa entre las tres variables, sin embargo a mayor dependencia y mayor edad, la calidad de vida se ve deteriorada.

Debido a que considera la salud física y psicológica del sujeto, el grado de autonomía, las relaciones sociales, los valores personales y la relación que establece con el entorno, la calidad de vida constituye un marco conceptual complejo que permite evaluar las necesidades de la población adulta y adulta mayor de un grupo social determinado (García & Froment, 2018).

Aunque la investigación empírica sobre la importancia de la calidad de vida se ha decantado por evidenciar la relación entre la presencia de enfermedades físicas (particularmente las crónicas) y una baja calidad de vida, en la actualidad existen líneas de investigación muy diversas que no solamente evalúan dicha relación sino que han ampliado el campo de investigación a otras áreas como los cuidadores primarios, la psicopatología y las enfermedades mentales, la obesidad, el estrés, la prevención de enfermedades mentales y el bienestar de los adultos mayores en centros de apoyo (Barreiro-Aguilar, 2018; Briones, Glices & Escobar, 2018; Lorenzo, Mirabal, Rodas & Alfaro, 2018; García & Froment, 2018).

La investigación en nuestro país también se ha centrado en los últimos cinco años a relacionar la calidad de vida con la experiencia de enfermedad física en las vidas de las

personas. A continuación, se presentan algunos ejemplos de investigaciones realizadas en México relacionadas con la calidad de vida en el periodo 2015-2019.

Arias-Cruz, González-Díaz, Macías-Weinmann, et al. (2018) evaluaron la relación de la calidad de vida con la carga económica y el control de la urticaria crónica en pacientes adultos encontrando que la calidad de vida se ve deteriorada si hay mayor carga económica y si la enfermedad se encuentra en pobre control.

Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra (2018) determinaron la relación entre la calidad de vida y apoyo familiar de adultos mayores en unidades de atención de seguridad social en el sureste del país y encontraron que los adultos mayores que tienen mayor apoyo familiar para encarar sus enfermedades físicas presentan una mayor calidad de vida.

López y López, Baca-Córdova, Guzmán-Ramírez, et al. (2018) compararon la calidad de vida de pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal con la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis; encontrando que la diálisis peritoneal se asocia con menor calidad de vida que la hemodiálisis, pero en un plazo de 4 años, las diferencias no son significativas en cuando a su calidad de vida.

## **2.5 La escala GENCAT de calidad de vida**

Es un instrumento psicométrico diseñado a partir del modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2007) que fue pensado como un instrumento para la mejora continua de servicios sociales y que sean adecuados para las necesidades de los usuarios. Evalúa objetivamente la calidad de vida de forma multidimensional en los siguientes aspectos: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Fue desarrollado por Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009) para evaluar la calidad de vida como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que está influido por factores tanto ambientales como personales, así como su interacción y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos materiales y personales, la inclusión en la comunidad o sociedad de pertenencia y las metas que tiene el sujeto en su vida. De esta manera, la medición de la calidad de vida puede utilizarse como marco de referencia para la prestación de servicios profesionales y asistenciales, como fundamento para evaluar prácticas profesionales que buscan tener evidencia sobre su efecto y el desarrollo de estrategias que buscan mejorar la calidad de vida.

Las dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo (2002) ya se expusieron en párrafos anteriores de este capítulo y en este apartado solamente se mencionarán:

- Bienestar emocional.
- Relaciones interpersonales.
- Bienestar material.
- Desarrollo personal.
- Bienestar físico.
- Autodeterminación.
- Inclusión social.
- Derechos

La aplicación de la escala puede realizarse en formato de autoreporte o bien puede ser llenado por un informante cercano al evaluado en el caso de discapacidad. La edad a partir de la cual se puede aplicar la escala es de 18 años. El tiempo de aplicación es de entre 10 y 15 minutos, pero puede alcanzar hasta los 30 minutos si se deben aclarar términos o el nivel de lectura del evaluado es limitado. Está constituida por 69 reactivos distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las ocho dimensiones antes mencionadas.

Las características psicométricas del instrumento se proveerán en la sección correspondiente a la metodología de esta investigación. Baste decir que el instrumento cuenta con una buena fiabilidad y validez.

En nuestro país, Zueck, Blanco, Ornelas y Peinado (2015) han utilizado la escala para evaluar docentes de educación física realizando una adaptación de la misma. Sus resultados permiten observar una fiabilidad y validez similar a la reportada en la muestra normativa original, sin embargo, la muestra evaluada es mucho menor que la normativa.

Las características particulares por las cuales se decidió utilizar esta escala en esta investigación son las siguientes:

1. Es un instrumento multidimensional que captura la complejidad del fenómeno y no solamente se enfoca en los aspectos relacionados con la salud física, como lo hace el modelo propuesto por la OMS.
2. Es un instrumento de autoaplicación que no requiere demasiado tiempo para aplicarse.

3. Su calificación permite la caracterización de la calidad de vida de los participantes de forma general, así como el examen de las dimensiones que evalúa; pudiéndose hacer inferencias desde los aspectos generales como particulares.

Como se puede observar el constructo de calidad de vida posee diversos elementos contenidos y una variedad de perspectivas han abordado el tema con fines muy distintos entre sí. La calidad de vida parece contener varios elementos en común con el bienestar psicológico y deben considerarse como constructos relacionados entre sí. En el siguiente capítulo se abordará el tema del bienestar psicológico y se establecerán las relaciones teóricas con este constructo.

## Capítulo 3. Bienestar psicológico subjetivo

*La felicidad consiste más en pequeñas comodidades o placeres que ocurren cada día que en grandes casos de buena suerte que ocurren, pero de vez en cuando*

Benjamín Franklin

*Cada persona busca la felicidad de una manera distinta y por diferentes medios, y así se fabrica distintas formas de vivir...*

Aristóteles

Recientemente el interés por el estudio del bienestar en la psicología y las diversas ciencias sociales se ha incrementado significativamente; originando muchos artículos sobre el tema en publicaciones científicas especializadas en las diversas áreas de la psicología y otras disciplinas (Tarragona, 2016). En múltiples referencias relacionadas con el tema se emplean los términos felicidad, satisfacción de vida, calidad de vida y bienestar subjetivo y psicológico como sinónimos o términos equivalentes y equiparables (González, 2013). Esta diversidad de términos utilizados para caracterizar e identificar un mismo fenómeno deriva del interés de diversas disciplinas, como la sociología, la antropología, la medicina, la psicología o la economía, por estudiar e identificar los factores que podrían constituir una “buena vida”.

De acuerdo con Vázquez (2014) el interés por el bienestar no es un tema nuevo en el pensamiento humano, puesto que muchas escuelas filosóficas han explorado la idea de tener una “buena vida” o el alcance de la felicidad y ha sido un motivo de investigación en las ciencias sociales, la economía, la política, entre otras. En la psicología se ha retomado el tema utilizando métodos de investigación propios de la disciplina y explorando diversos modelos teóricos que permitan identificar los componentes o factores que constituyen la felicidad o, en el lenguaje académico más común, el bienestar psicológico subjetivo.

El propósito de esta sección es presentar una panorámica sobre los antecedentes históricos y teóricos sobre el estudio del bienestar, los modelos explicativos contemporáneos y centrarse en los componentes del modelo teórico en el que se basa esta investigación; ofreciendo tanto los argumentos centrales en los que se basa como en aquellos que resultan controvertidos.

### **3.1 Conceptualizaciones filosóficas sobre el bienestar**

Desde la Grecia Antigua, el tema de la felicidad ocupó un lugar importante en la disertación filosófica originándose diversas posturas al respecto. Dos conceptos importantes han perdurado hasta nuestros días al respecto de la felicidad, la eudemonia y la hedonia.

El primer concepto deriva de las propuestas de Aristóteles, quien consideraba que la felicidad era un bien supremo y la finalidad última de la existencia humana. Abogaba que, para experimentar la felicidad, el ser humano debía buscar la realización y perseguir el fin o misión que le había sido encomendado; alcanzándola mediante la realización de actividades que le eran propias y de modo perfecto. Lo anterior estaba orientado a enfatizar las actividades consideradas propias del alma racional, como el entendimiento, el intelecto y la voluntad. Aunados al cultivo del alma, la eudemonia también se refería al desarrollo de las virtudes y el alcance de la excelencia en la vida. Para Aristóteles el conocimiento y desarrollo de las virtudes y la consecuente evolución de una vida en congruencia con las mismas, eran la clave de la felicidad (Peterson, 2006a).

El otro concepto, la hedonia, está representado en la obra de Aristipo y Epicuro. En esta perspectiva se propone que para alcanzar la felicidad el ser humano debía maximizar las experiencias de placer y la supresión del dolor. Dentro de esta perspectiva hay dos escuelas filosóficas que abogan por lo anterior. La escuela cirenaica planteaba que los deseos personales debían satisfacerse de forma inmediata sin tomar en cuenta las circunstancias o los deseos de los demás. La segunda escuela, la epicúrea o hedonista racional, planteaba que la satisfacción debía obedecer a una jerarquía que dependía del tipo de deseos que el ser humano era capaz de experimentar. Esta escuela clasificaba los deseos en tres tipos: los naturales y necesarios (como los alimentos, el cobijo o la seguridad), los naturales y no necesarios (en particular la conversación, la actividad sexual o las artes) y los innaturales o innecesarios (la fama, el prestigio, entre otros) (González, 2013).

El contraste entre estas dos aproximaciones a la felicidad, la hedonista y la eudemónica, ha influido y persistido en las concepciones sobre la felicidad y el bienestar hasta nuestros días; incluso generando y cuestionando los modelos teóricos con los que la psicología trata de explicar e investigar el fenómeno del bienestar.

La disertación filosófica sobre la felicidad y la buena vida no terminó con los griegos. Durante el Imperio Romano, Quinto Sextio fundó una escuela estoica temprana que

abogaba el alcance de la felicidad mediante la conjunción de elementos provenientes de las disertaciones griegas sobre la eudemonia; particularmente llevando una buena alimentación, el desarrollo de una consciencia personal a través de exámenes nocturnos sobre uno mismo, la evitación del consumismo o la satisfacción irrestricta de placeres, la evitación de la política y una creencia fuerte en un poder intracorpóreo que invadía el cuerpo (Di Paola, 2014).

Con el advenimiento del cristianismo al Imperio Romano comenzó un cambio en el pensamiento humano occidental y el énfasis en la relación entre el hombre, su esencia espiritual mediada por el alma y la divinidad se fortaleció en el pensamiento de la humanidad. San Agustín de Hipona, cuyos escritos influenciaron la filosofía y la teología, consideraba que el fin último del ser humano estaba anclado al amor y que el sufrimiento ocurría debido a que era colocado o depositado en lugares o concepciones incorrectas. La fuente única de la felicidad sólo podía ser Dios y solamente la verdadera felicidad podría lograrse mediante la adhesión de la humanidad a la divinidad, el amor a la misma, y el ordenamiento de los otros amores; los placeres terrenales que se podían experimentar. San Agustín, también aboga que, como medio para alcanzar esta finalidad, las personas deben realizar actos de autoconocimiento e introspección (Pawelski, 2013).

Más tarde, durante la Edad Media, Santo Tomás de Aquino propuso que la mayor felicidad no era alcanzable en la tierra debido a que la verdadera felicidad solamente era experimentada en la unión perfecta con la divinidad; aunque podía experimentarse cierta calidad de felicidad en la existencia como preludio a la que se experimentaría en la otra vida (Pawelski, 2013). Consideró que para vivir la felicidad se debían cultivar varias virtudes intelectuales y morales que tendrían como finalidad orientar al sujeto a conducirse en formas más confiables y consistentes con la unión con lo divino; la cual sería, de todas maneras, una unión superficial pero placentera. Propuso, entonces, que la felicidad del humano no estaba alojada en ningún bien material, riqueza, estatus o placer; sino en ejercitar la voluntad para encontrarse con la fuente de todo lo bueno.

En la filosofía oriental también se han desarrollado concepciones sobre la felicidad y con un tono acorde con el contexto cultural en el que se han desarrollado. Particularmente se tiene que considerar al taoísmo y el confucianismo por sus concepciones al respecto del tema. Ambas perspectivas consideran que la felicidad es producto de un proceso de búsqueda de una armonía interna más que de un estado emocional o de ánimo temporal y efímero. De acuerdo con Pawelski (2013) ambas filosofías orientales abogan por la

búsqueda de la felicidad a través de un camino (el “Tao”) alejado de los bienes materiales y las posiciones de estatus o poder; tal camino incluiría la inmersión del ser y la consciencia sobre dicha inmersión, en la naturaleza, la familia, la sociedad y la cultura.

Como se puede observar, tanto la filosofía oriental como las propuestas revisadas durante la Edad Media apuntan hacia la eudemonia como el medio de alcanzar la felicidad; agregando a las propuestas griegas iniciales las concepciones propias de la cultura en la que se desarrollaron, además de centrarse en una “misión” para la vida más allá de los placeres.

De entre los filósofos modernos es importante mencionar las concepciones del utilitarismo y las de Schopenhauer. El utilitarismo es una escuela filosófica de larga tradición cuyos principales exponentes fueron Jeremy Bentham y John Stuart Mill. La felicidad por la que aboga el utilitarismo está en relación con el uso de las capacidades racionales del ser humano y pugna por que las instituciones provean a la humanidad de los medios necesarios para desarrollar sus capacidades racionales y deliberativas, a través del conocimiento (Burns, 2005). Bentham consideraba que la acción más moral era aquella con mayor utilidad, es decir el placer que proporcionaba una acción después de deducir el sufrimiento involucrado en la misma. Las acciones que no conducen a la felicidad son moralmente erróneas y por lo tanto la felicidad es la experiencia de placer y la falta de dolor. Mientras que Bentham no distingue entre las diferentes formas de felicidad, Mill distingue entre la felicidad y la satisfacción; valorando como más importante la felicidad (que en este caso estaría relacionada más con el placer). En este sentido el utilitarismo estaría más relacionado con las concepciones hedónicas que con las eudemónicas.

La separación propuesta por el utilitarismo entre los placeres como elementos que brindan bienestar de forma momentánea y las satisfacciones como elementos distintos que aportan al bienestar de una forma demorada será retomada en otras propuestas propias de la psicología (Burns, 2005). De la misma manera, podríamos decir que continúan en congruencia con la separación propuesta desde las escuelas griegas.

Las formulaciones de Schopenhauer contrastan con las relacionadas al utilitarismo. Consideraba que la búsqueda de la felicidad y el placer constituían actos egoístas puesto que estaban guiados por el interés personal y, con excepción de la compasión, todos los demás actos carecían de valor moral (Uribe, 2010). Dentro de su concepción de la felicidad, cabe resaltar su idea acerca de la incapacidad de alcanzar un estado permanente de

felicidad debido a que una vez que se satisfacía un deseo, comenzaba a emerger el deseo por satisfacer uno nuevo. Esta incapacidad de mantener una satisfacción permanente conducía al sujeto al sufrimiento y una especie de sensación de vacío y anhelo profundo. También enlazaba la felicidad al paso del tiempo, considerando que cuando el tiempo se movía rápidamente tendíamos a sentirnos felices mientras que el paso lento del tiempo influía en un ánimo triste.

Las propuestas de Schopenhauer mantienen paralelos con las propuestas que retomaría Freud en su formulación del psicoanálisis, aunque Freud no reconocería la influencia del filósofo en su obra. Particularmente, retomaría los conceptos de voluntad, consciencia y representación, así como el ambiente fatalista y pesimista que caracteriza la obra del filósofo alemán (Uribe, 2010). Así mismo, pueden observarse los paralelismos con respecto a la visión sobre el bienestar que de acuerdo con Schopenhauer no es posible alcanzar para el ser humano debido a las formas de vida que ha configurado la sociedad y que también en la teoría psicoanalítica no es el tema central de sus formulaciones sino una explicación sobre el origen de los déficits y sufrimientos del ser humano.

De acuerdo con Pawelski (2013) otros filósofos más contemporáneos han cuestionado si la felicidad es una meta importante para el desarrollo humano considerando que obstaculiza el alcance de metas más importantes para la humanidad y su finalidad en el mundo. Particularmente Kierkegaard, Nietzsche, Heidegger y Sartre la consideraban un obstáculo para alcanzar la sabiduría y la posibilidad de tener una vida con sentido.

Como podemos observar en las líneas anteriores la preocupación sobre el bienestar ha estado presente a lo largo del desarrollo histórico de la filosofía y estos cuestionamientos influenciarían a la psicología y su marco de acción como se revisará a continuación.

### **3.2 El bienestar en el panorama de la psicología**

El tema del bienestar en la psicología tiene también una historia particularmente larga (Peterson, 2006a). De acuerdo con Seligman (2006), el interés por los aspectos relacionados con el bienestar había sido estudiado desde el nacimiento de la psicología como disciplina; centrándose en aspectos como los talentos, los genios o dotados intelectuales o los aspectos del funcionamiento psicológico que hacen que la vida humana sea de calidad. Sin embargo, este mismo autor argumenta que la aparición histórica de las dos guerras mundiales enfatizó el rumbo y programa de desarrollo de la disciplina

psicológica hacia el control y desarrollo de programas de tratamiento de los déficits psicológicos surgidos como consecuencia de ambas guerras mundiales.

Seligman (2006) considera que el contexto histórico, particularmente el de los Estados Unidos en el periodo de la posguerra en los años cuarenta, movilizó a los psicólogos a emplearse en tres campos aplicados de la psicología: el tratamiento de los trastornos mentales y en particular la aplicación de pruebas psicológicas; el trabajo en la industria, el ejército y las instituciones para el reclutamiento y selección de personal así como mejorar las condiciones de la productividad; y la selección y seguimiento de los niños con un Coeficiente Intelectual (CI) superior al normal para observar su desarrollo y encauzarlos a programas que favorezcan dicha dotación intelectual.

A partir de esta situación contextual, los psicólogos de la posguerra en Estados Unidos se centraron en la psicología clínica y el tratamiento de los problemas mentales. Los programas de gobierno subvencionados ayudaron a que los psicólogos clínicos se capacitasen en programas de posgrado y se alentó la psicoterapia como medio de tratamiento en apoyo a los tratamientos psiquiátricos; de tal manera que la profesión se centró en los déficits y dificultades de la vida humana.

Así, Seligman (2006) argumenta que la psicología se centró tanto en la investigación como en la práctica aplicada en las patologías y los déficits, de tal manera que se logró un entendimiento mayor de los problemas mentales y el desarrollo de tratamientos efectivos para disminuir y paliar el sufrimiento de quienes los padecían; más allá del estudio y promoción de las virtudes y la resiliencia. En ese mismo sentido, considera que lo que se ha realizado después de la posguerra hasta el nuevo siglo en la psicología, en cuanto al tratamiento, ha sido de gran ayuda y valor aportando programas y tratamientos con altos niveles de eficacia probados; sin embargo, poco se ha realizado para la prevención de problemas mentales que prueben ser eficaces y desarrollen fortalezas que sirvan como barreras ante las debilidades personales y conflictos inherentes a la vida que se tienen que enfrentar.

Autores como González (2013), Pérez (2012) o Tarragona (2010) discrepan y amplían lo asentado por Seligman (2006).

De acuerdo con González (2013) el estudio del bienestar y la felicidad en la psicología puede datar desde 1929, principalmente mediante investigaciones sobre correlatos sobre la felicidad y el estado de ánimo hedonista. Dichos correlatos, menciona la

autora, conllevaban a conclusiones en las que se consideraba que la “buena vida” emergía a partir de diversas variables como la juventud, la salud física, la educación de calidad, trabajos bien pagados, personalidad extrovertida, optimismo, experimentar pocas preocupaciones, moral alta y aspiraciones modestas; mientras que se desestimaba la influencia del sexo del participante y el rango de inteligencia que poseían como variables que influyeran importantemente en la experiencia de la felicidad.

Tal vez uno de los primeros artículos relacionados con la felicidad sea el de Bradburn, *The Structure of Psychological Well-Being*, publicado en el *Psychological Bulletin* (González, 2013), en donde se describen los hallazgos más importantes de la investigación sobre este tema.

Algunos autores a quienes se ha relacionado más frecuentemente en el campo de la psicología con el bienestar pertenecen a la escuela humanista, como Rogers, Maslow, May y Frankl, entre otros (Tarragona, 2010).

Rogers consideraba que la plenitud del sujeto ocurre cuando reconoce en sí mismo un proceso continuo de cambio más que alcanzar un estado estable al que podríamos denominar “bienestar” o “salud” (González, 2015). El bienestar se lograría, en este enfoque, al incrementar la habilidad para vivir en el presente, ser más aceptantes de la vida exterior e interior; de tal manera que una persona logre aumentar su confianza en sí mismo y tenga una capacidad de tomar decisiones de forma fundamentada y responsable. En su enfoque se considera que las fuerzas positivas que tienden a la salud y al crecimiento son naturales e inherentes al ser humano y que las relaciones interpersonales son un factor determinante para facilitar el proceso dinámico que conduce al bienestar (Pezzano, 2001).

Rogers considera que la capacidad de corregir las incongruencias en la percepción y la realidad del sujeto radica en que se aprendan tres actitudes básicas interpersonales: empatía, respeto y autenticidad; suponiendo que dichas actitudes conducirán a un encuentro llevado a cabo con otra persona y posteriormente se emulará este encuentro consigo mismo; lo que promovería el cambio que lleve al bienestar (González, 2015).

Así como Rogers abogaba por la tendencia a la salud y bienestar de forma inherente al ser humano, Maslow consideraba esta característica, denominada auto-actualización, como la parte central de la personalidad humana. Concebía que las personas que tenían como guía de vida central la auto-actualización eran menos emocionales y más objetivos,

por lo que experimentaban la vida con menos sufrimiento y lograban utilizar sus propias capacidades de manera plena, creativa y gozosa (Koltko, 2006).

Las personas auto-actualizadas, de acuerdo con Maslow, tienden a dedicarse a una causa o manifiestan trabajar en su propia vocación, además de evaluar las tareas que escogen realizar (Koltko, 2006). Así mismo, para lograr la auto-actualización se involucran en alguna de las siguientes conductas: concentración, decisiones de crecimiento, consciencia de sí mismo, honestidad, juicio, autodesarrollo, experiencias cumbre y supresión de las defensas del yo.

Influido por las ideas de Nietzsche, Rollo May propone a la voluntad como la característica particular del ser humano que puede llevarlo al crecimiento psicológico saludable (Peng, 2011). Para May, la voluntad es la capacidad de organizarse uno mismo en favor de alcanzar las metas propias y una fuerza interna que motiva a las personas a cumplir sus deseos. Bajo su perspectiva teórica, considera que el ser humano debe lograr un balance entre sus deseos al mismo tiempo que, mediante el uso de la voluntad, se vive una vida a través de valores que permiten vivir plenamente y con sentido. En sus últimas elaboraciones teóricas, May considera importante la influencia de “mitos” en la forma en que las personas eligen vivir sus vidas. Los mitos son historias pertenecientes a la cultura que actúan como guías o preceptos de vida y, en ocasiones, los miembros de una cultura no se cuestionan la pertinencia de dichas guías en sus propios esquemas de valores; pudiendo originar insatisfacción con la propia existencia.

La teoría y terapia desarrollada por Viktor Frankl estuvo inspirada en las experiencias personales del autor en los campos de concentración alemanes, donde vivió, durante la Segunda Guerra Mundial y la influencia de Nietzsche, quien consideraba que las personas que tenían una razón para vivir, pese a la adversidad, sobrevivían (Wong, 2014).

Frankl, en una especie de giro de 180° con respecto a la obra de Freud, focaliza su teoría en las formas en las que las personas experimentan tensión y en lugar de centrarse en cómo esto motiva a comportamientos poco adaptativos, considera que la tensión las impulsa a esforzarse por una meta que consideran valiosa de conseguir; aquello que le otorga sentido a su existencia (Wong, 2014). En su formulación teórica, el sentido es central para la experiencia humana saludable y considera que no es algo específico que puede otorgarse o enseñarse, sino algo que cada persona tiene que esforzarse por descubrir. El sentido no está atado a los valores contextuales impuestos y aprendidos por la cultura,

aunque la misma cultura se esfuerza por reforzar y prescribir formas de vida que supuestamente las personas deben seguir para llevar una vida con sentido; más bien, cada persona es única como lo es aquello que le otorga sentido.

Siguiendo su disertación sobre el sentido de la vida, Frankl considera que en la búsqueda del sentido de su propia vida, el hombre pudiera encontrarse con un significado mayor a sí mismo y de cierta forma espiritual, situación que denomina trascendencia y que podría ser un metasignificado que atravesase todos los sentidos que ha otorgado a su existencia (Wong, 2014).

Además de los psicólogos humanistas otros psicólogos contemporáneos han aportado concepciones teóricas al tema del bienestar; enfocándose principalmente en la concepción de la salud mental y los factores que la componen (Tarragona, 2016). Por mencionar algunos autores tendríamos a: Aaron Antonovski quien conceptualizó la “salutogénesis” como los factores que promueven la resiliencia y el bienestar; Marie Jahoda, quien desarrolló una teoría sobre la Salud Mental Ideal desde los años 50 y promovía algunas experiencias necesarias para el bienestar como el crecimiento, la autorrealización, la integración, la autonomía o el dominio del entorno; o, Carol Ryff quien revisó críticamente las formulaciones sobre el funcionamiento positivo de las personas en la edad adulta y en la vejez y formuló un modelo multidimensional sobre el bienestar.

Recientemente, a finales de la década de los 90, surgió el movimiento de la psicología positiva cuyos fundadores, Martin Seligman y Mihaly Csikszentmihalyi buscan promover el estudio del bienestar de forma organizada y que se utilicen las herramientas de la investigación psicológica desarrolladas en la actualidad (Tarragona, 2016).

Aunque se promueve como un movimiento reciente en el campo de la psicología, como se ha argumentado anteriormente, el tema del bienestar no es nuevo en la disciplina y antes de su fundación varios investigadores identificados con esta orientación hacia el tema, ya tenían varios años estudiando e investigando el bienestar. Lo que fundamentalmente ha aportado la aparición de la psicología positiva es la reunión de varios investigadores que, desde sus propias líneas de investigación, fomentan y contribuyen conocimientos sólidos sobre el tema de estudio del bienestar.

El objetivo de la psicología positiva es el estudio del *“funcionamiento óptimo de las personas y los factores que les permiten a los individuos y las comunidades vivir con plenitud”* (Tarragona, 2016, p. 13). De acuerdo con Pawelski (2011) la psicología positiva

reúne el interés por conocer los factores que pudieran contribuir a una buena vida, que han sido conceptualizados desde la filosofía y la psicología humanista, y el uso de herramientas científicas de la psicología para estudiar el bienestar.

El adjetivo “positivo” en la denominación de la psicología positiva ha provocado algunos malos entendidos; particularmente conduciendo a muchas personas a pensar que si hay una psicología que puede considerarse positiva, el resto de la psicología podría considerarse como “negativa”, lo cual es inexacto (Tarragona, 2016). Pawelski (2011) expone que el adjetivo “positivo” se refiere, metafóricamente, a que el objetivo de la psicología positiva está relacionado con conducir a las personas a un estado de bienestar mayor al que pudieran presentar en un momento determinado y no solamente a un punto neutro considerado como “normalidad”. Así mismo, originalmente se consideraba que esta aproximación de la psicología sólo sería aplicable a poblaciones mentalmente sanas.

Otra connotación del término “positivo”, con respecto a la psicología positiva, considera el origen etimológico del término, que en latín significa poner o construir. Al aplicarlo a la psicología, se considera que es una aproximación que busca construir lo deseable y no solamente eliminar lo negativo (Pawelski, 2011).

Varios autores pugnan por que no se considere a la psicología positiva como una orientación que descarte o reemplace todos los avances, aproximaciones y alcances actuales de la psicología, ni se pretende minimizar la importancia de los descubrimientos relacionados con la psicopatología y la terapéutica psicológica; sino que aboga por una visión equilibrada y complementaria que aporte conocimiento sobre las buenas experiencias de vida (Peterson & Park, 2003; Seligman, Parks & Steen, 2005; Tarragona, 2016).

Los temas y autores afiliados a la psicología positiva son varios y sólo por mencionar algunos temas que estudia la psicología positiva se encuentran: el bienestar subjetivo, las experiencias óptimas, las emociones positivas, el sentido de vida, las relaciones interpersonales positivas, el bienestar físico, los efectos de la meditación, la autorregulación, entre otros. Sin embargo, no todos los investigadores que trabajan los temas citados anteriormente, identifican su trabajo como perteneciente al campo de la psicología positiva (Tarragona, 2016).

La psicología positiva utiliza herramientas científicas muy diversas como: estudios experimentales de laboratorio, estudios psicométricos, métodos mixtos (cuantitativos y

cualitativos), métodos de autorreporte y reconstrucción y técnicas psicofisiológicas que involucran estudios funcionales del sistema nervioso (Seligman, 2016).

Las críticas hacia la psicología positiva no son pocas. Además del aspecto que alude a una posible separación del campo de la psicología en uno dedicado a los aspectos positivos del funcionamiento humano y otro campo dedicado a los negativos, Held (2004) considera que el movimiento de la psicología positiva, por un lado, ha obviado la investigación referente a los estilos de afrontamiento dentro del campo de la psicología de la salud, como para considerarlos parte del estudio de los aspectos positivos de la vida humana y, por otro lado, ha tildado de poco científicos algunos conceptos de la psicología humanista (como la autoactualización, las fortalezas humanas o las virtudes) que, finalmente, algunos autores identificados con la psicología positiva han retomado para sus investigaciones particulares.

Por otro lado, Pérez (2012) argumenta que la psicología positiva se ha fundado con base en un constructo poco sólido, la felicidad, sobre el cual no puede establecerse un conocimiento científico que resista una argumentación y disertación. Así mismo, este autor considera que se sustenta más que en el avance científico de la ciencia, en supuestos metafísicos que, incluso en la psicología humanista, no son susceptibles de análisis científico; al mismo tiempo que la evidencia sobre la efectividad de sus formulaciones aún es insuficiente.

Sin embargo, si bien es cierto que el argumento de la separación entre lo positivo y lo negativo ha traído complicaciones y malos entendidos como se ha argumentado anteriormente, es preciso puntualizar que dentro de la psicología y particularmente de la psicología positiva los aspectos negativos y positivos del comportamiento y funcionamiento psicológico no deben entenderse como buenos o malos desde el punto de vista moral y que se aboga por una complementariedad; más que de una sustitución (Lecomte, 2012; Tarragona, 2016; Vázquez, 2013).

Como se ha elaborado a lo largo de este documento, el cuestionamiento e interés por los aspectos relacionados con una “buena” vida son interrogantes originados desde la antigüedad y como todo conocimiento se ha cuestionado, revisado, versionado, corregido y aumentado; de tal manera que el sustento filosófico de esta aproximación está dado en esas visiones sobre el problema de lo que constituye una buena vida; lo que aporta la

psicología positiva es un soporte distinto a este problema de investigación, el de la investigación empírica (Vázquez, 2013).

Shankland (2014) considera que existen prejuicios sobre el método, el objeto de estudio y la finalidad de la psicología positiva que se han elaborado desde su aparición en el panorama de la psicología. El más pernicioso tiene que ver con que se ha relacionado con la literatura popular de desarrollo humano o la autoayuda. Lo anterior se debe a que muchos libros de autores identificados con el movimiento de la psicología positiva han publicado sus investigaciones en formatos de divulgación más orientados al público en general (por citar algunos: Lyubomirsky, 2008; Fredrickson, 2009; Seligman, 2014). Sin embargo, Shankland (2014) argumenta que, en principio de cuentas, los temas investigados por la psicología positiva no son temas que emergieran con la aparición de este movimiento científico, sino que eran temas que se encontraban en la literatura de autoayuda o la psicología popular no científica desde que se desarrollaron dichas vertientes en la literatura. Por otro lado, aunque el interés de la autoayuda por la promoción del desarrollo humano y el bienestar es compartido por la psicología positiva, es importante enfatizar que los métodos y la argumentación que provee la psicología positiva son distintos puesto que emergen de la investigación científica y como todo conocimiento científico está sujeto a revisión y cuestionamiento; lo que no sucede en la literatura de autoayuda. Así mismo, en la gran mayoría de los casos, la literatura de autoayuda parte de prescripciones que se intentan generalizar para todas las personas sin razonamiento alguno más que la opinión de quien las promueve. En la psicología positiva, la promoción de algunas actividades que pudieran incentivar el bienestar parte de la contextualización de dichas actividades y basándose en investigación psicológica, principalmente de campo o aplicada.

Otro prejuicio bastante extendido es que la psicología positiva niega los problemas y apunta a la normalización de la felicidad, sin embargo, el objetivo que han argumentado los investigadores de esta aproximación es la de reequilibrar el estado de las investigaciones y aumentar los trabajos sobre los factores de un funcionamiento óptimo. Lo cual no es una empresa acabada y por lo tanto puede cuestionarse y ponerse a prueba bajo el método científico (Shankland, 2014).

Aunado a lo argumentado anteriormente, es preciso apuntar que, a pesar de la apertura de la psicología positiva al estudio del bienestar, en muy diversas ocasiones, tal vez por desconocimiento de sus representantes o por el énfasis que se le otorga al método experimental en este campo, investigadores y líneas de investigación relacionados con el

bienestar no se identifican como pertenecientes al campo de la psicología positiva. Así mismo, varios investigadores desean no vincularse o ser identificados con la psicología positiva.

A pesar de los argumentos presentados en las líneas anteriores, la psicología positiva y los temas elaborados en su campo de estudio son susceptibles de ser aplicados y probados en diversos escenarios. Lo cual, en el quehacer de la ciencia es menester realizar para obtener un beneficio mayor para la humanidad.

### **3.3 Definición del bienestar**

El término bienestar se ha utilizado en diversas disciplinas como la economía, la sociología, la medicina o la psicología; en cada una de ellas recibe diferentes connotaciones que aluden a diferentes aspectos que contribuyen a la satisfacción y tranquilidad de las personas (González, 2013). En la psicología se ha preferido usar el término bienestar como un sinónimo o término equivalente de la felicidad, debido a que este término ha recibido un sinnúmero de significados y no es apropiado para la indagación científica por su dificultad de definición de constructo, la dificultad de realizar aproximaciones precisas y por la controversia que genera (Vázquez, 2014). Inclusive Seligman (2016) ha preferido el término bienestar en lugar de felicidad debido a que transmite mejor la complejidad del fenómeno y porque frecuentemente se asocia el término felicidad a la emoción identificada como alegría y no son lo mismo.

Se ha preferido el término bienestar para el estudio científico de los fenómenos relacionados con la felicidad, pero es innegable que diversos conceptos se solapan y confluyen en el estudio del bienestar como la satisfacción con la vida, el afecto positivo, placer o la calidad de vida (Vázquez, 2014).

En el campo de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplió el concepto de salud al definirla como un estado de bienestar completo en las esferas física, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad y, al complejizar el concepto de salud, muchas de las acciones orientadas al mantenimiento y promoción de la salud se canalizaron hacia el bienestar personal (Schwartzmann, 2003). Sin embargo, a pesar de esta orientación hacia el bienestar, la institución no definió con claridad que componentes o factores deben ser considerados para evaluar que una persona se encuentra en ese estado de bienestar completo. La OMS (2001) asume que la salud mental implica mantenerse en estado de bienestar completo, que consiste en conocer las aptitudes

propias, afrontar las presiones y conflictos de la vida, poseer un trabajo productivo y contribuir con el desarrollo de la comunidad.

En el campo de la psicología, desde las primeras investigaciones formales sobre el constructo de la felicidad se prefirió, como ya se ha argumentado, un término más neutral como bienestar en lugar del término coloquial felicidad o bien el de eudemonia más filosófico (Bradburn, 1969; Tarragona, 2016; Wilson, 1967).

En la conceptualización que se ha dado sobre el término bienestar varios autores identifican dos tendencias teóricas o líneas de investigación (González, 2013; Keyes, 2007; Tarragona, 2016)

La primera tendencia es la hedonista que tradicionalmente se ha apegado al estudio de la felicidad, el balance entre el afecto positivo/negativo y la satisfacción con la vida (González, 2013). Kahneman, Diener y Schwarz (1999), algunos de los principales autores de esta tendencia, consideraban que el estudio del bienestar debía centrarse en los factores que influían en que las personas evaluaran sus experiencias de vida como agradables o desagradables. Sus estudios estaban centrados en descubrir las relaciones entre los sentimientos de satisfacción e insatisfacción y el rango de circunstancias que provocaban sufrimiento y alegría. Debido a que su orientación estaba centrada en el juicio y comparación que realizaban las personas con respecto a factores como el contexto social y cultural, sus ideales y circunstancias actuales, las aspiraciones personales actuales y pasadas, la comparación entre lo logrado en un momento por una persona y lo conseguido por las personas cercanas a ellos y el afecto positivo, negativo o de satisfacción que experimentaban con relación a dichas evaluaciones, su orientación se ha centrado en los aspectos subjetivos del bienestar.

En este mismo sentido, González (2013) identifica que esta tendencia presenta como características centrales en el estudio del bienestar: la amplitud de estados emocionales y afectivos que se examinan y los factores que diferencian a las personas moderadamente satisfechas y las extremadamente felices; la naturaleza subjetiva del bienestar puesto que se define y examina a partir de la perspectiva personal de sujeto, sus creencias y evaluaciones particulares; y, finalmente, el interés sobre la influencia que ejerce el tiempo sobre los estados de ánimo y que en última instancia varía la evaluación que realizan los sujetos sobre si una experiencia se considera como satisfactoria o no.

La segunda tendencia es la eudemonista o eudemónica, en la que se considera al bienestar como la búsqueda y el logro de la autorrealización y la significación personal; centrándose en la auto-actualización y la autodeterminación (González, 2013). Esta tendencia surge principalmente por la crítica realizada por Ryff (1989) a las concepciones sobre el bienestar examinadas hasta el momento y que se centraban en el afecto positivo o sentirse bien y que dejaban de lado otros aspectos importantes para que las personas se sintieran satisfechas sobre sus propias vidas.

Para Ryan y Deci (2001) esta perspectiva se centra en el significado y la autorrealización, por lo que se explica y define el bienestar en términos del grado en que una persona funciona totalmente. Consideran que además de marcar una diferencia con la perspectiva hedonista, la perspectiva eudemónica critica abiertamente la concepción de centrarse en el placer o la experiencia balanceada entre afecto positivo y negativo. En este sentido se cuestiona que no todas las vivencias o deseos cumplidos, ni tampoco los resultados placenteros que obtiene una persona generan bienestar; tanto a corto como largo plazo.

La perspectiva eudemónica elaborada por Ryff considera que más allá del examen sobre el balance entre el afecto positivo y el afecto negativo que puede experimentar una persona, es necesario evaluar determinantes e indicadores de un funcionamiento psicológico óptimo más allá de la simple percepción de sentirse bien. En sus formulaciones teóricas, Ryff (1989) plantea un modelo sobre el funcionamiento psicológico óptimo que después se convertiría en su modelo sobre bienestar psicológico. En su modelo recopiló y revisó diversas perspectivas sobre el bienestar a partir de la psicología clínica, la psicología humanista, teorizaciones sobre el ciclo de vida y la salud mental. Su modelo incorpora propuestas de autores como Maslow, Rogers, Jung, Allport, Erikson, Bühler, Jahoda y Neugarten (González, 2013).

Con base en la revisión de las diversas propuestas teóricas, en sus puntos de convergencia y acuerdos sobre lo que podría constituir un funcionamiento óptimo, formuló un modelo multidimensional del bienestar psicológico que involucra seis dimensiones: auto-aceptación, relaciones positivas con otros, propósito de vida, dominio del ambiente, autonomía y crecimiento personal (Ryff & Singer, 2006). Más adelante, en este mismo capítulo, se abordará a detalle el modelo y sus componentes.

González (2013) considera que además de estas dos perspectivas de investigación sobre el bienestar se encuentran otros investigadores que han evitado definir el bienestar y utilizar las propuestas de estas dos tendencias, pero que realizan mediciones psicométricas sobre constructos relacionados con el tema como autoestima, autoconcepto, control percibido u otros indicadores. Además, es importante considerar a los grupos de investigadores, en su mayoría afiliados a instituciones gubernamentales, que sistematizan la medición y estudio del bienestar por medio de indicadores económicos objetivos más que la examinación de la perspectiva subjetiva de las personas. En México, un ejemplo de este tipo de investigación es la realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); entidad encargada y responsable de la medición del bienestar y otros indicadores en el país (Leyva, Bustos & Romo, 2016; Tarragona, 2016).

En la actualidad se considera que el bienestar es un constructo de investigación que reúne ambas perspectivas, la hedónica o del bienestar subjetivo y la eudemónica o del bienestar psicológico y las formulaciones de ambas se correlacionan altamente entre sí y contribuyen a un panorama complejo del fenómeno que permite un estudio y aplicación más cercano a la experiencia cotidiana de las personas (Chaboud, 2018; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Tarragona, 2016).

De acuerdo con Vázquez (2014) la definición actual del bienestar psicológico subjetivo incluye tanto elementos reflexivos o valorativos (en general los juicios globales que realiza una persona acerca de su satisfacción con la vida o con aspectos específicos de ella), como las reacciones y estados emocionales experimentados en el curso cotidiano de la vida.

Para acercarnos a una definición con base en esta perspectiva conjunta de elementos hedonistas y eudemónicos, es importante revisar las características que posee el bienestar psicológico subjetivo (Diener, 2012):

- Es subjetivo, y por lo tanto es parte de la experiencia de las personas, y como tal parte de un sistema de sentidos y configuraciones que abarca varias áreas de la vida de la persona y, como elemento cognitivo, es posible acceder a él por diversas actividades del sujeto; como lo que se realiza en los autorreportes.
- Incluye un balance entre los aspectos positivos y negativos de la experiencia y no se puede definir a partir de la ausencia de los aspectos negativos en la vida de la persona; de la misma manera en la que se determina el estado de salud.

- Incluye una evaluación global sobre la propia vida y no se centra en un solo aspecto específico sobre la misma.

De acuerdo con Diener (2012) la concepción actual del bienestar incluye dos componentes con base en las tendencias eudemónicas y hedonistas. El primer componente es el afectivo o nivel hedónico que explora la configuración de la frecuencia con la que experimentamos emociones positivas y negativas. En cuanto a este componente es importante enfatizar que experimentar con mayor frecuencia emociones positivas y no experimentar emociones negativas no son procesos equivalentes, sino que constituyen dos tipos de experiencias distintas (Tarragona, 2016). El segundo componente es el cognitivo y tiene que ver con la satisfacción con la vida y los elementos del sentido de la vida, en este componente se encuentra la evaluación que se realiza sobre nuestra existencia y las diversas áreas de nuestra vida.

Lyubomirsky (2008), en su definición, considera la composición de sentir alegría, estar satisfechos, vivir un estado de bienestar y tener la sensación de que la vida es buena, tiene sentido y vale la pena.

Veenhoven (1984) define el bienestar como el grado en el que una persona juzga favorablemente la calidad general de su vida y cuánto le gusta su propia vida.

Seligman (2016) en su reformulación sobre la felicidad y el bienestar sostiene que el bienestar es una combinación entre la experiencia de sentirse bien y de tener sentido en alguna actividad que apasione o guste al sujeto, además de mantener relaciones interpersonales buenas y contar con metas que sean retadoras para convertirlas en logros.

Como podemos observar, aunque hay muy diversas definiciones sobre el bienestar todas convergen hacia la unión entre los elementos hedonistas y los elementos eudemónicos como componentes importantes y determinantes sobre el significado y la operatividad del constructo bienestar.

Tarragona (2016) agrega que, en sus diversas acepciones, el bienestar está compuesto, por lo menos, de un balance afectivo, la satisfacción y el sentido de vida.

Particularmente, en esta investigación, debido a que la concepción actual sobre el bienestar en la disciplina psicológica se orienta a la combinación de ambas tendencias y es la perspectiva que está siendo revisada empírica y teóricamente, se mantendrá una visión

y definición integrada sobre el bienestar y, de esta manera, será la que guíe la agenda de investigación.

### **3.4 Modelos explicativos del bienestar psicológico subjetivo**

Como se ha abordado en las secciones anteriores, el estudio del bienestar ha partido de diversas premisas debido a que el fenómeno que se trata de investigar es complejo y multifacético. Debido a esta situación, se han desarrollado diversos modelos explicativos que en algunos puntos mantienen similitudes y cuyas diferencias tienen que ver con los puntos que ponderan con mayor importancia o consideran que tienen mayor peso en la determinación del estado de bienestar.

A continuación, se presentarán los aspectos más relevantes y sintéticos sobre tres modelos que son los más utilizados en la investigación y la aplicación del conocimiento; además de que cada uno de ellos está basado en evidencia empírica sobre la importancia de sus componentes (Tarragona, 2016).

#### **3.4.1 Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff**

Este modelo apareció en la década de los 90 y, como se elaboró en líneas anteriores, se basó principalmente en la revisión de elementos eudemónicos contenidos en diversas aproximaciones de la psicología al tema del funcionamiento psicológico óptimo; reuniendo aportes desde la psicología clínica, la psicología humanista y otros.

Una de las bondades de este modelo es la amplia examinación empírica que ha recibido a lo largo de su desarrollo y la construcción de escalas psicométricas que permitan probar la validez factorial del modelo y la investigación sobre la influencia de diversos factores sobre el bienestar (González, 2013).

El modelo está compuesto por seis elementos o dimensiones que se describen conceptualmente a continuación (González, 2013; Ryff & Singer, 2006; Tarragona, 2016)

- **Auto-aceptación.** Se considera como la característica central de la salud mental y está relacionada con la auto-actualización, el funcionamiento óptimo y la madurez; retomadas de los trabajos de Maslow y Rogers. Técnicamente se refiere a las evaluaciones positivas que realizamos sobre nosotros mismos (aceptación del self) y la aceptación de la vida pasada.
- **Relaciones positivas con otros.** Se trata de tener relaciones de calidad con otras personas; vínculos cálidos y confiables. En el modelo se considera como central la

capacidad de amar dentro de la salud mental o el funcionamiento óptimo. Se considera que esta característica está muy relacionada con la autoaceptación, debido a que las personas que tienen como característica personal la auto-actualización, describen relaciones en donde experimentan sentimientos de empatía y afecto y establecen vínculos profundos. Esto también está relacionado con aspectos teóricos de Erikson quien enfatizó el logro de la intimidad y la generatividad durante el ciclo de vida.

- **Autonomía.** Se refiere a la capacidad de autodeterminación del sujeto y la percepción personal de que una persona puede tomar sus propias decisiones. Comprende las habilidades de independencia y regulación de la conducta, con un locus interno de evaluación que permite no depender de otros para obtener aprobación.
- **Dominio del ambiente.** Comprende la capacidad de manejar de manera efectiva el mundo que nos rodea. Es la habilidad personal para elegir y crear ambientes deseables para mantener condiciones psíquicas óptimas. Tiene que ver con la madurez que se adquiere con el paso del tiempo y se hace énfasis en el grado en el que el sujeto manipula y controla su medio ambiente y toma ventaja de las oportunidades que se le presentan.
- **Propósito de vida.** Es la creencia de que la vida de uno mismo tiene un propósito y sentido. Esta característica está relacionada con la direccionalidad o intencionalidad que uno da a su propia vida y que varias teorías del desarrollo psicológico toman como punto de partida para indicar cambios o hitos vitales y explicar cambios en los propósitos o metas de la vida.
- **Crecimiento personal.** Es la sensación de estar creciendo y desarrollándose continuamente como persona. Tiene que ver con que el funcionamiento óptimo requiere de que una persona desarrolle su potencial y se expanda como persona. Las teorías psicológicas del desarrollo hacen énfasis en el crecimiento continuo y la confrontación de desafíos o tareas en cada uno de las etapas de la vida.

### 3.4.2 Modelo SPIRE

Este modelo del bienestar está basado en cinco áreas de la experiencia personal o cinco tipos de bienestar que constituyen un enfoque integral u holístico; más que en concepciones psicológicas (Tarragona, 2016). Es un modelo desarrollado por Tal Ben-Shahar y el Wholebeing Institute y considera que el bienestar no se limita a experimentar la felicidad, ser adinerado o mantener un bienestar puramente físico. Más que enfocarse en un solo elemento, propone que el bienestar integral se logra cuando se cultivan las cinco áreas e

interactúan entre ellas. Los nombres asignados a cada una de estas áreas forman un acrónimo que denomina al modelo SPIRE y a continuación se describen (Tarragona, 2016; Weinstein, 2015):

- **S.** Se refiere a lo “espiritual” y se considera, bajo este componente, a tener una vida con sentido y disfrutar el momento presente de manera deliberada. Este componente hace referencia a la búsqueda del ser humano por un propósito y significado de su existencia. Cuando el sujeto cultiva este componente sus acciones se vuelven más consistentes con su sistema de valores y creencias, lo que le provee de una perspectiva sobre el mundo que le rodea y le permite experimentar una mayor compenetración con su medio.
- **P.** Se refiere a lo “físico” y tiene que ver con cuidar nuestro cuerpo y hacer conciencia sobre la conexión entre la mente y el cuerpo. Este componente reconoce la importancia de la actividad física, hábitos de consumo y descanso. La propuesta de este modelo es el desarrollo de una consciencia sobre el propio cuerpo y la importancia del cuidado, mantenimiento y promoción de la salud mediante los hábitos y estilos de vida asociados con el estado de salud. El bienestar físico conduce a efectos positivos en el bienestar psicológico como el aumento de la autoestima, el autocontrol, la determinación y una sensación de dirección de la propia vida.
- **I.** Se refiere a lo “intelectual”. Se consideran como importantes la realización de actividades que involucren a las personas con aprendizajes profundos y mantener una postura abierta a distintas experiencias. Se propone que las personas se involucren en actividades relacionadas con la solución de problemas, la creatividad y el aprendizaje en general para alcanzar o maximizar un bienestar intelectual.
- **R.** Se refiere a lo “relacional”. Tiene que ver con el cultivo de relaciones interpersonales constructivas con otras personas y consigo mismo. Esta dimensión promueve que las personas contribuyan con su propio ambiente y su comunidad. Se promueve la adquisición y fortalecimiento de habilidades de comunicación y de toma de decisiones para formar nuevas relaciones interpersonales y mejorar las ya presentes en la vida de las personas.
- **E.** Se refiere a lo “emocional”. Implica reconocer y experimentar las emociones y orientarse hacia la resiliencia y el optimismo. Propone que para alcanzar el bienestar emocional es importante el darse cuenta de las emociones y su impacto y la aceptación de los sentimientos propios. Incluye el manejo de los sentimientos y de las

consecuencias conductuales a partir de los mismos que deben conducir a una evaluación de las limitaciones personales, el desarrollo de autonomía y la habilidad de manejar el estrés. También incluye el reconocimiento de las emociones de otras personas y el manejo personal de las mismas.

La gran desventaja de este modelo es que en la actualidad es un modelo que se está desarrollando y se está probando su validez aplicativa; por lo que carece de sustento empírico amplio.

### **3.4.3 Modelo PERMA**

Este modelo ha sido desarrollado por Seligman (2016) y considera la conjunción de los elementos eudemónicos y hedónicos descritos con anterioridad en esta sección. Seligman (2016) llega a este modelo a partir de la revisión que realizó a su modelo sobre felicidad (Seligman, 2006) al cual considera le hacía falta incluir otros elementos que aportan al ser humano satisfacción y plenitud en la vida.

Para la conceptualización de este modelo, Seligman (2016) parte, inicialmente, de la revisión a la literatura que realizaron Lyubomirsky, Sheldon y Schkade (2005) sobre factores que pudieran conducir a un incremento permanente en el bienestar. Estos autores encontraron que el nivel de bienestar de una persona está determinado por tres factores principales: un factor genético que establece un punto fijo o valor de referencia que aproximadamente explica el 50% de dicho nivel; un factor consistente en las circunstancias que impactan incrementando o descendiendo el nivel de bienestar que explica el 10% del valor; y, un factor compuesto por las actividades y prácticas que realizamos que influyen en nuestro bienestar y determina el 40% del valor de bienestar.

Algunos autores consideran que el factor genético o de valor de referencia tiene un impacto menor en el nivel de bienestar experimentado; sin embargo, hay un consenso acerca de la influencia de factores hereditarios en el bienestar (Tarragona, 2013). Como el factor genético y las circunstancias son prácticamente incontrolables e inmodificables, para incrementar voluntariamente el nivel de bienestar se depende de las actividades y prácticas que se realicen para incrementar sosteniblemente el nivel de bienestar (Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Por lo anterior, las propuestas de Seligman se centran en ese factor en el que las personas voluntariamente pueden realizar cambios y actividades para incrementar su bienestar.

Inicialmente, Seligman (2016) había considerado que la felicidad estaba compuesta por tres elementos que los seres humanos pueden elegir voluntariamente: experimentar emociones positivas, comprometerse en actividades absorbentes en las que se utilizan las fortalezas personales y vivir una vida con sentido, que implica un sentido de pertenencia y servicio a algo que una persona considera como superior a sí mismo. Sin embargo, a partir de algunas reformulaciones y cuestionamientos consideró que el tema de la felicidad inequívocamente se ligaba con estados de ánimo como el optimismo, el alborozo o la alegría y no necesariamente a una “buena vida” o que conllevara a un funcionamiento óptimo de las personas que favoreciera el crecimiento y desarrollo psicológico.

De esta manera, Seligman (2016) argumenta que centrarse en la felicidad lleva a considerar que la satisfacción con la vida es la medida central con la cual podemos evaluarla; sin embargo, la medición de este constructo está en gran medida determinado por el estado de ánimo que tengamos en el momento en el que se nos solicita evaluarla; el autor marca que determina casi el 70% de la medición o más. Por lo tanto, la satisfacción con la vida está muy ligada al estado de ánimo y el bienestar no solamente depende del estado afectivo, aunque es un componente del mismo. De la misma manera, el sentido de la vida y las actividades involucradas no necesariamente están ligadas siempre con el estado emocional; al contrario, muchas veces cuando las personas se encuentran absortas en una actividad que les apasiona o cuando participan en una actividad que significa algo importante para ellas, las emociones no se encuentran en el plano central de la experiencia de las personas.

La conclusión para Seligman (2016), además de que estaba equivocada su formulación teórica sobre la felicidad, es que el constructo que mejor describe lo que permite a las personas un crecimiento y desarrollo psicológico óptimo es el bienestar y como tal es un constructo constituido por cinco elementos mensurables, independientes y que por sí mismos no son definitorios únicos del constructo al que pertenecen: el bienestar.

Siguiendo con su argumentación, Seligman (2016) considera que al cambiar el constructo también cambia la meta u objetivo de la psicología positiva. Originalmente consideraba que la meta era aumentar la satisfacción con la vida al promover los factores que permitían una felicidad duradera; en cambio, al centrarse en el bienestar y los elementos del mismo, la meta ahora está relacionada con aumentar lo que considera el florecimiento humano y se promueven los cinco elementos.

Seligman (2016) no es el único autor que ha utilizado el término florecimiento humano para describir el proceso que aumenta el bienestar de las personas y provee diversos beneficios. De acuerdo con Catalino y Fredrickson (2011) el florecimiento es un estado de salud mental óptimo que se ha vinculado a beneficios para el individuo y la sociedad. Las personas que florecen no solamente se sienten bien, sino que hacen el bien: experimentan de forma regular emociones positivas, sobresalen en su vida diaria y contribuyen a su entorno constructivamente. Esta aproximación se suma a la perspectiva propuesta por la OMS en el sentido de que el bienestar está determinado no solamente por la ausencia de psicopatología, sino de la presencia de factores que lo promueven; por lo que se extiende más allá de la ausencia de la enfermedad mental.

Nelson, Layous, Cole y Lyubomirsky (2016) consideran que el florecimiento implica experimentar bienestar emocional positivo (emociones positivas y alta satisfacción con la vida), funcionamiento psicológico positivo (auto-aceptación, crecimiento personal, propósito de la vida, dominio del entorno, autonomía y relaciones positivas con otros) y funcionamiento social positivo (aceptación social, actualización social, contribución social, coherencia social e integración social).

Las personas que “florecen” funcionan a niveles extraordinarios en diferentes ámbitos de su vida, en lo personal, lo laboral y lo relacional, y debido a esto impactan en su entorno y la investigación se ha orientado a explorar los factores que lo determinan y lo promueven (Tarragona, 2013).

Finalmente, de acuerdo con Seligman (2016) cada uno de los elementos que conforman al bienestar poseen tres características que los hacen pertenecientes al mismo: a) deben contribuir al bienestar; b) muchas personas deben buscar obtener o involucrarse con el elemento por sí mismo y no solamente por conseguir cualquiera de los otros elementos; y, c) debe definirse independientemente de los demás elementos.

Los nombres de cada uno de los elementos del modelo del bienestar forman un acrónimo, PERMA (por sus siglas en inglés) o PRISMA (nombre propuesto por Tarragona (2013) por las siglas en español). En este trabajo se ha decidido usar las siglas en inglés, puesto que las fuentes consultadas hacen referencia a esta forma del modelo; sin embargo, son equivalentes. A continuación se presenta la definición conceptual de cada uno de los elementos en el orden del acrónimo, sin embargo es importante recordar que los elementos

son independientes entre sí y pueden abordarse sin un orden particular (Chaboud, 2018; Seligman, 2016; Tarragona, 2016):

- **Positividad.** Se trata de las emociones positivas y hace referencia al elemento hedónico del bienestar que toma como central el balance afectivo entre las emociones positivas y negativas. En este elemento se conjuntan los placeres y las satisfacciones.
- **Engagement (Involucramiento).** Está relacionado con las experiencias óptimas, de “flow” o experiencias de flujo descubiertas y descritas por Csikszentmihalyi (2005) en las que las personas se encuentran realmente concentradas en sus actividades y frecuentemente utilizan sus habilidades para enfrentar retos. Dichas actividades promueven un estado emocional positivo al provocar que las personas se sientan satisfechas con haber utilizado sus habilidades y de buen humor.
- **Relaciones interpersonales.** Este elemento se refiere a que la calidad de las relaciones con otras personas influye en los estados emocionales, la satisfacción y pueden darle sentido y significado a la vida. Sin embargo, son un elemento por sí mismo, debido a que en general el ser humano tiende a ser social y gregario. De acuerdo con Seligman (2016) las relaciones con otras personas, por sí mismas, son factores que estimulan el bienestar y que actúan como antídoto ante las vicisitudes de la vida. Acercándose a las teorías evolutivas, que consideran a las relaciones como producto de la evolución de un cerebro social, al contagio de las emociones grupales y a los fenómenos de selección de grupo que frecuentemente observamos en nuestra sociedad, podemos deducir que las relaciones son un elemento importante del bienestar.
- **Meaning (Significado).** Se trata del sentido de vida que está asociado con el bienestar físico y psicológico. En otras palabras, es el grado en el que una persona comprende o percibe significado a su vida y siente que tiene un propósito, misión o meta (Steger, 2012). Para Seligman (2016) es sentir que se pertenece y sirve a algo que se considera como superior a uno mismo.
- **Achievement (Logro o realización).** Se refiere a que algunas personas buscan por sí mismas el éxito, alcanzar metas, realizarse o lograr maestría en alguna actividad y, sin embargo, no siempre trae consigo emociones positivas como la alegría.

Como podemos observar, técnicamente el modelo PERMA conjunta las dos tendencias del estudio del bienestar y retoma los modelos del bienestar subjetivo (Diener, 2012) y el bienestar psicológico (Ryff & Singer, 2006). La ventaja que tiene este modelo es

ser heredero de ambas tendencias de investigación y por lo tanto posee el soporte teórico y empírico de ambas. Al mismo tiempo, es un modelo que ha recibido apoyo de la investigación de diversos investigadores en diferentes partes del mundo (Tarragona, 2016) y se ha difundido ampliamente.

Una característica especial de este modelo es el interés por la aplicación de sus formulaciones que datan desde el modelo anterior de Seligman (2006), hasta el actual y que diversos autores han retomado para la utilización de sus formulaciones en lo que podría considerarse como intervenciones (Bolier, et al., 2013; Fredrickson, 2008; Layous & Lyubomirsky, 2014; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Rashid, 2015; Tarragona, 2013; Wood & Tarrier, 2010).

Las intervenciones positivas son ejercicios basados en los hallazgos de la psicología positiva y cuya efectividad ha sido comprobada por medio de la investigación (Tarragona, 2010). Estos ejercicios han sido diseñados para promover el bienestar psicológico y fueron testeados empíricamente. Parks y Biswas-Diener (2013) consideran que son intervenciones en el marco de la psicología positiva que abordan tópicos que mencionan muy poco las situaciones problemáticas y enfatizan los aspectos positivos de la vida de los clientes, que operan de tal forma que se buscan resultados positivos y están diseñadas para promover el bienestar más que arreglar debilidades. Seligman, Rashid y Parks (2006) consideran que la meta de es mantener los aspectos positivos de la vida de los clientes en primer plano de la sesión o encuentro con el terapeuta y fortalecer los aspectos positivos ya existentes.

Este es modelo en el que se basa la presente investigación y a partir del cual se analizan las formulaciones y resultados obtenidos. Por su importancia en el diseño del taller aplicado se consideró necesario profundizar en cada uno de los elementos del modelo; haciendo énfasis en el soporte teórico y empírico de cada uno y de las intervenciones emanadas de la investigación de dichos elementos. Lo que a continuación se presenta.

### **3.5 Positividad**

El primer elemento del modelo se refiere a las formas en las que los seres humanos experimentamos las emociones positivas, el balance entre las emociones positivas y las emociones negativas y las implicaciones que tienen los esquemas cognitivos en la forma en la que interpretamos nuestra realidad y a partir del cual experimentamos más, o menos, emociones positivas (Tarragona, 2013).

### **3.5.1 Afectividad positiva y negativa**

Tradicionalmente en la psicología el foco de estudio sobre las implicaciones de las emociones se ha centrado en las emociones negativas más que en las emociones positivas (Watson & Naragon, 2012). Emociones como el miedo, la ansiedad, el enojo, la agresividad, la aversión o repugnancia, han sido estudiadas y se han identificado las funciones evolutivas que cumplen, por ejemplo, el miedo motiva al organismo a escapar de situaciones de daño o amenaza potencial, mientras que la repugnancia nos mantiene alejados de sustancias tóxicas o nocivas. Poco a poco el interés por el estudio de emociones positivas y sus funciones e influencia sobre el comportamiento humano motivó la investigación sobre el tema.

A través de diversas investigaciones que han involucrado análisis intraindividuales e interindividuales y de datos extraídos de diferentes escenarios culturales, conjuntos de descriptores, formatos de investigación y de análisis sobre reconocimiento facial de expresiones emocionales, se han identificado dos factores independientes en análisis factoriales (Carr, 2007; Watson & Naragon, 2012). La primera dimensión identificada se ha denominado afecto negativo y representa el grado en el cual un individuo experimenta estados emocionales negativos tales como miedo, enojo, tristeza, culpa, desprecio y aversión; en contraste, el afecto positivo refleja el grado en el que una persona experimenta estados positivos como la alegría, interés, confianza y atención. Estas dos dimensiones pueden evaluarse y experimentarse tanto como un estado de corta duración o como un rasgo de larga duración; en este último caso, se refieren como afectividad negativa y afectividad positiva respectivamente.

De acuerdo con Watson y Naragon (2012), estas dos dimensiones representan los componentes subjetivos de dos sistemas biológicos conductuales que han evolucionado a lo largo de la historia evolutiva de nuestra especie para desempeñarse en tareas de diferente naturaleza. El afecto negativo es un componente del sistema conductual de inhibición orientado a la evitación, cuyo propósito esencial es mantener al organismo alejado de problemas al inhibir el comportamiento que pudiera conducir al dolor, castigo o cualquier otra consecuencia indeseable. En contraste, el afecto positivo es el componente del sistema conductual de facilitación orientado al acercamiento, el cual dirige al organismo hacia situaciones y experiencias que potencialmente pudieran producir placer o recompensa. Este sistema es adaptativo debido a que asegura que el organismo obtenga

recursos (como alimento, comida, abrigo, techo, cooperación de otros o parejas sexuales) que son esenciales para la supervivencia tanto del individuo como de la especie.

De esta misma manera, estas dos dimensiones pueden graduarse y considerarse que van desde un nivel bajo hasta un nivel muy elevado y también experimentarse como agradables o desagradables (Carr, 2007)

Es importante señalar que no existe un acuerdo general sobre la clasificación que se mostró anteriormente y existen autores que están en desacuerdo en denominar a las emociones como positivas o negativas, lo cual potencialmente acarrea concepciones morales. Otros autores han preferido conceptualizar las dos dimensiones descritas anteriormente como activación o excitación (arousal) y complacencia o evaluación (Carr, 2007).

La investigación realizada bajo la concepción de la existencia de dos dimensiones ha conducido a algunos hallazgos importantes que han podido retomarse en la aplicación posterior de éstos. La presencia alta de una afectividad positiva o negativa se ha correlacionado con diferentes rasgos de personalidad y de estilos de personalidad bien identificados; particularmente la afectividad positiva alta está altamente correlacionada con la personalidad extrovertida. (Watson & Naragon, 2012) Se ha observado que la afectividad positiva es muy constante en el tiempo después de los 30 años de edad y la afectividad negativa llega al máximo nivel hacia el final de la adolescencia y va disminuyendo con la edad hasta la madurez (Carr, 2007). También se han encontrado variaciones circadianas en las que la afectividad positiva es más baja por la mañana y en algunos estudios de orden genético, se han encontrado coeficientes de herencia cercanos a 0.5, por lo que parcialmente estaría determinada por la herencia (Watson & Naragon, 2012). A pesar de lo anterior, se ha encontrado que la afectividad positiva puede ser influenciada por las características del entorno y exhibe una relación compleja y bidireccional con respecto a la satisfacción laboral y marital (Carr, 2007; Watson & Naragon, 2012).

Particularmente, hallazgos relacionados con el campo de los trastornos mentales, han vinculado bajos niveles de afectividad positiva con la presencia de síndromes clínicos que incluyen la fobia social, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, trastornos de alimentación y de abuso de sustancias (Watson & Naragon, 2012). Sin embargo, el vínculo más llamativo y claro es el papel destacado que tiene la afectividad positiva en la presencia de trastornos del ánimo. En distintas investigaciones se ha

evidenciado que las puntuaciones de afectividad positiva predicen el desarrollo de depresión en datos prospectivos y estos hallazgos han estimulado el cuestionamiento sobre la posibilidad de que una falta de afecto positivo pueda ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos del ánimo (Watson & Naragon, 2012).

### **3.5.2 Efectos de las emociones positivas**

De acuerdo con Seligman (2006) las emociones positivas y negativas podrían distinguirse en función de la preparación que provocan como factores motivadores para realizar transacciones denominadas ganar-perder o ganar-ganar, o juegos de suma cero y de suma no cero. Sus argumentos son que evolutivamente las emociones negativas son la primera línea de defensa ante las amenazas y, debido a esto, concentran nuestra atención hacia el origen de la amenaza y nos motivan a comportamientos de luchar o escapar. Las emociones negativas, por lo tanto, nos preparan para juegos de suma cero donde hay un ganador y un perdedor, donde la cantidad a perder y a ganar es la misma, por lo que no se obtiene un beneficio neto de la transacción.

Por el contrario, las emociones positivas alertan al sujeto que está ocurriendo algo bueno y expanden nuestra atención y nos hacen ser conscientes del entorno físico y social más amplio. La preparación que ocurre tiene que ver con provocar apertura a nuevas ideas, prácticas y ser más creativos; por lo que las emociones positivas nos ofrecen oportunidades de establecer mejores relaciones y de manifestar una mayor productividad. A diferencia de las emociones negativas, las positivas nos preparan para juegos ganar-ganar o de suma no cero donde las dos partes concluyen la transacción teniendo más que al principio (Seligman, 2006).

A partir este análisis se desprende la aseveración de que las emociones negativas facilitan el pensamiento crítico y una toma de decisiones de carácter defensivo y muy concentrado donde el objetivo es descubrir lo que está mal y eliminarlo (Carr, 2007). Las emociones positivas, por otro lado, facilitan el pensamiento tolerante y creativo y la productividad.

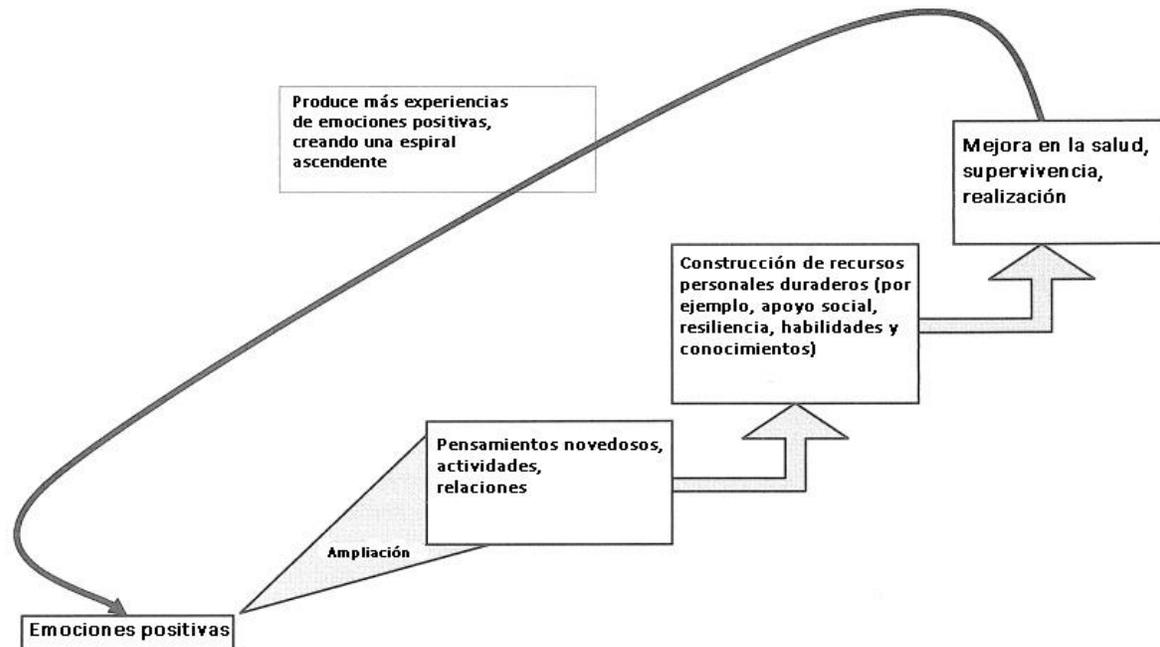
Es de suma importancia subrayar que ante estos argumentos se debe enfatizar que la subdivisión de las emociones entre positivas y negativas no debe conducir a erróneas concepciones, ya sean morales o con respecto a la patología o la importancia de ambos polos. Fredrickson y Cohn (2008) argumentan que algunos críticos han sugerido que al establecer estas distinciones o presentar los beneficios asociados a las emociones positivas

se tiende a tildar de patológicas a las emociones negativas, ignorar situaciones donde el afecto positivo pudiera ser inapropiado, que tácitamente avalan el hedonismo sin medida o actitudes de optimismo irracional con indiferencia de las circunstancias de la vida. Las emociones positivas y negativas tienen un papel crítico en la vida humana y ambas son importantes para lidiar con las situaciones de la vida; así mismo, cualquier extremo en ambas dimensiones puede conducir a comportamientos problemáticos.

Un fenómeno particular que señala Seligman (2006) con respecto al impacto que ejercen las emociones positivas y negativas, está relacionado con los fenómenos de habituación y él denomina como “rueda de molino hedonista” en relación con las emociones positivas. Es un fenómeno en el cual las personas se acostumbran con rapidez y de modo inevitable a aquello que genera emociones positivas y posteriormente lo dan por supuesto. Esto también está relacionado con que las personas busquen acumular más bienes y logros, o aumenten sus expectativas para seguir experimentando placer. Cuando se obtiene el siguiente bien o se alcanza el siguiente objetivo, las personas volverán a adaptarse y volverá a reiniciarse el ciclo

Para explicar los efectos de las emociones positivas y como conducen a los juegos de suma no cero, se ha desarrollado una teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas que explica cómo las emociones positivas contribuyen al bienestar y además contribuyen al crecimiento y el desarrollo de la persona (Fredrickson & Cohn, 2008). La teoría posee dos hipótesis; la primera, la hipótesis de ampliación, considera que las emociones positivas amplían el repertorio momentáneo de pensamiento-acción de la persona, a diferencia de las emociones negativas que lo reducen de modo que la persona pueda actuar de forma concreta orientada a la auto-protección. La segunda, la hipótesis de la construcción, considera los efectos posteriores a la ampliación que provocan las emociones positivas y considera que esta ampliación permite que las personas desarrollen recursos duraderos que, posteriormente, crearán espirales ascendentes o adaptativas de emoción, cognición y acción; lo que en última instancia generará crecimiento y transformación personal. Los recursos que pueden construirse son variados y pueden ir desde proveerse de apoyo social, resiliencia, habilidades y conocimientos, entre otros. La figura 3.1 resume el proceso descrito por la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas.

**Figura 3.1**  
**Procesos involucrados en la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas.**



**Fuente: elaborado con base en Fredrickson y Cohn, 2008.**

Diversas investigaciones provenientes de estudios de campo, de laboratorio y clínicos aportan sólido apoyo a la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas. Carr (2002) señala sólida evidencia sobre el repertorio de pensamiento-acción que amplían las emociones positivas en la percepción, la cognición y la interacción social. También señala la evidencia sobre la facilitación de procesos de creatividad y resolución de problemas.

Un aspecto muy importante relacionado con la investigación sobre los efectos de las emociones positivas ha sido el balance entre éstas y las emociones negativas. Desde las investigaciones de Diener (2012) se había evidenciado que el nivel general de satisfacción con la vida dependía de un balance entre el afecto positivo y el afecto negativo, en el cual la balanza se inclinara hacia el afecto positivo al experimentar más situaciones con emociones positivas. Por supuesto, se asumía que no era posible no experimentar emociones negativas debido a las circunstancias generales de la vida. Fredrickson (2013), a través de diversas investigaciones empíricas, ha llegado a la conclusión de que las personas que presentan florecimiento tienen un balance positivo, al que denomina razón de positividad, determinado por que al menos experimentan tres emociones positivas por

cada emoción negativa. Esta relación o balance entre las emociones se ha evidenciado por otros investigadores en diversos escenarios como el trabajo de alto rendimiento o las relaciones de pareja (Tarragona, 2013).

Además de los beneficios señalados por la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas, varios estudios han relacionado el efecto de las emociones positivas sobre la salud física y la longevidad. Experimentar emociones positivas con mayor frecuencia se ha vinculado con disminución de resfriados, reducción de inflamaciones y menor probabilidad de enfermedades cardiovasculares (Kok, et al., 2013). Así como también reducción en la presencia de síntomas como dolor de cabeza, dolor torácico, congestión y debilidad (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008). Más aún, las intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar de las personas han demostrado provocar consecuencias positivas en el estado de salud física de quienes se someten a ellas así como mejorar el control de sintomatología en personas con diagnósticos previos (Howell, Kern & Lyubomirsky, 2007).

#### **4.5.3 Clasificación de las emociones positivas**

A diferencia de las emociones negativas, en donde hay un acuerdo general entre diferentes autores que reconocen diferentes afectos negativos y, virtualmente existe un modelo explicativo que las divide en tres estados de ánimo básicos: miedo/ansiedad, tristeza/depresión y enojo/hostilidad; hay poco acuerdo con respecto a los diferentes afectos positivos y si estos funcionan como grupos o rangos (Watson & Naragon, 2012).

Los diversos modelos explicativos han considerado diferentes elementos para identificar o nombrar las emociones positivas y clasificarlas. Carr (2002) señala que las primeras investigaciones sobre las emociones positivas analizaban las palabras que diversos idiomas tienen para describir los estados emocionales, se comparaban con otros idiomas y a partir de las coincidencias se diseñaban instrumentos para probar si las personas podían identificar y diferenciar los estados emocionales relacionados con el afecto positivo.

Watson y Naragon (2012) enfatizan su clasificación de las emociones positivas a partir de extensos análisis factoriales extraídos de la aplicación de su instrumento Expanded Form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS-X). En dichos análisis consideran que la afectividad positiva se compone de tres subdimensiones y que cada una

conjunta diversas emociones positivas. A continuación se muestran dichas subdimensiones y sus componentes:

- **Jovialidad:** esta subdimensión comprende: alegría, felicidad, animosidad, vivacidad o entusiasmo.
- **Seguridad en uno mismo:** en esta subdimensión comprende: confianza, fortaleza o audacia.
- **Atención:** en esta subdimensión comprende: alerta, concentración y determinación.

Seligman (2006) más que agrupar las emociones positivas con respecto a la estructura factorial de algún instrumento, las agrupa en tres categorías de acuerdo con su relación temporal.

- **Emociones positivas relacionadas con el futuro:** incluyen el optimismo, la esperanza, la seguridad, la fe y la confianza.
- **Emociones positivas relacionadas con el pasado:** incluyen la satisfacción, la realización personal, el orgullo y la serenidad.
- **Emociones positivas relacionadas con el presente:** incluyen los placeres y las gratificaciones.

Fredrickson (2013) más que clasificar las emociones ha descrito diez formas de positividad que son el objetivo principal de muchas investigaciones, que son relativamente frecuentes en la vida cotidiana de las personas y que particularmente se les han identificado funciones adaptativas en congruencia con la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas. Para esta autora las emociones constituyen un multisistema de respuestas que cambian dependiendo de la forma en que las personas interpretan o valoran las circunstancias que viven. En la tabla 3.1 se resumen las diez formas de positividad y los efectos encontradas por la autora.

**Tabla 3.1**

**Características de las diez formas representativas de las emociones positivas**

<b>Forma de positividad</b>	<b>Patrón evaluativo que lo desencadena</b>	<b>Repertorio ampliado de pensamiento-acción que provoca</b>	<b>Recursos que ayuda a construir</b>	<b>Palabras que describen el estado emocional</b>
<b>Alegría</b>	Sentir que algo bueno ocurre de forma inesperada o cuando uno se siente seguro	Impulso de jugar e involucrarse	Habilidades ganadas por medio de aprendizaje experiencial	Alegre, contento o feliz

<b>Gratitud</b>	Sentir que se ha recibido un regalo o beneficio	Impulso creativo de ser prosocial (corresponder o hacer algo bueno)	Habilidades para mostrar cuidado, lealtad y lazos sociales	Agradecido o apreciativo
<b>Serenidad</b>	Sentir que las circunstancias actuales son deseadas, buenas o satisfactorias	Impulso de saborear e integrarse con nuevas prioridades o valores	Nuevas prioridades o visiones sobre uno mismo, nuevos conocimientos	Sereno, satisfecho
<b>Interés</b>	Sentir que las circunstancias son seguras pero ofrecen novedad	Impulso de explorar, aprender o de sumergirse en la novedad y expandirse	Conocimiento	Interesado, alerta o curioso
<b>Esperanza</b>	Sentir temor de que ocurra lo peor, pero ansiar que ocurra lo mejor	Impulso de recurrir a las propias capacidades e invención para transformar las circunstancias o de formar un plan para un mejor futuro	Resiliencia y optimismo ante la adversidad	Esperanzado, optimista o alentado
<b>Orgullo</b>	Sentirse socialmente valorado por algún logro	Impulso de fantasear acerca de logros más grandes en escenarios similares	Motivación hacia el logro y la realización	Orgullosa, confiado o seguro de sí mismo
<b>Diversión</b>	Sentir que las circunstancias involucran incongruencias sociales poco serias	Impulso de compartir la risa y encontrar formas creativas para continuar la jovialidad	Construir y solidificar lazos sociales duraderos	Divertido, amante de la diversión o bobo
<b>Inspiración</b>	Se presencia excelencia humana de alguna manera	Impulso de superarse a sí mismo o alcanzar nuevos niveles de rendimiento	Motivación para el crecimiento personal	Inspirado, elevado o sublimado
<b>Asombro</b>	Encontrar bondad o belleza a gran escala	Impulso de absorber y adaptarse a esa nueva inmensidad	Crear nuevas visiones o perspectivas sobre el mundo	Asombrado, maravillado o impresionado
<b>Amor</b>	Experimentar cualquiera de las emociones anteriores en el contexto de una conexión interpersonal o relación segura	Impulso de realizar cualquiera de los repertorios anteriores y creación de percepciones momentáneas de conexión social y expansión de sí mismo, con cuidado mutuo	Crea cualquiera de los recursos anteriores, especialmente lazos sociales y de comunidad	Amado, cercano o confiado

**Fuente: elaborado con base en Fredrikson (2013).**

### **3.5.4 Intervenciones positivas relacionadas con la positividad**

Como se presentó en líneas anteriores, las intervenciones positivas son ejercicios orientados a aumentar el bienestar y su efectividad ha sido testada mediante investigación empírica. Las intervenciones relacionadas con la positividad tienen la finalidad de mejorar el balance o razón de positividad para promover el florecimiento, ya sea mediante aumentar las experiencias que ponen en contacto a las personas con emociones positivas o bien disminuir las emociones negativas y ayudar a las personas a lidiar con ellas.

A continuación se enlistan y describen de manera breve algunas de las intervenciones positivas relacionadas con la positividad y que han sido descritas y probadas en la literatura (Cohn & Fredrickson, 2010; Gander, Proyer, Ruch & Wyss, 2012; Layous & Lyubomirsky, 2014; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

**Visita de gratitud.** Este ejercicio consiste en que las personas escriben y entregan en persona una carta en la que agradecen a alguien que haya contribuido en su vida y que no hayan agradecido formalmente. Durante la visita se pide a las personas que lean la carta y comenten el contenido con la persona.

**Diario de bendiciones.** Se solicita a las personas que escriban tres cosas que salieron bien cada día cada noche durante una semana. Además, se les pide que escriban a lado de cada cosa buena una explicación causal por cada una.

**Carta de perdón.** Se utiliza para ayudar a las personas a manejar emociones negativas como el rencor. En este ejercicio se pide a las personas que escriban sobre una transgresión que hayan sufrido en el pasado y por la cual aún tengan recuerdos, pensamientos o sentimientos negativos. Después de describir las formas en las que la transgresión y las consecuencias emocionales le han afectado, las personas realizan una declaración solemne de perdón hacia su transgresor. La carta, normalmente, no se entrega debido a dificultades que podría provocar entre las personas.

**Saboreo.** Más que un ejercicio específico es una técnica que tiene como finalidad evitar o romper con la habituación y la “rueda de molino hedonista” que disminuye el efecto de las emociones positivas. Consiste en pedir a las personas que ante una situación en la que experimentarán placer elijan realizar alguna de las siguientes actividades o una combinación de las mismas: compartir con otras personas la experiencia, guardar un registro en la memoria como una fotografía o un recuerdo físico de la experiencia placentera, autoelogio para aumentar la satisfacción por haber alcanzado una meta,

agudizar la percepción al centrar la atención en las sensaciones corporales que provoca el placer experimentado, y, ensimismamiento que consiste en mantenerse absorto en las sensaciones y no en los pensamientos.

***Meditación plena (mindfulness).*** Son técnicas inspiradas en prácticas de meditación que, en el contexto de la psicología positiva, se utilizan para entrenar a las personas a identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos, con lo que se puede romper con la habituación de ciertas sensaciones y otorgar una nueva perspectiva a las situaciones actuales.

***Una puerta se cierra y otra se abre.*** Este ejercicio está orientado a desarrollar esperanza y optimismo. Se solicita a las personas que piensen y escriban sobre tres ocasiones en las que un evento negativo llevó a consecuencias positivas imprevistas durante una semana.

***Diario del “mejor yo posible”.*** Está orientado a practicar el optimismo. Se solicita a las personas que se dediquen a pensar y escribir entre 20 y 30 minutos sobre lo que esperan que sea su vida dentro de un año y medio o diez años. Se les indica que visualicen un futuro en que todo haya salido como querían y en el que hayan hecho lo mejor posible, se hayan esforzado y alcanzado todos sus objetivos.

### **3.6 Involucramiento**

El involucramiento es el elemento del modelo PERMA relacionado con cierto tipo de actividades en las cuales las personas se encuentran inmersas en ellas, que requieren de una concentración total, que representan retos y se requiere del uso de habilidades personales y provocan el desarrollo de las mismas. Estas actividades fueron descritas por Csikszentmihalyi (2005) y las identificó con el término experiencias de “flow”. El término se ha traducido como experiencias de “flujo” o experiencias óptimas (Tarragona, 2013). Así mismo, el involucramiento también está relacionado con el uso y desarrollo de las fortalezas de carácter. En esta sección se describen las características de las experiencias óptimas, se introduce la conceptualización de las fortalezas de carácter, las influencias que tienen estos dos elementos sobre el bienestar y las intervenciones positivas relacionadas con el involucramiento.

#### **3.6.1 Características de las experiencias óptimas**

La teoría e investigación sobre las experiencias óptimas emergió a partir del interés por comprender el fenómeno sobre la actividad intrínsecamente motivada o autotélica; es decir,

una actividad gratificante por sí misma independientemente del producto derivado obtenido al final de la actividad (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2012).

Cuando las personas se involucran en este tipo de actividades frecuentemente describen sentir que las situaciones “fluyen”. Para que una actividad se convierta en una experiencia óptima, es necesario que las personas se involucren en actividades que constituyan retos casi manejables, abordando una serie de objetivos o metas claras, continuamente procesando señales o retroalimentación sobre su progreso o desempeño y ajustando sus acciones a partir de esa retroalimentación. Bajo estas condiciones, la experiencia se desenvuelve momento a momento y las personas entran a una experiencia subjetiva con las siguientes características (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2012):

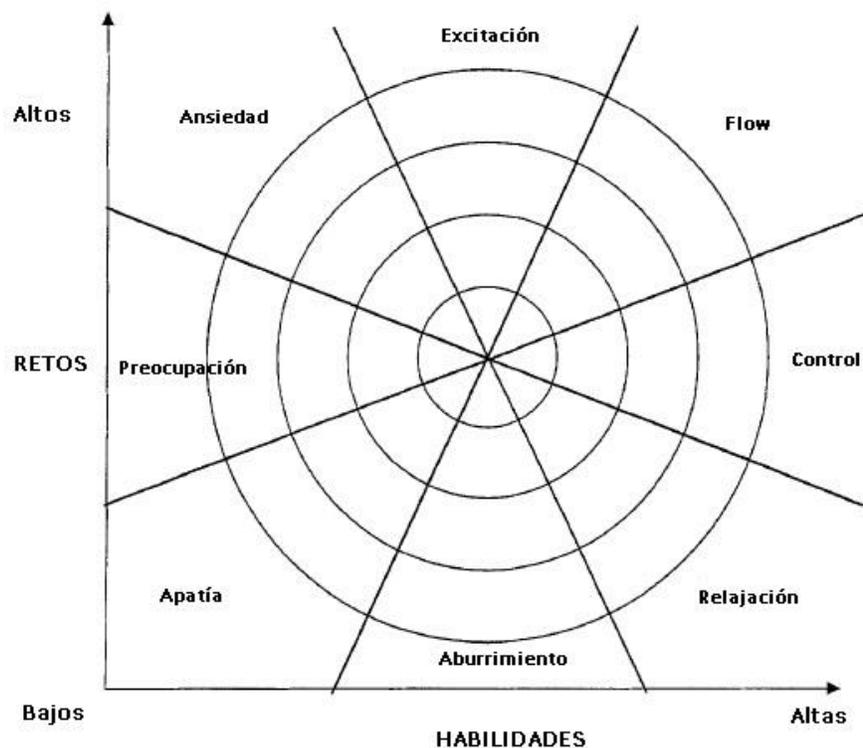
- Concentración intensa y enfocada en lo que se está haciendo en el momento presente.
- Fusión de la acción y la conciencia.
- Pérdida de la auto-conciencia reflexiva (por ejemplo, la pérdida de la conciencia de uno mismo como actor social).
- Sensación de que uno puede controlar sus propias acciones, de que uno puede lidiar con la situación debido a que se sabe cómo responder a cualquier cosa que pase después.
- Distorsión de la experiencia temporal (típicamente, se experimenta como si el tiempo pasara más rápido de lo normal).
- Se experimenta la actividad como gratificante intrínsecamente, de tal manera que el final de la meta es solamente una excusa para el proceso.

Durante la experiencia óptima el sujeto opera a su máxima capacidad y el estado constituye un equilibrio dinámico. Para que se produzcan estos estados es necesaria la existencia de un balance entre las capacidades percibidas para la acción y las oportunidades percibidas para la acción. Este balance es frágil; si los retos comienzan a exceder las habilidades, la persona cambia su estado por uno de vigilancia y ansiedad, si las habilidades exceden los retos, la situación cambia a una relajada o aburrida. Los cambios en el estado subjetivo son señales que retroalimentan a la persona, quien puede ajustar su nivel de habilidad y recuperar el estado de flujo.

Las investigaciones sobre las experiencias óptimas han evidenciado la presencia del estado de flujo en muy diversas actividades como el arte, la ciencia, labores estéticas, deportes, actividades literarias, entre otras (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2012).

Las experiencias óptimas se han relacionado con estados emocionales y la investigación actual apunta a que la calidad de la experiencia se intensifica conforme los retos y habilidades se alejan de los niveles promedio de la persona; de tal manera que dependiendo de la relación existente entre habilidades/retos se evocan diversos estados emocionales. En la siguiente figura se muestra gráficamente el modelo actual sobre el estado de flujo.

**Figura 3.2**  
**Modelo sobre el estado de flujo**



**Fuente: elaborado con base en Nakamura y Csikszentmihalyi (2012).**

Los beneficios de las experiencias óptimas están vinculadas a la relación entre las habilidades y los estados emocionales que provocan. Las experiencias óptimas motivan a la persona a persistir y regresar a la actividad gratificante debido a la recompensa que promete y debido a que alberga la posibilidad de desarrollar las habilidades personales conforme pasa el tiempo y las personas se involucran en el tipo de actividades que les acarrearán estado de flujo (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2012).

En su clasificación sobre las emociones positivas, Seligman (2006) apuntaba que las emociones experimentadas en el presente eran, ya sea placeres o gratificaciones, y las

últimas son lo que identificamos como provenientes de las experiencias óptimas y están más cercanas a la idea de la eudemonía o buena vida. Para Seligman, las experiencias óptimas son la forma de inversión para el futuro en cuanto al crecimiento o desarrollo psicológico. En estudios longitudinales Nakamura y Csikszentmihalyi (2012) han podido comprobar lo anterior, puesto que al seguir a estudiantes de preparatoria e identificar quienes tienen más horas de experiencias óptimas que otros, han encontrado diferencias significativas en categorías de bienestar psicológico como autoestima o compromiso y, más aún, haber experimentado más horas de estados de flujo está correlacionado con un mejor desempeño futuro en la educación universitaria.

De acuerdo con Seligman (2006) la promoción de experiencias óptimas podría contrarrestar los efectos del ensimismamiento que sufren algunas personas deprimidas que se centran en cómo se sienten y esto puede aumentar el soliloquio y reificación de ideación negativa y pesimista. Las gratificaciones, es decir involucrarse en actividades que traerán consigo experiencias óptimas, permite romper con el ensimismamiento al hacer que la persona concentre su atención y habilidades en la realización de actividades que serán gratificantes y que, sin embargo, durante su realización desconectarán las emociones por las características que hemos visto.

En ese mismo sentido, sería crucial la identificación en cada una de las personas las actividades que proveen estados de flujo y que así funcionen como amortiguadores de estados emocionales como la depresión. Un elemento importante a tomar en cuenta es la influencia de la cultura en el desarrollo y promoción de las experiencias óptimas. Como se ha visto anteriormente las experiencias óptimas se desarrollan en relación con las habilidades de los sujetos y la cultura o el entorno puede o no favorecer y promover el desarrollo y la utilización de dichas habilidades, como el deporte o las artes que tienen valoraciones distintas en las sociedades humanas (Carr, 2007).

Los beneficios de las experiencias óptimas son muchos y podemos resumirlos en los siguientes puntos (Carr, 2007; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2012):

- Son actividades gratificantes y satisfactorias intrínsecamente y la duración de sus efectos son duraderos y fortalecedores.
- Permiten el desarrollo de habilidades en el sujeto y de concepciones personales más favorecedoras.

- Representan actividades que aportan al bienestar en control del sujeto, por lo que para que representen un beneficio, las personas deben voluntariamente realizar dichas actividades.

### **3.6.2 Las fortalezas de carácter**

Un supuesto importante dentro del desarrollo teórico y conceptual de la psicología positiva es la existencia de características del ser humano que le pueden vincular con el bienestar. Dicho supuesto se basa en las propuestas de la psicología de los rasgos que estudia las diferencias individuales que son estables y generales, pero también moldeables por el entorno del individuo y por lo tanto modificables (Peterson & Seligman, 2004).

La tarea emanada de este supuesto fue la creación de una clasificación o taxonomía de aquellas características que se asocian a cualidades positivas del ser humano en contraste con las clasificaciones sobre los déficits como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), y que compilara y clasificara dichas características con el fin de que existiera un marco de referencia y pudiera orientarse la investigación (Peterson & Seligman, 2004).

A través del estudio de fuentes históricas, religiosas, filosóficas, literarias y culturales se compilaron las características humanas que se consideraban como deseables. Se determinaron aquellas que fueran valoradas en casi todas las culturas, que se consideraran importantes por sí mismas y no como medios para acceder a otros fines y que pudieran ser maleables o poderse cultivar o desarrollar (Tarragona, 2013).

La clasificación propuesta por Peterson y Seligman (2004) se denomina como Values In Action (VIA) Classification of Character Strengths (VIA Clasificación de Fortalezas de Carácter) y se trata de una clasificación jerárquica que se compone de tres niveles conceptuales:

**Virtudes.** Son las características centrales valuadas por filósofos morales y pensadores religiosos. Se trata de seis categorías: sabiduría, valor, humanidad, justicia, templanza y trascendencia.

**Fortalezas de carácter.** Son los procesos o mecanismos que definen las virtudes. A través de las distintas fortalezas se pueden alcanzar las virtudes y aunque cada una de las fortalezas que pertenecen a una virtud, presentan similitudes y se pueden distinguir entre ellas. Estos rasgos pueden reconocerse y evaluarse, aunque un individuo rara vez exhibe

todas. Se puede considerar que, si una persona exhibe 1 a 2 fortalezas pertenecientes a cada una de las seis categorías de virtudes, tiene una configuración que puede permitirle experimentar bienestar. Así mismo, se tiende a considerar que las fortalezas de carácter son las rutas distinguibles que uno puede realizar para alcanzar una u otra virtud.

**Temas situacionales.** Son los hábitos o comportamientos específicos que conducen a una persona a manifestar ciertas fortalezas de carácter en situaciones dadas y más que un listado de los mismos, la investigación actual se ha decantado por el uso de instrumentos psicométricos para las fortalezas de carácter.

La concepción inicial sobre las fortalezas de carácter suponía que estos rasgos se exhibían cuando las personas se encontraban libres de estrés o trastornos. Sin embargo, en ocasiones las adversidades de la vida pueden motivar a las personas a exhibir lo mejor que tienen en la vida y esto incluye también a las fortalezas de carácter (Peterson, 2006b). Aunque las crisis no son prerequisite para que las fortalezas se exhiban, puede considerarse que tienen una función correctiva y se presentan como medio de amortiguador de la adversidad.

Así mismo, la investigación y conceptualización sobre las fortalezas de carácter ha llevado a cuestionamientos e hipótesis sobre si la ausencia de una fortaleza de carácter, el uso erróneo de una característica opuesta a una fortaleza de carácter o la exageración de una fortaleza de carácter lleva o conduce a una persona a mostrar dificultades al reaccionar ante un estresor o adaptarse a eventos cotidianos y lo llevan a experimentar síntomas no predominantes como ansiedad, depresión, aislamiento o quejas físicas, que no pueden considerarse como parte de un trastorno o enfermedad mental específica y sin cambios biológicos identificables (Peterson, 2006b).

En la siguiente tabla se muestra la definición de las virtudes y, debajo de ellas, las fortalezas de carácter que las componen.

---

**Tabla 3.2**  
**VIA Clasificación de Fortalezas de Carácter**

---

**1. Sabiduría y conocimiento – fortalezas cognitivas que implican la adquisición y uso del conocimiento.**

- **Creatividad:** pensar en formas novedosas y productivas para hacer cosas; incluyendo ejecuciones artísticas, pero no limitadas a estas.
  - **Curiosidad e interés en el mundo:** interesarse por todas las experiencias en curso; encontrando todos los temas y tópicos fascinantes; explorando y descubriendo.
  - **Juicio y pensamiento crítico:** pensar cuidadosamente las cosas y examinarlas desde todos los lados; no saltar a conclusiones prontas; ser capaz de cambiar de postura a la luz de la evidencia; sopesar toda la evidencia de manera justa.
-

- 
- **Amor por el conocimiento:** dominar nuevas habilidades, tópicos y cuerpos de conocimiento, ya sea por sí mismo o formalmente; obviamente relacionada con la fortaleza de la curiosidad, pero va más allá de ella al describir la tendencia de añadir sistemáticamente conocimientos a lo que uno sabe.
  - **Perspectiva:** ser capaz de proveer un sabio consejo a otros; tener formas de ver al mundo que hacen sentido a uno mismo y a otras personas.
- 

## **2. Valor – fortalezas emocionales que involucran el ejercicio de la voluntad de completar tareas a pesar de la oposición, externa o interna.**

- **Valentía:** no disminuirse ante la amenaza, reto, dificultad o dolor; hablar sin reservas sobre lo que es correcto, aunque pueda haber oposición; actuar con convicciones aunque sean impopulares; incluye valentía física pero no está limitada a ella.
  - **Persistencia:** terminar lo que uno comienza; persistir en un curso de acción a pesar de los obstáculos: experimentar placer en completar tareas.
  - **Autenticidad / Honestidad:** hablar con la verdad pero más ampliamente presentarse a uno mismo en forma genuina; actuar sin pretensiones; tomar responsabilidad por los sentimientos y acciones propias.
  - **Vitalidad:** aproximarse a la vida con excitación y energía; no haciendo cosas a la mitad o sin sentir las de verdad; vivir la vida como una aventura; sentirse vivo y activado.
- 

## **3. Amor – fortalezas interpersonales que involucran cuidar y asistir amistosamente a otros.**

- **Intimidad:** valorar las relaciones cercanas con otros, en particular relaciones donde se comparte y hay cuidado mutuos; ser cercano a la gente.
  - **Amabilidad:** hacer favores y buenas obras a otros; ayudar a otros; cuidar de otros.
  - **Inteligencia social:** estar consciente de los motivos y sentimientos de otras personas y de uno mismo; conocer qué hacer para encajar en diferentes situaciones sociales; conocer lo que motiva a otras personas.
- 

## **4. Justicia – fortalezas cívicas que subyacen a una vida comunitaria saludable.**

- **Ciudadanía:** trabajar bien como miembro de un grupo o equipo; ser leal al grupo; hacer lo que a uno le corresponde.
  - **Equidad:** tratar a todas las personas de la misma forma de acuerdo con las nociones de equidad y justicia; no dejar que los sentimientos personales influyan sobre decisiones acerca de otras personas; dar a todos una oportunidad justa.
  - **Liderazgo:** animar a un grupo del cual uno es miembro a conseguir que las cosas se realicen y al mismo tiempo facilitar buenas relaciones al interior del grupo; organizar actividades grupales y vigilar que se realicen.
- 

## **5. Templanza – fortalezas que protegen contra los excesos.**

- **Perdón / Misericordia:** perdonar a aquellos quienes han obrado equivocadamente; dar a las personas una segunda oportunidad; no ser vengativo.
  - **Humildad / Modestia:** dejar que los logros personales hablen por sí mismos; no buscar los reflectores; no considerarse a sí mismo como más especial de lo que uno es.
  - **Prudencia:** ser cauteloso acerca de las elecciones personales; no tomar riesgos indebidos; no decir o hacer cosas de las que uno pueda arrepentirse.
  - **Auto-regulación:** regular lo que uno siente o hace; ser disciplinado; controlar los apetitos y emociones propios.
- 

## **6. Trascendencia – fortalezas que forjan conexiones con el universo más grande y proveen significado.**

- **Apreciación por la belleza y la excelencia:** notar y apreciar la belleza, excelencia y/o el desempeño habilidoso en todos los dominios de la vida, desde la naturaleza hasta el arte, las matemáticas, la ciencia o la experiencia cotidiana.
  - **Gratitud:** estar consciente de las buenas cosas que pasan y estar agradecido por ellas; tomar el tiempo para expresar el agradecimiento.
  - **Esperanza:** esperar lo mejor del futuro y trabajar para alcanzarlo; creyendo que un buen futuro es algo que puede lograrse.
  - **Humor:** gusto por reír y embromar; conseguir sonrisas de otras personas; ver el lado amable; hacer (no necesariamente decir) bromas.
-

- 
- **Espiritualidad:** tener creencias coherentes acerca de un mayor propósito y significado del universo; saber dónde encaja uno mismo dentro del esquema más grande; tener creencias acerca del significado de la vida que moldean la conducta y proveen confort.
- 

**Fuente: elaborado con base en Peterson (2006b)**

---

Para probar su concepción acerca de las fortalezas de carácter, Peterson y Seligman (2004) diseñaron un instrumento auto-administrado, el Cuestionario VIA (Valores en Acción) que permite conocer y explorar las jerarquías individuales de cada una de las 24 fortalezas de carácter; es decir, las fortalezas exploradas dentro del cuestionario pueden ordenarse a partir de la identificación y frecuencia con la que una persona utiliza las fortalezas.

Diversas investigaciones se han conducido a partir del uso del Cuestionario VIA, principalmente sobre la distribución y aplicabilidad del inventario en distintos escenarios y países. Dentro de las investigaciones se han distinguido aquellas sobre la utilidad de las fortalezas y la aplicación de su conceptualización en escenarios clínicos (Peterson, 2006b).

Tanto Seligman (2006) como Peterson (2006b) han identificado que los resultados obtenidos en aplicaciones y aplicaciones diferidas en las mismas personas tienen una variación mínima en las primeras 5 fortalezas jerarquizadas por el instrumento. A estas fortalezas se les ha designado como fuerzas o fortalezas distintivas y para definir las con mayor precisión se considera que son: *“características personales en las que se obtienen puntuaciones especialmente elevadas; están asociadas a unas virtudes concretas y...asociadas al bienestar”* (Carr, 2007, p. 80).

Así, si una persona tiene sus propias fortalezas distintas y las usa cada día en los principales ámbitos de su vida (las relaciones de pareja, las relaciones con los hijos, el lugar de trabajo, y las actividades de ocio), obtendrá gratificaciones y experimentará bienestar en su vida. La identificación de las fortalezas distintivas, además de considerar las puntuaciones psicométricas en el Cuestionario VIA, debe considerar los siguientes criterios en relación con las fortalezas en las que haya obtenido las puntuaciones más elevadas (usualmente entre las primeras 5-12), (Peterson, 2006b):

- Considera que esta fortaleza es uno de sus principales atributos.
- Siente entusiasmo al usar esta fortaleza.
- Aprende con rapidez al usar esta fortaleza por primera vez.
- Aprende sin cesar nuevas maneras de usar esta fortaleza.

- Desea encontrar nuevas formas de usar esta fortaleza.
- Desea encontrar nuevas formas de usar esta fortaleza.
- Tiene la sensación de que inevitablemente usará esta fortaleza en muchas situaciones.
- Cuando usa esta fortaleza no se siente agotado, sino lleno de energía.
- Crea proyectos personales que giran en torno a esta fortaleza.
- Se siente alegre, entusiasmado o absorbido cuando usa esta fortaleza.

En las investigaciones sobre las fortalezas de carácter se ha evidenciado su importancia como indicadores de un desarrollo saludable y próspero (Peterson, 2006b). Aún más, se ha mostrado que ciertas fortalezas de carácter pueden funcionar como amortiguador de los efectos negativos del estrés y el trauma; previniendo y mitigando el inicio de los trastornos. El uso de las fortalezas de carácter se ha asociado a consecuencias deseables en estudiantes como éxito escolar, liderazgo, tolerancia y valoración de la diversidad, la habilidad para retrasar la gratificación, bondad y altruismo. También se ha asociado a la reducción de problemas como abuso de sustancias, abuso de alcohol, abuso de nicotina, depresión e ideación suicida.

### **3.6.3 Intervenciones positivas relacionadas con el Involucramiento**

De la misma manera que con las emociones positivas, las intervenciones positivas relacionadas con el involucramiento tienen como objetivo promover el bienestar a partir del uso de la voluntad que puede ejercer la persona para realizar actividades propositivas que mejoren el nivel de bienestar. En este elemento, en particular, es crucial que la persona realice las actividades para experimentar un beneficio debido a las características que ya se mencionaron sobre las experiencias óptimas y el ejercicio de las fortalezas de carácter.

Muchas de las intervenciones relacionadas con las fortalezas de carácter han sido jerarquizadas y sistematizadas en el modelo psicoterapéutico denominado Psicoterapia Positiva (Rashid, 2015); el cual se retomará en un capítulo posterior.

A continuación se presentan y describen de manera breve algunas de las intervenciones positivas relacionadas con el involucramiento y que han sido descritas y probadas en la literatura (Carr, 2007; Gander, Proyer, Ruch & Wyss, 2012; Layous & Lyubomirsky, 2014; Rashid, 2015; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

***Identificación y uso de las fortalezas distintivas.*** Se solicita a la persona que responda el Cuestionario VIA para identificar sus fortalezas distintivas y con ayuda del psicólogo se deciden y elaboran algunas tareas y actividades que permitan el uso diario de las fortalezas

distintivas. Algunas actividades requerirán el uso de habilidades y se buscará que cumplan las características de las experiencias óptimas.

**Identificar y seleccionar tareas por su motivación intrínseca.** Consiste en identificar y seleccionar actividades que exijan habilidad y para cuya realización se quiere experimentar un estado de flujo. Estas actividades deberán ser moderadamente difíciles y, al mismo tiempo, deben dar la sensación de que se pueden realizar bien y pueden proveer satisfacción. Si las tareas son complejas, deben descomponerse en pequeñas tareas o sub-objetivos hasta conseguir realizar la tarea completa.

**Avance en el continuo.** Consiste en reconocer que para muchas tareas que exigen habilidad existe un avance de la motivación extrínseca a la motivación intrínseca. Para avanzar en el continuo hacia la motivación intrínseca se debe practicar con regularidad las aptitudes de una manera motivada extrínsecamente usando las recompensas más informativas disponibles en lugar de recompensas que pueden considerarse como controladoras. Esto es, observar los logros y avances que se han hecho de una actividad como el resultado o producto de una actividad, valorarlo, más que aquello que evaluamos como que se debe realizar. Por ejemplo, en el trabajo, una persona puede aprender a valorar lo que realiza, aunque sea una actividad rutinaria, por lo que representa haber desarrollado sus habilidades y haber realizado un buen trabajo, más allá de lo que pudiera representar como el pago de la renta o la tarjeta de crédito. Cuando las aptitudes se hayan desarrollado adecuadamente, se puede ir moviendo el interés desde una perspectiva extrínseca hacia una intrínseca, realizando actividades por sí mismas y no por las recompensas o por evitar situaciones aversivas.

**Inversión.** Este ejercicio consiste en tener presente, cuando realizamos una tarea absorbente que exige de mucha habilidad, que se puede pasar periódicamente de un estado en el que realizamos una actividad solo por hacerla o como si fuera un juego a un estado en el que la actividad se vuelva algo serio y busquemos lograr un objetivo con ella. Identificar estos estados nos permite observar factores que provocan esa inversión en el significado y sentido de la actividad; como un cambio en el contexto o en nuestro estado de ánimo.

**Creación de experiencias de fluidez.** Para esta intervención se deben seleccionar tareas o actividades difíciles pero controlables que exijan una habilidad considerable y una concentración total y que ofrezcan una motivación intrínseca. Se seleccionan las tareas que

tengan unos objetivos claros y ofrezcan una retroalimentación inmediata. La persona debe concentrarse en la tarea, no en sí misma, ni en sus sentimientos, ni en las posibles recompensas externas de la tarea o actividad. Con esta preparación previa, la persona debe realizar la actividad y aumentar poco a poco la dificultad o la complejidad de las actividades o tareas para que el reto encaje con su creciente nivel de aptitud.

**Control de la atención.** Enfrascarse totalmente en la actividad que se realiza permite incrementar la frecuencia y duración de las experiencias de flujo en la vida cotidiana. Para mantener el estado de flujo, las personas deben controlar la atención y evitar que se disperse o se dirija hacia otros estímulos, por ejemplo, cuando los retos son demasiado altos la atención puede dirigirse hacia uno mismo y sus limitaciones y cuando los retos son demasiado fáciles, la atención puede cambiarse hacia otros estímulos y provocar aburrimiento. El control de la conciencia determina el control de la calidad de la experiencia y para eso se necesita esfuerzo y práctica. Un programa muy vinculado con este aspecto es el entrenamiento en atención plena (mindfulness).

**Diario de experiencias óptimas.** Para identificar actividades cotidianas en las que experimentamos estado de flujo es útil llevar por un par de semanas un diario en el que se anoten los distintos estados emocionales que experimentamos durante y al finalizar el día. Este diario debe analizarse para identificar patrones como algunas actividades, contextos o encuentros con personas y cómo se vinculan con nuestros estados mentales. Particularmente se debe poner atención en los momentos en los que experimentamos la experiencia óptima con las características indicadas anteriormente.

**Invertir en el tiempo de ocio.** Consiste en planear y estructurar el tiempo libre para tanto invertirlo en relajarse y descansar como dedicar tiempo a actividades que traen satisfacciones y que requieren de ejercitar nuestras habilidades; lo que conllevaría en experimentar más veces experiencias óptimas.

**Transformar tareas rutinarias.** Consiste en transformar tareas que pueden parecer aburridas o tediosas a partir de crear actividades con objetivos y normas específicas, por ejemplo, resolver enigmas mentales, dibujar personajes, aprender las melodías de las canciones favoritas, etcétera. Estas actividades se pueden efectuar mientras se tiene que realizar una actividad poco gratificante como cuando se espera en una línea o se va en el transporte.

**Transformar el trabajo en una experiencia óptima.** Debido a que las personas pasan mucho tiempo en el trabajo, puede experimentarse como algo satisfactorio, gratificante y placentero. Esto puede lograrse si se cuestiona el significado del trabajo en la vida. Las personas que ven su trabajo como una vocación suelen disfrutar su trabajo y consideran que lo que hacen es satisfactorio y socialmente útil, no se enfocan en la compensación económica o recibir promociones, sino consideran que la actividad por sí misma es importante e inseparable de su vida. Aunado a lo anterior, las personas pueden transformar tareas rutinarias del trabajo en experiencias óptimas al plantearse desafíos a sí mismos, realizar tareas difíciles cuando se sienten aburridos o desarrollar sus habilidades cuando se sienten ansiosos.

**Uso deliberado de una fortaleza.** En este ejercicio la persona debe elegir una fortaleza distintiva y usarla durante una semana de forma deliberada. Esta intervención ha tenido como efecto mejorar el estado de ánimo y la satisfacción con la vida. Una variación de este ejercicio es diseñar estrategias o tareas en las que la fortaleza se utilice en forma diferente a la que habitualmente una persona la usa o la identifica en acción.

### **3.7 Relaciones interpersonales**

El tercer elemento del modelo son las relaciones interpersonales, Peterson (2006a) argumentaba que la variable más importante que se correlaciona con el bienestar es la calidad de las relaciones y frecuentemente, en las investigaciones empíricas, las personas con un nivel mayor del bienestar tienen relaciones interpersonales de calidad.

#### **3.7.1 Importancia de las relaciones interpersonales en el bienestar**

Diversas investigaciones, en diversos contextos culturales, han encontrado que las relaciones sociales son un predictor muy constante del bienestar y se consideran como un elemento importante debido a que no sólo por sí mismas abonan al bienestar, sino que es frecuente que otros elementos del bienestar, como las emociones positivas o las experiencias óptimas, se experimenten en compañía de otras personas más que en ausencia de otros (Warren, Donaldson & Young Lee, 2017).

La importancia de las relaciones interpersonales puede enfatizarse desde una perspectiva evolucionista. Se puede argumentar que la sobrevivencia de la especie humana dependió, desde la era primitiva, de la capacidad humana para constituir relaciones y generar grupos cooperativos pequeños en respuesta a las inclemencias de un medio ambiente posiblemente hostil y, en consecuencia, que la formación de relaciones sociales

haya servido como un mecanismo biológico que promoviera la supervivencia y facilitara procesos cognitivos y sociales que favorecieran relaciones interpersonales (Warren, Donaldson & Young Lee, 2017). En este sentido, algunas funciones de las relaciones sociales como el emparejamiento, las alianzas recíprocas, las coaliciones o las jerarquías, se convierten en un elemento central en la experiencia humana y motiva a los miembros de la especie a conseguir relaciones interpersonales positivas, duraderas y significativas.

La investigación actual muestra que las relaciones interpersonales no solamente son un mecanismo de supervivencia de nuestra especie, sino que están ligadas a la salud y el bienestar. La presencia de relaciones interpersonales de calidad se ha vinculado como un factor predictor del bienestar; encontrando que las personas que tienen relaciones positivas tienden a vivir más, son más cooperativas y poseen sistemas inmunológicos más fuertes. Por ejemplo, Whelan & Zelenski (2011) encontraron que las personas casadas exhiben mayores niveles de bienestar que las solteras o divorciadas y poseen una mayor tendencia hacia comportamientos prosociales e interés en actividades sociales.

Así mismo, se ha demostrado que las relaciones y el bienestar poseen un vínculo bidireccional, pues también un nivel alto de bienestar predice procesos relacionales positivos. Las personas que experimentan bienestar tienden a ser más cooperativos, pacíficos y confiados en las instituciones; mantienen redes sociales cercanas y tienen menor insatisfacción con su matrimonio en comparación con quienes experimentan menor bienestar (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Las personas tienden a darle significado a sus vidas a través de las relaciones interpersonales que poseen. Se ha argumentado que las personas tienden a acercarse a su ideal personal a través de las afirmaciones que reciben de personas significativas para ellos y esto puede derivar en coherencia consigo mismo, sensación de valía personal y propósito de la existencia. Así mismo, en estudios del ciclo vital se ha encontrado que las personas a edad avanzada que perciben que recibirán apoyo de parte de otras personas tienen un sentimiento de valía personal a pesar de deterioros cognitivos o físicos que pudieran experimentar (Martela & Steger, 2016).

Como se mencionó al inicio de esta sección, las relaciones interpersonales frecuentemente se acompañan de otros elementos del bienestar. Experimentar emociones positivas se ha vinculado como predictor de involucrarse en actividades sociales, interacciones sociales más disfrutables y mayor cercanía con personas significativas. En

congruencia con la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas, las personas que experimentan emociones positivas tienen la posibilidad de invertir en relaciones sociales que pudieran satisfacer necesidades a largo plazo, así mismo, pueden funcionar como ingredientes para formar grupos sociales más inclusivos (Warren, Donaldson & Young Lee, 2017).

Las relaciones positivas, de esta manera, sirven como contexto en el cual se pueden experimentar emociones positivas. Algunos vínculos, como el matrimonio o la paternidad, sirven como colofón para diversas emociones positivas como la alegría, la gratitud o la felicidad, entre otras.

Particularmente, la gratitud se ha conceptualizado como la emoción positiva “orientada hacia otros”, puesto que ocurre cuando los individuos son beneficiarios de la benevolencia de otras personas. Se ha evaluado que la experiencia de gratitud genera comportamientos prosociales como ayudar a otras personas en problemas personales u ofrecer apoyo social que generan como consecuencia mayores vínculos sociales (Warren, Donaldson & Young Lee, 2017).

Las relaciones sociales también se han vinculado a la capacidad de albergar resiliencia tanto para el individuo como para el grupo. La resiliencia puede considerarse como un patrón de adaptación positivo en el contexto de adversidades pasadas o presentes. La unidad entre individuos promueve habilidades de comunicación, habilidades de resolución de problemas y adaptación al interior de los grupos familiares, de amistad o comunidades que, cuando experimentan dificultades, permiten un adecuado afrontamiento de retos y fortifican la unidad entre los individuos (Sheridan, Sjuts & Coutts, 2013).

Los comportamientos prosociales también se promueven a través del perdón, que está ligado a mayor satisfacción con la vida, esperanza y menor riesgo de ansiedad, depresión o ira (Warren, Donaldson & Young Lee, 2017).

La forma que toman las interacciones entre los individuos dentro de las relaciones interpersonales tiene una influencia directa sobre el bienestar. En general la mayoría de las personas experimenta eventos que consideran positivos más frecuentemente que eventos negativos y sacar provecho de estos eventos en el marco de una relación interpersonal es posible a través de un proceso que se ha denominado *capitalización positiva* (Gable & Gosnell, 2011). Se trata de un proceso relacional positivo, en una diada, que puede predecir empíricamente la experiencia de afecto positivo, bienestar y autoestima. El proceso de

capitalización positiva ocurre cuando un individuo informa a otro acerca de un evento positivo, y la respuesta de este último refuerza y valida tanto al individuo como a la perspectiva personal del individuo acerca de que el evento es, en verdad, positivo y valioso. La probabilidad de que una persona revele o comparta a otras personas un evento que considera positivo y valioso para sí mismo es muy alta, sobre todo con personas cercanas como la pareja, los padres o amigos cercanos. Aunque podemos considerar como importante compartir y revelar este tipo de eventos a las personas cercanas, la respuesta específica de la persona que recibe la noticia es igual de importante para los efectos que produce en el bienestar. Una respuesta que se ha denominado como respuesta activa y constructiva, consistente en que la persona reaccione entusiastamente ante la noticia, ha mostrado en las investigaciones impactos e incrementos mayores en el bienestar y afecto positivo de la persona que comparte el evento.

Una mayor frecuencia de capitalización positiva al interior de una relación conlleva a las personas a disfrutar del bienestar de la relación y crecimiento de la misma, establece patrones de interacción que promueven mejoras en la relación que pueden traer como consecuencias estabilidad y mantenimiento de la relación a largo plazo. Por lo tanto, las acciones de cada miembro de una relación pueden ayudar a cultivar el bienestar relacional y mejorar la conexión entre ellos cuando las cosas van bien en la vida (Gable & Gosnell, 2011).

Otro efecto importante que ejercen las relaciones interpersonales sobre el bienestar se ha denominado como el *fenómeno Miguel Ángel*; el cual describe cómo los individuos al interior de sus relaciones juegan un papel importante en sacar lo mejor de cada uno y moldean las habilidades, rasgos y metas ideales propias con quien comparten la relación. Aunque el concepto se ha aplicado a diferentes tipos de relaciones como los parientes, amigos o colegas, se ha descrito con mayor detalle en relaciones cercanas de pareja. En relaciones saludables, los miembros de la pareja frecuentemente se influyen mutuamente para alcanzar sus roles ideales (Gosnell & Gable, 2013). Este proceso se desarrolla cuando los miembros de la pareja se otorgan, uno a otro, afirmaciones perceptuales o comportamentales. Una afirmación perceptual se refiere al grado en el que nuestra pareja nos percibe en formas que son congruentes con nuestro yo ideal, y una afirmación comportamental es el grado en el que nuestra pareja consciente o inconscientemente se comporta en formas que provocan nuestros comportamientos ideales. De esta manera, la relación entre personas cercanas se convierte en el contexto

en el que las personas catalizan el desarrollo personal de cada uno y albergan bienestar y crecimiento.

### **3.7.2 Intervenciones positivas relacionadas con las relaciones interpersonales**

Muchas de las intervenciones positivas que se han elaborado y probado empíricamente y que están enfocadas con otros elementos del bienestar, involucran la realización de actividades que están relacionadas con mantener vínculos o realizar actividades con otras personas; por tal motivo, pueden conllevar a un mejoramiento de las relaciones interpersonales, aunque el foco sea otro elemento del bienestar.

En esta sección, en particular se toma en consideración aquellas intervenciones que han sido diseñadas y testeadas con el objetivo central del trabajo relacionado con las relaciones interpersonales más que las intervenciones que involucran actividades en compañía de otras personas y que pueden generar un beneficio adicional en dicho elemento. Se detallan a continuación (Gable & Gosnell, 2011; Layous & Lyubomirsky, 2014; Rashid, 2015):

***Identificación y práctica de la respuesta activa y constructiva.*** Este ejercicio consiste en enseñar a las personas las formas de respuesta que se han identificado para la recepción de buenas noticias. Como se explicó en líneas anteriores, un elemento que predice mejor las relaciones fuertes y sólidas en diadas es la forma en que al interior de una relación se celebra una buena noticia. En una primera parte del ejercicio se entrena a las personas a identificar los cuatro estilos de respuesta básicos: activa y constructiva, activa y destructiva, pasiva y constructiva, y finalmente, pasiva y destructiva; a partir de sus componentes verbales, no verbales y de ejemplos que pueden ser en vivo, en dibujos o en role-playing. En la segunda fase del ejercicio se les pide que durante una semana observen su entorno alrededor e identifiquen cada vez que alguien que sea significativo para ellos les cuente algo bueno que les sucedió y traten de responder de manera activa y constructiva; incitándoles a pedir detalles del acontecimiento y dedicando atención e interés a la noticia. Además de responder de esa manera se les pide que realicen un registro que pueden llenar durante la noche anotando: acontecimiento del otro, la respuesta propia y la respuesta de la otra persona hacia uno mismo.

***Actos de amabilidad aleatorios.*** Se trata de que las personas se involucren activamente y voluntariamente en la realización de actos que involucren amabilidad hacia otras personas, de forma aleatoria, espontánea y que pueden determinarse en un número

específico (pueden ser uno o tres actos de amabilidad diarios), a quien sea. Se especifica que no tienen que ser actividades que involucren mucho esfuerzo o recursos económicos y que pueden hacerse a personas cercanas o desconocidas. Además de realizar los actos de amabilidad, usualmente se pide que las personas que las registren por la noche en un diario y que escriban sobre cómo se sienten al realizar estas actividades.

**Actos de agradecimiento con personas cercanas.** Se indica a las personas que tomen 5 minutos diarios, todos los días, para expresar aprecio y agradecimiento por algo concreto a alguien cercano. La actividad puede realizarse en familia. Una variación de este ejercicio consiste en dedicar 15 minutos al final del día para preguntar cómo han ido las cosas a los miembros de la familia, mientras se escucha con atención, preguntando por detalles y con curiosidad y evitando juzgar si lo que se hizo estuvo bien o mal o si hay que mejorar algunos aspectos.

**Interés en los sueños, objetivos o roles.** En este ejercicio se solicita a las personas que traten de hacer como mínimo una cosa para apoyar los sueños, objetivos o roles de las personas significativas; esto puede involucrar únicamente dedicar tiempo para preguntar cómo va el avance de sus proyectos o qué han hecho relacionado con sus objetivos. Idealmente este ejercicio puede ir precedido de alguna charla en la que cada miembro de la familia o grupo exprese cuáles son sus sueños, objetivos o roles y que la familia escuche atentamente sin juzgar los deseos de cada persona.

**Planes de inversión en relaciones.** Este ejercicio está orientado a pedir a las personas que reflexionen y pongan en marcha algunas acciones para contactar con las personas significativas en su vida. Consiste en realizar un plan de acciones que pueden involucrar los ejercicios anteriores y mediante el cual puedan monitorear sus esfuerzos para invertir tiempo, recursos y energía en mantener una relación cercana con alguna persona.

### **3.8 Significado**

El significado o sentido de la vida es un elemento extraído de la psicología humanista y de las disertaciones filosóficas que constituyen la eudemonia. A través de la investigación psicológica sobre el tema se ha evidenciado que las personas que le otorgan un significado a su vida experimentan un mejor nivel de salud y de bienestar que las personas que no lo hacen (Martela & Steger, 2016).

A pesar de la importancia otorgada al significado de la vida, el constructo no se ha definido claramente en la investigación sobre el tema y en ocasiones se toman como

sinónimos los términos significado y sentido de la vida, mientras que en otros estudios el término “propósito de la vida” aparentemente se solapa con los anteriores; generando confusión y poca claridad sobre el tema. En la actualidad un acuerdo general es considerar que el significado de la vida es un constructo formado por tres dimensiones distintas que contribuyen al bienestar de las personas (Martela & Steger, 2016).

El primer componente es la *coherencia*, es el componente cognitivo del significado de la vida que está asociado con que las personas le otorgan sentido a la vida, interpretando los eventos que les suceden como algo comprensible y coherente. La vida se convierte en algo coherente cuando una persona es capaz de discernir e identificar patrones comprensibles en los eventos que suceden para que la totalidad de la vida sea comprensible. Este componente, que permite a las personas darle sentido a los sucesos, encontrar patrones y establecer una previsibilidad del mundo, confiere a los seres humanos una capacidad de adaptación mayor y de supervivencia (Steger, Hicks, Krueger & Bouchard, 2011). Desde esta postura, los seres humanos tenemos una necesidad inherente de darle sentido al entorno y cuando ocurren situaciones que irrumpen en la vida y trastornan el significado que le otorgábamos a nuestra existencia, experimentamos una cantidad notable de estrés; estimulando la capacidad innata de construir significado (Steger, 2009). La coherencia puede comenzar de forma discreta conforme experimentamos situaciones día a día y a las que buscamos vincular entre sí para encontrar un patrón entre ellas y predecir la ocurrencia de eventos; de esta manera creamos esquemas cognitivos complejos que nos permiten interpretar lo que sucede y el esquema que nos ayuda a darle sentido a uno mismo, el mundo y como encajamos en él (Martela & Steger, 2016).

El segundo componente del significado es el *propósito* y se ha identificado como el componente motivacional que se refiere a tener dirección y metas orientadas a futuro en la vida. Es un fin o meta que permite a las personas tener una vida auto-organizada, realizar acciones premeditadas y proveerle significado a su vida. Kashdan y McKnight (2013) argumentan que una persona puede poseer múltiples propósitos en la vida en forma de objetivos y metas que pueden ser a corto o largo plazo; además, que dedicarse a alcanzar dichas metas permite a las personas experimentar incrementos en su autoestima y emociones positivas.

El tercer componente es la *significación* y se considera que es el componente afectivo que se enfoca en el mérito, el valor y la importancia. Se considera que se refiere a la valía y el valor que uno le otorga a su propia vida y toma la forma de un sentimiento de

que la vida propia tiene un valor inherente. Este aspecto del significado puede definirse como una evaluación que realiza el individuo sobre su propia vida acerca de que tan importante, meritoria o valiosa es y que frecuentemente está influenciada u orientada por los valores que tiene el sujeto o considera importantes (Martela & Steger, 2016). La evaluación de este componente se ha ligado a examinar los argumentos que las personas proveen cuando se les pregunta sus “razones para vivir”. Los valores que una persona posee o por los cuales se decanta tienen una función orientadora, tanto en las evaluaciones que realiza acerca de su vida y los sucesos vitales que experimenta, como en las acciones que toma para darle significado a su vida.

En forma resumida Steger (2009) define, de forma global e integrativa, al significado de la vida como la medida en la que las personas comprenden, dan sentido o ven el significado en sus vidas, acompañado por el grado en que se perciben a sí mismos como alguien que tiene un propósito, misión u objetivo primordial en la vida.

### **3.8.1 Importancia del significado**

Un aspecto inicial que se debe analizar con respecto a la importancia del significado en el bienestar, es la procedencia o fuente del significado. Steger (2009) argumenta que el significado de la vida debe surgir de la comprensión de la existencia propia, la identificación y consecución de metas valiosas y sentirse realizado con la vida.

Baumeister y Vohs (2012) consideran que el significado puede emerger de cuatro dominios o que se busca propositivamente el significado para satisfacer cuatro necesidades: poseer un sentido del deber o de propósito, tener una base para la auto-valía, clarificar el sistema de valores por medio del cual se juzga lo que es correcto o erróneo, y, el desarrollar un sentido de eficacia para sentir que podemos controlar el mundo. Las personas frecuentemente le dan sentido a los sucesos de su vida al contar a otras, historias que explican lo que han vivido y esto, también, facilita la integración de eventos dolorosos a un esquema o contexto mayor de la vida. Algunos investigadores han encontrado que las personas que cuentan una historia en términos de su habilidad para superar eventos adversos y descubren resultados positivos a partir de sus acciones presentan un mejor ajuste emocional (Steger, 2009).

Como se argumentó en la sección anterior, el propósito provee de significado a la vida y junto con los valores, constituyen el componente motivacional que proporciona lineamientos para vivir y orientan a las personas hacia lo que es valioso, significativo y

propositivo (Emmons, 2003). Los valores son orientaciones abstractas que pueden o no reflejarse en acciones concretas mientras que las metas representan los resultados deseados por los que las personas se pueden comprometer a trabajar.

Emmons (2003) argumenta que no todos los objetivos son creados de la misma manera y que las personas tienden a esforzarse por conseguir diversos resultados, aunque no todo lo conseguido aporta o contribuye al bienestar. En el análisis de los diversos objetivos que realizan las personas, este autor considera que se pueden revelar las distintas fuentes de las cuales las personas extraen significado y contribuyen al bienestar. Las cuatro categorías son presentadas en la tabla 4.3.

---

**Tabla 3.3**  
**Fuentes de significado asociadas con el bienestar**

---

***Intimidad***

Las personas expresan que le da significado a su vida tener relaciones cercanas y recíprocas. Por ejemplo: “Ayudar a mis amigos y hacerles saber que me importan”, “Aceptar a otros como son”, “Tratar de escuchar y estar ahí cuando me necesitan”

---

***Espiritualidad***

Las personas expresan que le da significado a su vida trascender de sí mismos. Por ejemplo: “Profundizar en mi relación con Dios”, “Aprender a conectarme con el universo cada día”, “Apreciar las creaciones de Dios”

---

***Generatividad***

Las personas expresan que le da significado a su vida comprometerse y preocuparse por las futuras generaciones. Por ejemplo: “Quiero ser un buen ejemplo para mis hijos y sobrinos”, “Trabajar en una fundación para niños con necesidades especiales”, “Hacer trabajo voluntario”

---

***Poder***

Las personas expresan que le da significado a su vida influenciar a otras personas e impactar positivamente en la vida de otros. Por ejemplo: “Deseo ser el mejor en mi equipo de trabajo”, “Quiero ser un buen líder y que sea un buen ejemplo para mis compañeros”, “Quiero crear un mejor sistema de purificar el agua para comunidades pobres”, “Quiero ser la mejor cocinera del mundo y que a todos les guste lo que preparo”

---

**Fuente: elaborado con base en Emmons (2003).**

---

La última categoría de la clasificación de Emmons (2003) es muy similar a lo propuesto por Seligman (2016) que considera que el significado de la vida consiste en pertenecer y servir a algo que una persona cree más grande que sí misma y que proviene de la dedicación con la que usamos nuestras fortalezas distintivas.

Gran parte de la información relacionada con la importancia del significado se ha descrito a partir de los efectos que tiene en la presencia de diversos trastornos mentales y de la atenuación de síntomas (Kashdan & McKnight, 2013).

Las personas que contemplan la posibilidad de matarse y, en grado menor, quienes experimentan desórdenes emocionales frecuentemente atribuyen su estado actual a una

falta de propósito en la vida y, por lo tanto, podría ser considerado como un agente causal retrospectivo para estos efectos negativos. En contraste, las personas que otorgan un propósito a su vida presentan también alta autoestima, felicidad y menor estrés por objetivos competitivos (Kashdan & McKnight, 2013).

El impacto positivo de darle un significado a la vida y su potencial efecto amortiguador contra el estrés se ha vinculado como un mecanismo explicativo de algunos trastornos como el trastorno de ansiedad social. Se ha propuesto que reflexionar sobre el propósito de la vida propia provee a corto plazo un efecto amortiguador ante estímulos provocadores de estrés y este efecto aumenta si las personas se involucran activamente en alcanzar metas relacionadas con dicho propósito (Lapierre, Dubé, Bouffard & Alain, 2007). Las personas que se involucran en actividades relacionadas con el significado que le dan a su vida podrían reinterpretar frecuentemente situaciones en términos de la relevancia que tienen dichas situaciones con el significado que le dan a su existencia, de tal manera que encuentren menos amenazadoras situaciones potencialmente provocadoras de estrés.

En distintos estudios se ha demostrado que las personas que creen que su vida tiene un significado o propósito presentan mayor bienestar que quienes no lo tienen; entre otros hallazgos, son más felices, tienen mayor satisfacción con la vida y control sobre sus acciones y se sienten más involucrados con su trabajo (Steger, 2009). No solamente tienen más cosas positivas, sino menos negativas, reportan menos afectos negativos, depresión y ansiedad, obsesión con el trabajo, ideación suicida y abuso de sustancias, así como menor necesidad de tratamiento psicológico.

Las personas de la tercera edad que le otorgan a su vida un significado experimentan mejores indicadores de un envejecimiento exitoso, como mayor bienestar psicológico, mejor salud física y menores niveles de psicopatología.

Finalmente, se ha observado que las personas con problemas psicológicos que se han involucrado en tratamientos psicoterapéuticos reportan haberse cuestionado el significado de su propia vida y sentir que al encontrarlo pueden enfrentar futuras dificultades, en comparación con personas con problemas psicológicos que no han tenido procesos terapéuticos (Kashdan & McKnight, 2013). Se considera que de la evidencia anterior se puede deducir que un punto central en el tratamiento psicológico permite a las

personas reconstruir el significado de las vidas de las personas y pudiera funcionar como un factor importante en la recuperación y prevención de recaídas.

### **3.8.2 Intervenciones positivas relacionadas con el significado**

Las intervenciones relacionadas con el significado están enfocadas, ya sea en ayudar a las personas a darle un sentido o significado a los eventos difíciles que han enfrentado en su vida, o bien en ayudarles a reflexionar sobre los valores o fuentes de significado que pudieran motivarles a darle un sentido a su vida cotidiana. En cierto modo, cultivar el optimismo es hacerse de un esquema cognitivo que permite un marco de referencia para darle un significado a los eventos de la vida y que permite, al mismo tiempo, experimentar emociones positivas y adaptarnos a las circunstancias adversas que pudieran ocurrir. A continuación se resumen los ejercicios orientados al significado (Miller & Frisch, 2009; Steger, 2003; Tarragona, 2010; Emmons, 2003; Layous & Lyubomirsky, 2014; Rashid, 2015):

***Retrato de tu vida.*** Este ejercicio consiste en escribir un párrafo o dos acerca de cómo le gustaría que recordaran su vida, es una viñeta corta o una instantánea que puede estar enfocada en contar un detalle o una historia típica sobre la vida personal. Usualmente, con esta consigna, las personas deciden escribir sobre aspectos que aprecian sobre sí mismos y que pueden reflexionarse para darle sentido a la vida.

***Legado positivo.*** Consiste fundamentalmente en que las personas escriban sobre cómo les gustaría ser recordados cuando murieran. Se pide a la persona que primero reflexione sobre que le gustaría que dijeran sobre ella las personas cercanas y significativas o de qué logros y fortalezas personales le gustaría que hablaran. Posteriormente se les pide que escriban un par de párrafos sobre lo que han reflexionado y que posteriormente se pregunten qué pueden hacer de forma realista para que el legado se vuelva realidad, qué está bajo su control y qué están haciendo en el presente para cumplir con ese objetivo. Se sugiere que las personas guarden el escrito y después de algún tiempo lo revisen para revisar si han progresado, si hay nuevos objetivos o si los anteriores han cambiado.

***Lo que harías si tuvieras el tiempo contado.*** Este ejercicio es una variante de los ejercicios anteriores, puesto que también se pide a las personas que reflexionen sobre cómo les gustaría ser recordados, sin embargo la variación es que se les induce a pensar que a partir del momento en el que formulan el escrito del legado piensen que se les otorgará un periodo específico para vivir (usualmente se les dice que sólo tendrán un año,

cinco o diez) y que formulen planes para hacer algo para cumplir dicho legado y que también usen sus fortalezas de carácter.

**Regalo del tiempo.** Se les pide a las personas que no tomen en cuenta sus circunstancias financieras actuales y que le den a algo o alguien el más grande regalo, el regalo del tiempo. Las personas entonces deben reflexionar sobre cómo utilizarían sus fortalezas distintivas para invertir su tiempo en servir a algo mucho más grande que ellos. Usualmente se les pide que discutan en grupo o con personas significativas. La reflexión busca descubrir el significado que le dan a su vida y lo que es importante para ellos.

**Cultivar el optimismo.** En la sección sobre las emociones positivas se explicó el ejercicio del *Diario del “mejor yo posible”* y se explicó la mecánica del mismo. En lo referente al significado, quien escribe el diario debe revisar lo que ha escrito para descubrir un patrón, observar aquellas metas o sueños que ha asentado en su diario y que observe si estas le dan sentido o propósito a su vida. Adicionalmente, si descubre pensamientos pesimistas, la persona debe tratar de sustituirlos mediante el rebatimiento (cuestionándose la evidencia que tiene para pensar de manera pesimista) y sustitución por explicaciones más optimistas o con afecto neutral. Más adelante se retoma el rebatimiento desde una técnica de escritura.

**Cuestionarse los valores personales.** Consiste en reflexionar y realizarse sistemática y ordenadamente una serie de preguntas acerca de los valores que uno considera importantes en su vida, de tal manera que encuentre metas relacionadas con los mismos y que le conduzcan a acciones a futuro. De acuerdo con Seligman (2012) estas pueden involucrar a las fortalezas distintivas para incrementar el bienestar en ambos sentidos.

**Cuestionarse las fuentes de significado.** De acuerdo con Emmons (2003) una actividad que puede conducir a las personas a otorgarle un significado a sus vidas es cuestionarse aquello que les motiva a actuar de una manera particular; pudiendo utilizarse la categorización que propone el autor sobre las fuentes de significado. Se realizan una serie de preguntas que la persona puede anotar y después proveer ejemplos sobre su propia experiencia.

**Encontrar sentido mediante la “escritura expresiva”.** Este ejercicio está inspirado en el trabajo de James Pennebaker (1994) sobre los efectos terapéuticos de la escritura. Se pide a las personas que durante cuatro días escriban sobre sus pensamientos y sentimientos más profundos sobre las experiencias más significativas de su vida; particularmente sobre aquellas que ha sido traumáticas o conflictivas. Al escribir, la persona debe dar rienda suelta

a su escritura y analizar sus emociones y pensamientos profundos. Se instruye a las personas que pueden asociar el tema con sus relaciones con los demás, incluidos sus padres, sus compañeros sentimentales, sus amigos o sus familiares, o con su pasado, su presente o su futuro, o con quien ha sido, le gustaría ser o es en el momento actual. Cada día la persona puede escribir sobre los mismos temas o experiencias generales o bien cambiar de tema en cada ocasión. Como mínimo debe escribir durante 15 minutos por día y de preferencia durante varios días seguidos, el tiempo que sea necesario. Eventualmente la persona ira descubriendo patrones y le dará sentido a las experiencias conflictivas.

***Cuestionamiento de pensamientos negativos.*** En ocasiones, las dificultades de las personas pueden llevarlas a encontrar situaciones disruptivas en el sentido de la vida y ayudarles a rebatir pensamientos negativos puede permitirles encontrarles sentido en su esquema general. Para rebatirlos se puede utilizar la escritura como en la intervención anterior. En primera instancia se solicita a la persona que escriba la naturaleza de la adversidad del acontecimiento o problema que está provocando conflicto, posteriormente se identifica cualquier creencia o pensamiento negativo que este problema haya suscitado. Se pide a la persona que apunte la consecuencia del problema, cómo se siente y actúa en consecuencia y después que se cuestione la creencia negativa, la ponga en duda y pensó en otras razones posibles. Finalmente puede encontrarles sentido mediante revisar como encajan en lo que desea para su vida, lo que significa su vida o aquellos valores que le guían.

### **3.9 Logro**

El logro o metas alcanzadas es el último elemento del modelo PERMA y Seligman (2012) considera que constituye la “vida victoriosa”, en el sentido de que las personas decidimos voluntariamente enfrentarnos a retos y alcanzar logros. Aunque se discutió anteriormente que la búsqueda de un significado para la propia vida puede llevarnos a buscar cumplir metas que resultan sobresalientes para aquello que valoramos como importante y que buscamos involucramos en actividades que nos den gratificaciones o emociones positivas por realizarlas, el logro o realización a menudo no se busca porque produzca una emoción positiva o porque contribuya a aquello que valoramos como importante y le otorga sentido a nuestra vida. El logro se busca por sí mismo.

El logro, como los otros elementos del modelo, está interrelacionado con los otros cuatro elementos, puesto que el deseo de lograr o tener éxito en algo frecuentemente nos permite experimentar estados de flujo, emociones positivas, relaciones interpersonales

significativas y darle un significado a nuestra vida. Sin embargo, el alcanzar un dominio en la actividad en la que deseamos realizarnos es importante por sí mismo.

### **3.9.1 Importancia del logro**

Algunas investigaciones han examinado la aportación de la consecución de metas sobre el bienestar y han encontrado que incluso si las personas no consiguen la meta deseada, tener la posibilidad de realizar esfuerzos por conseguirla aporta un incremento del bienestar importante (Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

El estudio del logro está muy relacionado con el de la motivación en los seres humanos, puesto que es uno de los mayores mecanismos por los cuales las personas dirigen sus vidas y seleccionan los contextos o ambientes con los que interactúan. De acuerdo con Nurmi y Salmela-Aro (2006), basándose en la teoría relacional de la motivación, la motivación debe entenderse como una relación entre una necesidad interna y un objetivo en el mundo externo que satisface esa necesidad particular. Debido a esta relación, es importante tomar en cuenta el contexto en el que los objetivos motivacionales se encuentran inmersos, puesto que podrán formularse con base tanto en los deseos internos como en las condiciones en las que vive el sujeto; incluyendo las condiciones sociales.

La cognición juega un papel importante debido a que los motivos personales están ligados a objetivos en el mundo circundante y, típicamente, una persona tendrá una representación cognitiva sobre tales objetivos. Por supuesto, también tendrá una representación acerca de los medios que le permitirán alcanzar el objetivo. En otro sentido, para satisfacer un motivo, las personas necesitan crear una serie de objetivos, la consecución de los cuales, paso a paso, conducirán a la satisfacción. Estos objetivos o metas serán actualizados por medio de una variedad de planes y estrategias. Este proceso, frecuentemente identificado como autorregulación, permite analizar no sólo los tipos de objetivos que las personas realizan sino las formas en las que dichos objetivos se despliegan (Nurmi & Salmela-Aron, 2006).

Además de considerar que las personas se ven influenciadas por sus historias de vida y sus aprendizajes previos, es importante considerar que la gente selecciona los ambientes en los cuales viven y, al hacerlo, influyen en el desarrollo tanto de los comportamientos propios, las satisfacciones que pueden ser satisfechas y el tipo de personas con quienes se convive. De esta manera, en esta perspectiva, las personas

seleccionan sus amigos, parejas, pasatiempos o carreras de manera que estén en concordancia con sus intereses, metas, valores y necesidades (Nurmi & Salmela-Aro, 2006).

Como en otras teorías de la motivación, también es importante notar que dentro de las necesidades humanas podemos identificar una jerarquía que puede comenzar a partir de una serie de necesidades básicas producto de la evolución humana (Locke, 2012; Nurmi & Salmela-Aro, 2006). Además de estas necesidades básicas, los seres humanos por nuestra naturaleza social tenemos necesidades que se expresan a través de patrones de comportamiento, necesidades muy ligadas a la cultura en la que nos desarrollamos, como por ejemplo preferir un alimento sobre otro, el estilo de crianza, la forma de expresar la curiosidad, entre otras. Otro elemento de la jerarquía serían las necesidades de orden individual que pudieran originarse en la personalidad del sujeto y que nos otorgan la diferenciación de los otros miembros de nuestra especie y miembros de nuestra propia cultura; así, elegimos los objetivos que deseamos cumplir o los proyectos en los que deseamos involucrarnos. Más debajo de este orden estarían los planes específicos que nos permiten conseguir y actualizar las metas personales (Nurmi & Salmela-Aron, 2006).

Locke (2012) considera que existe una interrelación entre las necesidades y los valores que las personas poseen para la formación de objetivos que se desean alcanzar. Las necesidades son innatas y forman parte de la naturaleza del organismo, mientras que los valores son aprendidos y funcionan como medio para priorizar necesidades y motivan a las personas a ganar lo que requieren para satisfacer dichas necesidades. Desde esta perspectiva, las necesidades se cumplimentan a través de los valores, y los valores se manifiestan al perseguir objetivos. Las emociones son un motor para la acción y pueden servir como recompensa por una acción exitosa y como advertencia para no incurrir en acciones que causan dolor o sufrimiento. Los valores necesitan de las emociones para experimentarse no solamente en el nivel intelectual, sino a nivel experiencial.

El establecimiento de metas determina la dirección, intensidad y duración de las acciones posibles que tiene una persona para manifestar sus valores y satisfacer sus necesidades. Este proceso se ve influenciado por diferentes factores que a continuación se enlistan (Locke, 2012):

- **Dificultad:** una vez que una persona se compromete con una meta y asume el conocimiento o habilidad que se requiere para lograr dicha meta, entre más difícil sea

la meta, mayor será la realización por el desempeño mostrado por la persona. La clave de este factor no es la dificultad de la tarea por sí misma, sino lo que estamos tratando de lograr. Una vez que las personas se han comprometido con un objetivo, en general ejercen un esfuerzo en proporción con lo que el objetivo requiere para cumplirse. De esta manera un objetivo fácil de cumplir estimula un bajo esfuerzo, mientras que un objetivo difícil estimula un esfuerzo más alto. La dificultad de un objetivo, por lo tanto, afecta la velocidad y eficiencia del procesamiento cognitivo y de las habilidades del sujeto.

- **Especificidad:** los objetivos específicos regulan la acción de los individuos en forma más confiable y consistente que los objetivos vagos. Para alcanzar un mejor desempeño en una tarea es necesario formular objetivos específicos y difíciles. Para que los objetivos sean específicos, usualmente se requiere de formularse un estándar cuantitativo. Las personas que trabajan en objetivos específicos y difíciles tienen mejores desempeños que las personas que trabajan en objetivos vagos o poco específicos y fáciles.
- **Retroalimentación:** para vigilar el nivel de avance en el progreso de un objetivo, las personas necesitan de retroalimentación. La retroalimentación permite saber si una persona debe mantener el ritmo de trabajo para alcanzar un objetivo en un tiempo dado, debe incrementar sus esfuerzos o tratar otras estrategias para alcanzar el objetivo que se desea. La retroalimentación ejerce su mayor efecto motivador si los objetivos son específicos, debido a que las personas, para evaluar su rendimiento, necesitan de estándares con los cuales juzgar su propio desempeño.
- **Compromiso:** para que los objetivos sean efectivos, las personas deben comprometerse con ellos. Esto es especialmente crítico cuando las metas son difíciles y requieren de mayor esfuerzo cognitivo o de mayores acciones. La acción es la mejor prueba del compromiso de una persona con el objetivo. Las creencias acerca de la importancia del objetivo y de la capacidad de lograrlo a partir del esfuerzo personal, impactan directamente sobre el compromiso y las acciones de los sujetos. La importancia del objetivo está vinculado con que éste se ligue a un valor del sujeto. Por otro lado, es difícil motivarse a tratar de lograr algo que se cree inalcanzable.
- **Autoeficacia:** este constructo extraído de la teoría social cognitiva se refiere a la confianza en que uno podrá lograr obtener las consecuencias deseadas a partir del desempeño, medios o conductas propias. Juega un papel importante tanto como efecto motivacional como en la forma en la que las personas establecen y formulan sus

objetivos. Las personas con alta autoeficacia formulan objetivos más difíciles para sí mismos, es más probable que se comprometan con objetivos difíciles que les sean asignados, que mantengan sus esfuerzos después de recibir retroalimentación negativa y que descubran estrategias exitosas. Para construir eficacia es importante buscar el dominio o maestría de la tarea a partir del entrenamiento y la práctica, el modelamiento (observar a otros realizar la tarea eficientemente) y la persuasión. Además de lo anterior, es importante notar que la voluntad ejerce influencia en las acciones de las personas, por lo que una persona debe tener presentes sus objetivos en el momento de la acción y no dejar que pensamientos alternativos interfieran o bloqueen sus acciones.

- **Conocimiento de la tarea:** los objetivos pueden estimular automáticamente conocimientos sobre la tarea y habilidades que pueden percibirse como importantes para el cumplimiento de la misma. Pueden incrementar la probabilidad de que las personas utilicen el conocimiento que tienen, específicamente cuando los objetivos son difíciles, puesto que podría no cumplirse si la persona no lo usa. Cuando la persona carece de conocimiento relevante para alcanzar el objetivo, el mismo objetivo podría estimular a la persona a buscar el conocimiento necesario para llevar a cabo la tarea. Cuando una serie de acciones se han trazado, los llamamos planes. Éstos, junto con el uso de las habilidades y conocimientos existentes, constituyen los medios para lograr la meta. La adquisición del conocimiento requerido para alcanzar el final del objetivo se puede considerar como un sub-objetivo.
- **Incentivos y personalidad:** los efectos que tienen los incentivos externos están mediados por los objetivos que cada persona establece para sí mismo y la autoeficacia. Esto es, los efectos que tienen las ganancias que pudieran conseguirse al lograr un objetivo, dependen en parte de que las personas se fijen metas y se sientan capaces de lograr el desempeño necesario para conseguir el incentivo. Los objetivos y la autoeficacia median los efectos de los rasgos de personalidad en el desempeño; los rasgos son como los valores, son generales y deben aplicarse a situaciones específicas.
- **Afecto:** un objetivo es, al mismo tiempo, tanto un medio para medir el éxito como un estándar para medirlo. El éxito conduce a la satisfacción y la falla a la frustración. Las metas difíciles, que motivan el más alto rendimiento, conducen a un menor grado de satisfacción inmediata por lo realizado, debido a que rara vez conducen a alcanzar una meta completa rápidamente. En la vida cotidiana, muchos beneficios se obtienen al

alcanzar total o parcialmente objetivos difíciles como el orgullo de sí mismo, mejores trabajos o salarios. El estado de ánimo provocado por la consecución, aunque sea parcial, de un objetivo funciona como catalizador para continuar las acciones que completarán dicho objetivo.

Nurmi y Salmerla-Aron (2006) citan diversos hallazgos que se han encontrado en la literatura sobre la asociación entre los objetivos personales y el bienestar; de forma resumida podemos encontrar:

- Las personas que consideran que sus objetivos están en congruencia con sus necesidades inherentes reportan mayor bienestar que quienes reportan incongruencia entre ambos aspectos.
- Las personas que reportan enfocarse en metas intrínsecas (auto-aceptación, afiliación, sentimiento de comunidad) reportan un mayor nivel de bienestar que quienes reportan metas extrínsecas (éxito financiero, materialismo, atractivo físico).
- Las personas que reportan altos niveles de compromiso e involucramiento con sus metas muestran alto nivel de bienestar y menor ansiedad.
- Las personas que creen poder controlar el avance de la consecución de sus metas tienen mayores niveles de bienestar que quienes carecen de creencias sobre el control personal.
- Las personas que evalúan que sus objetivos personales han progresado bien, reportan bienestar alto y bajo estrés, mientras que quienes evalúan que sus objetivos han progresado poco reportan menor bienestar y alto nivel de estrés y de síntomas depresivos.
- Escoger objetivos realistas y factibles se asocia con el bienestar, mientras que tener objetivos conflictivos se asocia con altos niveles de afecto negativo. Así mismo, tener objetivos que pueden facilitarse al compartirse con otras personas también se asocia con altos niveles de bienestar.
- Las personas que reciben apoyo de personas significativas (esposos, compañeros de clase, supervisores o compañeros de trabajo) para conseguir sus metas, reportan mayores niveles de bienestar que quienes reportan menor apoyo.

### **3.9.2 Intervenciones positivas relacionadas con el logro**

Las intervenciones con los objetivos personales pueden iniciar en la reflexión sobre la importancia de los mismos, la formulación de objetivos que puedan ser factibles y

alcanzables, o bien, trabajar en la motivación para que los objetivos previamente formulados sean alcanzados. A continuación se enlistan algunas intervenciones relacionadas con los objetivos personales (Layous & Lyubomirsky, 2014; Miller & Frisch, 2009; Tarragona, 2010):

***Reflexión sobre las ventajas de perseguir los objetivos personales.*** En primera instancia puede enseñarse a las personas la importancia de los objetivos personales, en particular las ventajas de perseguirlos asiduamente: a) brindan un propósito definido y un sentimiento de control sobre la vida propia, b) aumenta la autoestima y estimula un sentimiento de confianza y eficacia personal, c) aporta estructura y sentido a la vida cotidiana, d) ayuda a aprender a controlar el uso del tiempo, reconocer lo primordial de lo superfluo, dividir en pasos y elaborar un programa para conseguirlos, e) atenerse a la consecución de objetivos puede ayudar a afrontar mejor los problemas y, f) puede mejorar el contacto con otras personas y aumentar la red de apoyo con la que se cuenta.

***Listados de objetivos.*** Se ha evaluado que las personas tienen una mayor probabilidad de hacer que los objetivos se cumplan si se dejan por escrito que si solamente los piensan o hablan con otros sobre ellos (Miller & Frisch, 2009). De la misma manera, si una persona se compromete con otra a buscar cumplir un objetivo y se siente responsable, es más probable que logre el objetivo. Por lo que realizar listados de objetivos permite a las personas tanto dejar un testimonio escrito sobre lo que desean lograr como puede ser una herramienta para comprometerse con otros a cumplir dicho objetivo. Realizar un listado de objetivos puede ser una herramienta muy útil, sin embargo esta utilidad es mayor si se pueden analizar los objetivos con respecto a sus características: a) son intrínsecos o extrínsecos, b) son personales o impuestos por otras personas, c) se aproximan a resultados deseables o evitan resultados indeseables, d) son armónicos con los valores personales o no, e) son flexibles (pueden cambiar dependiendo de las oportunidades) o rígidos y, f) involucran esfuerzo para mejorar personalmente o el esfuerzo es para cambiar las circunstancias de vida.

***100 cosas por hacer antes de morir.*** Es un formato de listado de objetivos que permite que las personas los tengan de manera cercana y no solamente en la memoria. Es una forma creativa de hacer un listado de objetivos en la que la persona reflexiona sobre 100 experiencias que le gustaría vivir antes de morir. La lista debe servir al sujeto para tener en cuenta sus objetivos y monitorear su progreso, observar si los ha cumplido o si han cambiado a lo largo del tiempo.

**Reflexión sobre los objetivos “bloqueados”.** Este ejercicio permite reflexionar sobre aquellos objetivos que por alguna razón se deseaban cumplir pero se han “bloqueado” o no se ha progresado de la forma en la que se planeaba. Reflexionar sobre ellos nos permitirá considerar si estos objetivos deben continuar en la lista de pendientes o deben ser sustituidos por otros. Los objetivos no completados pueden tener un efecto deletéreo sobre la motivación y pueden mantenernos anhelando los resultados esperados por años y no dejamos avanzar. Algunos objetivos “bloqueados” no se han completado debido a que ya no encajan con la vida actual y se ha dirigido el esfuerzo hacia otras venias. Si después de reflexionar sobre ellos, ya no se tienen pensamientos rumiantes sobre lo que no se ha acabado, entonces ya no son objetivos inacabados y estos no minarán el bienestar de la persona. Se puede solicitar a la persona que realice una reflexión sistemática sobre este tipo de objetivos inacabados, que escriba por un lado el objetivo, que escriba las razones por las que detuvo su progresión y qué pasos necesita tomar para continuar o dejar de perseguir dicho objetivo.

**Programa u horario de cambios.** Este ejercicio consiste en realizar un programa u horario que permita programar acciones para lograr la consecución de un objetivo deseado. Se pide a la persona que realice un registro en tres columnas. En la primera columna debe escribir el comportamiento que le gustaría realizar por lo menos dos semanas. Debe involucrar esfuerzo y autocontrol. Un buen ejemplo sería comenzar un programa de ejercicios, meditación o llegar a tiempo a las citas importantes. En la siguiente columna debe poner una marca (X) por cada día que haya logrado exitosamente realizar la acción deseada y no moverse al siguiente cambio que dese hacer hasta que haya completado dos semanas exitosas.

**Intención de implementación.** Se trata de un ejercicio diseñado para evitar quedar “atorado” cuando las personas deben realizar ciertas actividades para lograr objetivos particularmente difíciles. Consiste en formular una declaración que enuncia lo que intentan implementar cuando se encuentra ante una situación o una persona y que puede llevarlos a lograr el objetivo particular. También se les conoce como “escenarios si-entonces” y consiste en que la persona debe escribir su meta en la acción “si-entonces” que ayudará a completar el objetivo. Por ejemplo: “cuando me siente frente a mi computadora, escribiré 20 líneas sin parar para acabar mi tesis” o “cuando llegue el cartero por la mañana, sacaré al perro para caminar con él diez minutos”.

**Riesgos tomados.** En ocasiones los grandes objetivos pueden llevar a tomar grandes riesgos para que se cumplan. En ocasiones el miedo a lo que pueda pasar se entromete entre la persona y las acciones que deben tomar para lograr la meta que desean. Este ejercicio consiste en escribir, al menos, cinco riesgos que ya se han tomado para conseguir lo que se quiere y cuáles han sido los resultados. El recuerdo de las acciones audaces que lograron resultados puede inspirar a las personas a diseñar y tomar nuevos riesgos. Después, la persona debe enlistar cinco nuevos riesgos que podría tomar y los resultados que le gustaría que sucedieran como resultado de los mismos.

**Historias de logro.** Consiste en analizar las historias previas de logro que se han tenido y analizar los componentes importantes de la consecución de objetivos. Se pide a la persona que escriba una anécdota sobre una historia donde sintió el logro; pidiéndoles una descripción lo más específicamente posible. Después de escribirla se les pregunta las emociones que el recuerdo les trajo, las fortalezas o habilidades involucradas en la historia y su desenlace, la relación entre la narración y sus valores, esperanzas y propósitos; además de la importancia de la anécdota misma.

En este capítulo se han revisado los distintos elementos que componen al bienestar psicológico. Como se puede observar muchos de los elementos del bienestar psicológico hacen referencia a algunos componentes de la calidad de vida. Tanto el bienestar psicológico subjetivo expuesto en el modelo de Seligman (2016) como el modelo de Shalock (Shalock & Verdugo, 2007) de la calidad de vida, consideran a las emociones, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal y la autodeterminación como aspectos centrales que permiten una mejora de las condiciones de vida de una persona, de tal manera que ambos constructos se traslapan y correlacionan entre sí.

En el siguiente capítulo se analizarán los elementos teóricos que sustentan el trabajo con los grupos y las intervenciones grupales, y se expondrá la forma en la que los dos constructos, la calidad de vida y el bienestar psicológico subjetivo, pueden operacionalizarse para generar intervenciones que se centren en dichos constructos.

## Capítulo 4. Grupos e intervenciones grupales

*Si no estoy para mí mismo, ¿quién estará para mí? Si estoy sólo para mí mismo, ¿qué soy? Y si no es ahora, ¿cuándo será?*  
El Talmud

El tratamiento de diversos trastornos mentales, en particular los trastornos relacionados con la depresión y la ansiedad, se complementa por medio de diversas medidas que incluyen la farmacología y el tratamiento psicoterapéutico. Las dificultades socioeconómicas a las que se enfrentan tanto personas con trastornos mentales como el sistema de salud en general hace difícil la labor psicoterapéutica que implica un sistema impersonal y rebasado en la demanda de atención; por lo que los mínimos requisitos que implica el tratamiento psicoterapéutico, como la confidencialidad, la privacidad y la atención ampliada, son difíciles de proveer (Vázquez, 2002).

Una alternativa viable para estas problemáticas en la atención se ha encaminado a la promoción y desarrollo de terapias grupales que, por un lado, disminuyen la demanda de atención al atender a un mayor número de personas con menor gasto y menor ocupación de profesionales disponibles que la atención individual; y por el otro, una tasa de eficacia considerablemente más alta que los tratamientos tradicionales (Roldán, Salazar, Garrido & Cuevas-Toro, 2015).

El objetivo del presente capítulo es analizar algunos aspectos relevantes del trabajo grupal, sus características y procesos de trabajo. Así como la revisión del trabajo grupal relacionado tanto con el tratamiento de los trastornos relacionados con la depresión y la ansiedad y aquellos que buscan promover la calidad de vida y el bienestar.

### 4.1 Generalidades sobre la psicoterapia y trabajo grupal

La definición de la psicoterapia grupal ha tenido diferentes acepciones puesto que se ha tratado de abarcar diferentes tipos de grupos y objetivos que incluyen diversas finalidades orientadas al cambio conductual e incluso al cambio educativo. Se considera que es un campo de la práctica clínica con un acercamiento específico a la psicoterapia y que tiene como propósito aliviar enfermedades o condiciones conflictivas que causan angustia o sufrimiento con la ayuda de un guía o profesional cualificado (Vaimberg, 2012).

De acuerdo con Vinogradov (1996) la terapia de grupo se distingue del tratamiento individual debido a que se apoya en el escenario grupal como una herramienta para el cambio en el trabajo terapéutico que las modalidades individuales carecen.

Vaimberg (2012) considera que el trabajo grupal, de forma pragmática, tiene su origen en el trabajo de Joseph Pratt quien, en 1905, reunía a sus pacientes con tuberculosis de forma semanal para que intercambiaran entre ellos opiniones sobre el padecimiento y encontró que los encuentros favorecían un soporte mutuo, se aliviaba el estado depresivo y disminuía el aislamiento.

Sin embargo, el trabajo planificado con grupos pequeños en el escenario clínico tiene sus raíces en el aporte de Slavsson, quien en 1930 desde el enfoque psicoanalítico, observó los beneficios del tratamiento grupal (O'Donnell, 2000). Este autor trabajó con grupos de jóvenes inhibidos y afectados por problemas de personalidad que se beneficiaban de la expresión de fantasías y sentimientos al interior de un grupo que tenía un clima permisivo. A partir de su trabajo, Slavsson consideró que la interacción era el principal promotor del beneficio grupal y detalló algunos fenómenos particulares que se observan en la interacción de los miembros del grupo y permiten un trabajo interpersonal benéfico para sus participantes; tales como la identificación, la universalización, el desplazamiento, la multiplicidad de objetivos y la disolución de la transferencia.

Aunque en sus inicios, el trabajo grupal se ideó para la atención de personas con problemas mentales, en la actualidad se considera que los contextos de intervención son suficientemente amplios y con objetivos diversos como para que el beneficio se amplíe hasta a personas que no presentan una patología clínica. Los contextos actuales de intervención son fundamentalmente los relacionados con la salud, tanto a nivel de tratamiento como de prevención, y de servicios sociales que también se involucran en el aprendizaje y el cambio en la calidad de vida y los hábitos de las personas.

## **4.2 Concepciones acerca de los grupos**

Los grupos han sido concebidos desde muy diversas perspectivas para tratar de promover un trabajo profesional que permita generar beneficios en las personas que participan en actividades grupales.

La concepción individualista considera que los grupos son una colección de individualidades de la cual no emerge nada más. Floyd Allport es uno de los principales exponentes de esta concepción. En esta concepción se considera que los observadores

realizan abstracciones derivadas de las semejanzas que poseen los distintos individuos que componen al grupo (Apodaka, 2004).

La concepción institucionalista parte de la idea de que un grupo constituye algo más que la simple combinación de las individualidades de sus integrantes. Bajo esta concepción se encuentran autores diversos como Lewin, Lippit, Cartwright, Turner, entre otros. Algunos supuestos que mantiene esta postura son que los grupos pueden ser sometidos a estudio puesto que son reales por sí mismos, que el grupo sirve para la superación de conflictos y que movilizan fuerzas que producen efectos positivos o negativos (O'Donnell, 2000).

La concepción del grupo como construcción social considera que el grupo es producto de la interacción de distintas estructuras sociales y que se mantiene a través de procesos cognitivos, afectivos y motivacionales de los distintos integrantes del grupo (Apodaka, 2004). El funcionamiento del grupo depende de distintos procesos: el entorno de la tarea, que son las metas o finalidades del grupo y dependen de la jerarquía y la centralidad interna del grupo; el entorno de las personas, que son los procesos psicológicos y afectivos que componen parte de la realidad del grupo; el entorno social, que son las diferenciaciones de los miembros del grupo a partir de los roles que desempeñan y la influencia que ejercen otros elementos sociales sobre el grupo; y, el entorno cultural, que se refieren a valores, creencias y representaciones sociales en las que los grupos se desenvuelven.

### **4.3 Clasificación y características de los grupos**

Hay muy distintas formas de clasificar los grupos.

Una clasificación muy difundida y utilizada considera que los grupos se dividen en primarios y secundarios. Los grupos primarios se forman de manera espontánea, generalmente el número de miembros que los conforman es reducido, la interacción entre los miembros es cara a cara, tienen la función de confirmar y favorecer la consolidación del yo y en su interior se gestan fuertes fenómenos emocionales que favorecen la identidad, el sentimiento de pertenencia y seguridad (Apodaka, 2004).

Los grupos secundarios pueden formarse de forma espontánea o artificial, generalmente se conforman por varios miembros, la interacción entre sus miembros puede o no ser directa, los miembros se consideran parte del grupo, la comunicación precisa de elementos intermediarios y el tono afectivo, la interacción y el nivel de conocimiento disminuye debido al número de integrantes o las finalidades del grupo (Apodaka, 2004).

Espada (2007) hace una distinción entre grupo de pertenencia y grupo de referencia. En un grupo de pertenencia los miembros se relacionan habitualmente entre sí, aunque no acepten totalmente las normas, valores u opiniones. Mientras que el grupo de referencia es aquél con el que el individuo establece una unión más afectiva y hay un acuerdo general mayor a las normas, los valores u opiniones que dan identidad al grupo.

Otra clasificación, más cercana al uso de los grupos como escenario de trabajo clínico, los clasifica entre grupos de trabajo, aquellos que pretenden alcanzar una meta coordinando los esfuerzos de cada uno de sus miembros y, los grupos terapéuticos, de los cuales ya hemos hecho algunas consideraciones.

Diversos autores (Cartwright & Lippitt, 1979; Mackenzie, 1992; Stone, 1990) han señalado que aunque los grupos no tengan una finalidad primariamente terapéutica, comparten una serie de características que los distinguen y a continuación se detallan los acuerdos más comunes:

1. La interacción es el factor formativo más común y cuando es continuo y constante se llega a desarrollar una organización más formal que se manifiesta en la forma de lenguaje, gestos, sentimientos, opiniones y actitudes comunes a los miembros del grupo. Los temas comunes al grupo despiertan conformidad al interior del grupo y actúan como agentes de presión social que determinan el comportamiento de los miembros dentro y fuera del grupo.
2. La interacción conforma las normas del grupo y a través de ellas se conforman las formas de comportamiento y de pensamiento aceptadas que brindan al grupo identidad y cohesión. Cuando las normas se conforman y los miembros del grupo comienzan a actuar en congruencia con ellas, comienzan a percibirse aceptados, a tener una identidad y disminuye la ansiedad provocada por el aislamiento social. El mayor apego a las normas del grupo constituye un factor para aumentar la cohesión entre los integrantes del grupo.
3. El comportamiento diferenciado de los distintos integrantes del grupo permite la formación de roles que a su vez también otorgan una identidad diferenciada a cada uno de los miembros. Si las necesidades individuales se encuentran en discrepancia con las exigencias grupales disminuye la identificación con el grupo y aparece el conflicto. Los miembros del grupo pueden ejercer presión para que cada uno de los integrantes permanezca en el rol asignado por el grupo, a pesar del conflicto.

4. Cuando el grupo genera roles, pueden aparecer fenómenos de liderazgo en quienes aparentemente cumplen con lo establecido por el grupo. Sin embargo, aunque la tarea principal del líder es la cohesión del grupo mediante el ejercicio del poder otorgado por el grupo, la cohesión presentada por los miembros del grupo es mayor a la explicada mediante la coerción o el castigo. Existen diferentes tipos de liderazgo y cada uno de ellos determinará el grado de cercanía entre los miembros del grupo, así como el grado de coerción y conformismo ante las reglas o normas grupales que se exija a los miembros del grupo cumplir.

#### **4.4 Psicodinámica de grupos y fenómenos grupales**

Un aspecto fundamental del trabajo con los grupos es el marco general de la dinámica o psicodinámica de grupos; puesto que, en muchos sentidos, no importa el modelo con el cual se explique el cambio, el proceso grupal se presenta en cada momento en el que un grupo se reúne. Apodaka (2004) considera que la psicodinámica de grupos es un modelo que tiene como objetivo la conversión de los procesos que se dan al interior de un grupo en situaciones de aprendizaje. Es un grupo de teorizaciones y conceptualizaciones que consideran las regularidades o procesos de desarrollo y cambio que permiten la transformación del grupo y, en última instancia, de sus integrantes.

Los principios que la dinámica de grupos intenta desarrollar pueden ser aplicados a diferentes tipos de grupos y en general buscan explorar las fuerzas o factores que actúan sobre un grupo, los juegos de interacción entre los miembros y cómo determinan el cambio del grupo. Así mismo, se interesa por conocer cómo estos fenómenos grupales se dan entre los miembros del grupo y entre los miembros de un grupo con otros grupos distintos (Apodaka, 2004).

Se reconoce a Kurt Lewin como el teórico iniciador del estudio de las dinámicas grupales (Kaplan & Sadock, 2010). Proponía una metodología estrictamente observacional para deducir las leyes que determinaban la vida del grupo, es decir su funcionamiento. De este modo describió algunos factores como el liderazgo, redes de comunicación, características grupales, competición y cooperación, entre otros. Estos factores son lo que denominamos fenómenos grupales.

Dos fenómenos grupales que Lewin y sus seguidores enfatizan son la cohesión y la interdependencia; lo que denominan pilares de la teoría de campo (Kaplan & Sadock, 2010).

Estos dos factores determinan si un miembro del grupo permanece dentro del grupo o si se separa o disiente del grupo y lo abandona.

Comprender los fenómenos grupales en un trabajo tanto psicoeducativo como terapéutico es esencial para proponer comprender las interacciones del grupo y realizar actividades al interior del grupo que permitan tanto la promoción de relaciones como experiencias que sean significativas para los miembros del grupo y que promuevan un cambio en una dirección que beneficie a quienes se involucran en ellas.

De acuerdo con Forsyth (2014), los fenómenos grupales pueden dividirse en aquellos que permiten la definición e identidad del grupo y los que permiten su funcionamiento.

Los fenómenos que fomentan la identidad del grupo son los siguientes:

- **Interacción:** es el intercambio comunicativo de los miembros del grupo y es el resultado de la combinación de actitudes, comportamientos y relaciones de los integrantes con la finalidad de alcanzar las metas comunes.
- **Socialización:** es el proceso en el que las personas se vinculan unas con otras, y responden a los esfuerzos de otros para vincularse facilitando o dificultando el proceso. Los procesos de socialización al interior de los grupos persiguen las metas de incluir a otros miembros al grupo, el control de los comportamientos y actitudes de cada uno de los integrantes y la aceptación de los miembros con sus diferencias individuales.
- **Motivación:** es el conjunto de elementos racionales y emocionales que permiten comprender por qué un individuo se comporta como lo hace y responde selectivamente a los elementos de su ambiente. En la dinámica grupal se observa principalmente en la interacción de los miembros para que consigan o aporten su parte individual a la meta grupal.
- **Metas y tareas:** son los objetivos que el grupo desea conseguir y le dan finalidad a la formación del grupo. Cuando los integrantes hacen suyas las metas grupales, comienzan a trabajar en las distintas tareas que les llevarán a alcanzar dichas tareas.
- **Organización grupal:** son los elementos que permiten el funcionamiento del grupo y que fomenta la relevancia de pertenecer al mismo. Implica que los distintos miembros del grupo tengan diferentes tareas, por lo que implica la formación de roles, normas o estatutos.

- **Interdependencia:** se refiere al desarrollo de vínculos entre los miembros del grupo que permiten la satisfacción de necesidades individuales a partir de la pertenencia al grupo y las acciones conjuntas con otros integrantes.

Los fenómenos que permiten que el grupo funcione son los siguientes (Apodaka, 2004):

- **Colaboración:** se refiere a una forma de interacción particular al interior de los grupos en la que se identifica, analiza y se da solución a los problemas que enfrenta el grupo mediante la adopción de tareas o contenidos como un todo y de forma individual, los miembros se suman para la consecución de las mismas.
- **Comunicación:** es la actividad mediante la cual los miembros del grupo mantienen intercambios de información relevante para las finalidades del grupo en conjunto. Es una actividad que, aunque individual, persigue la cohesión del grupo y la exposición de estados cognoscitivos subjetivos. Es un proceso interpersonal en el que se expresa algo de uno mismo con la intención de influir de algún modo al resto del conjunto grupal.
- **Atmósfera:** es el estado de ánimo, tono afectivo o sentimiento presente en los miembros del grupo y que influye en la forma en la que el grupo acoge y lleva a cabo la tarea. La atmósfera es modificada por factores como la comunicación, la estructura, la cohesión, la imagen del grupo, el tamaño del lugar o la iluminación.
- **Participación:** la forma en la que los miembros del grupo se involucran en las actividades programadas para el equipo. La participación está determinada por las relaciones dentro del grupo o el grado en el que los miembros realizan las actividades. El patrón de participación está determinado por las comunicaciones que hay entre los integrantes del grupo con el líder del grupo.
- **Cohesión:** es la disposición de los miembros del grupo a pertenecer al grupo y para ellos resulta atractivo y relevante contribuir a las metas del grupo. Los grupos más cohesionados influyen en sus integrantes para ser más productivos y mantenerse motivados a la consecución de metas.
- **Autodirección:** se refiere a la disposición de los integrantes del grupo para regularse a sí mismos y dirigirse a la meta.
- **Inducción:** es la aparición de fenómenos emocionales al interior del grupo que son producidos de forma deliberada o no, a partir de comunicaciones verbales y no verbales. Estas emociones pueden estar dirigidas hacia un miembro, varios o el grupo en total y genera una atmósfera emocional de muy diversa calidad. En general, cuando

se busca que el grupo realice una meta la mejor inducción posible es la generación de empatía entre los miembros del grupo, de tal manera que la ansiedad y hostilidad entre los integrantes se disminuya al mínimo y todos se sientan comprometidos a cumplir con su parte en la consecución de la meta planteada.

Otro aspecto relevante de la dinámica grupal tiene que ver con la estructuración del grupo. Forsyth (2014) define a la estructura grupal como una serie de pautas que subyacen a las relaciones estables entre las personas que conforman al grupo. La estructura grupal es la base con la que se sustenta la identidad grupal y se refleja en los roles que cada integrante desempeña.

Se considera que hay diferentes tipos de estructura que a continuación se detallan (Apodaka, 2004):

- **Estructura de relación:** es la que determina la posición que tiene un sujeto al interior del grupo y en consecuencia, la posición de la persona determina en algún grado sus sentimientos, percepciones o comportamientos.
- **Estructura según los roles:** se refiere a las actividades que realiza el sujeto al interior del grupo y que pueden estar centradas en la tarea, el mantenimiento del grupo o los papeles individuales que tienen que ver con la personalidad del sujeto.
- **Estructura según el poder:** está determinada por las relaciones de influencia que se establecen entre los miembros del grupo y las funciones que cada quien desempeña. Por ejemplo, lo que se relaciona con el líder y los integrantes del grupo.
- **Estructura de comunicación:** se establece por las redes comunicativas y canales utilizados por el grupo. Está determinada, en gran parte, por los estilos comunicativos de cada uno de los miembros, su procedencia y características individuales.
- **Estructura socioafectiva:** son las emociones o sentimientos inconscientes nacidos de la relación, sentimientos de solidaridad y separación mutua del grupo.

En general todos los fenómenos que aparecen espontáneamente en los grupos formados por la humanidad son detectables e identificables por el observador o investigador. En el caso de los terapeutas o personas interesadas en trabajar con los grupos como escenario de intervención, son las acciones de ellos mismos, quienes adoptan el papel de líder del grupo, las que provocan estos fenómenos con una tendencia o dirección particular para que se asegure el beneficio perseguido. Parece importante subrayar este

aspecto de deliberación, puesto que la implicación de que el líder esté consciente de estos fenómenos puede anticipar el resultado que se desea al trabajar en el escenario grupal.

#### **4.5 Definición y caracterización de los grupos terapéuticos**

Un grupo terapéutico puede definirse como aquella reunión de individuos que se centra en el proceso del propio grupo, en otras palabras, en los beneficios relacionados con el funcionamiento individual que proporciona a sus miembros la experiencia de pertenecer a ellos (O'Donnell, 2000).

Como tal, el grupo terapéutico se ha concebido como un lugar de convivencia, un método de trabajo, una forma de desarrollar la terapia o las intervenciones psicológicas, un instrumento para promover el aprendizaje, un espacio de intervención social o actitudinal (Espada, 2007). Sin embargo, la simple reunión de personas no hace al grupo, puesto que para que éste se conforme como tal deben surgir una serie de lazos entre ellos, dándoles unidad. El grupo se convierte en una realidad para los participantes del grupo cuando existen interacciones entre los mismos, una vida afectiva en común, unos objetivos o metas comunes y participación activa en todos los aspectos anteriores.

Un grupo terapéutico efectivo surge a partir de un proceso de acercamiento, conocimiento y relaciones más o menos profundas (Apodaka, 2004). El proceso inicia con la reunión de los miembros de trabajo y con el trabajo necesario para la creación de lazos que permitan el trabajo terapéutico. A partir de esos primeros encuentros se debe continuar el trabajo a partir de muy diversos factores: normas de convivencia, roles de interacción, comunicación, desarrollo de sentimientos en el espacio grupal, entre otros.

Es importante resaltar que, aunque el trabajo grupal ha tenido fines clínicos principalmente, no se puede separar el hecho de que también sirven de escenario educativo en el que los miembros del grupo pueden aprender nuevas formas de relacionarse, conocimientos que fomenten el autocuidado o el aprendizaje de capacidades y habilidades personales que les permitan adaptarse con mayor eficiencia a los ambientes en que se desarrolla su vida (Apodaka, 2004).

Así mismo, es importante considerar que muchas de las propuestas de las que se han valido los diversos tratamientos clínicos para grupos han tomado diversos marcos teóricos para desarrollar sus propuestas prácticas y se enfatiza más la experiencia de los miembros al interior del proceso grupal.

La terapia grupal puede definirse como un tratamiento de naturaleza psicológica en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un psicoterapeuta profesional para ayudarse individual y mutuamente (Guimón, 2003). El tratamiento grupal dota a los miembros de un grupo estrategias adecuadas para afrontar dificultades y recursos cognitivos y emocionales que aumenten la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, evitando así, la cronicidad y la disminución de síntomas que afecten al individuo.

Se han citado algunas ventajas de la terapia grupal (Guimón, 2003):

- A través del trabajo grupal, el paciente recrea las dificultades que ha experimentado y las interacciones con los miembros del grupo le permiten exponer sus propios patrones de comportamiento.
- El grupo puede confrontar a un individuo con su comportamiento, sobre todo aquellos comportamientos que no ha sido capaz de reconocer en sí mismo. De tal manera que se favorece que cada individuo acepte las observaciones que hace el grupo y considere las reacciones ante su comportamiento.
- La presencia de diversos miembros en un grupo que puedan sentirse identificados con las dificultades que ha tenido el individuo puede permitirle soportar con mayor tolerancia el proceso de cambio y afrontar mejor la intensidad que esto le provoca.
- La revelación de contenido conflictivo que no ha sido revelado en otros escenarios sociales del paciente proporciona alivio emocional.
- Las interacciones entre los miembros del grupo favorecen comportamientos e intercambios de afectos e ideas que se consideran socialmente aceptables y pueden generalizarse a otros escenarios de convivencia del sujeto.
- El grupo, a través de sus intercambios frecuentes, permiten el desarrollo de comportamientos alternativos a los conflictivos.

A pesar de las ventajas citadas con anterioridad, se han considerado algunas desventajas que tienen que ver con la naturaleza propia del trabajo grupal. Se ha citado que algunos participantes del trabajo grupal consideran que tienen menos tiempo exclusivo con el terapeuta y por tal motivo, menor atención que en el trabajo individual (Guimón, 2003). También se ha reportado que algunas personas pueden experimentar sentirse perdidos en la multitud que representa el grupo y no ser dimensionados en sus propias características personales; lo que puede conllevar a una mala integración del individuo con el grupo, la dinámica grupal y los resultados del grupo en conjunto.

Dos aspectos importantes que deben considerarse con respecto al trabajo grupal son el manejo de la confidencialidad y la finalización del trabajo grupal (Espada, 2007; Guimón, 2003; O'Donnell, 2000).

En el primer caso, el guía o terapeuta grupal debe asentar y hacer explícito ante el grupo que la información vertida dentro del espacio terapéutico debe ser confinada al tiempo de trabajo con el grupo y manejarla como tal en los contactos que establezca con los miembros del grupo; así promoverá la confianza de los miembros del grupo. Sin embargo, el que el terapeuta explicita esta consigna no garantiza que los miembros del grupo se adhieran a la misma y actúen en consecuencia a ella; por lo que algunos participantes del trabajo grupal tendrán reservas para participar abiertamente en la dinámica propuesta por el terapeuta y beneficiarse en consecuencia de la misma.

Por otro lado, la finalización tiende a ser complicada y menos flexible que la que se realiza en el trabajo individual. Para algunos miembros, el trabajo grupal pudiera cumplir su cometido en un tiempo menor que el programado por el terapeuta y percibir que su participación ya no les aporta mayor beneficio, mientras que a otros podría resultarles insuficiente y requerir mayor apoyo; por lo que el terapeuta tiene que balancear las demandas de los participantes y considerar formas más flexibles de finalización que permitan el beneficio grupal.

Como en todo trabajo terapéutico, el trabajo grupal no puede partir sin una base teórica o modelo en el cual sustentarse. La terapia grupal posee en la actualidad una variedad extensa de estilos y técnicas, prácticamente todas las grandes corrientes tienen formas de trabajo grupal. Originariamente el trabajo con los grupos comenzó a través de la aplicación de los principios psicodinámicos y en la actualidad suelen combinarse dichos principios con los de otras vertientes de la psicología clínica (Apodaka, 2004).

El trabajo grupal contemporáneo suele utilizar los principios psicodinámicos para analizar individualmente a cada uno de los participantes, los aspectos interpersonales para analizar las interacciones entre los participantes y el análisis del grupo en conjunto para analizar el proceso del grupo a lo largo del tiempo de trabajo terapéutico.

Espada (2007) considera que las orientaciones teóricas en el trabajo grupal pueden clasificarse en tres grandes subgrupos:

- **Orientación psicodinámica:** se centra individualmente en los miembros del grupo, su evolución a lo largo del proceso y las características de las interacciones que se

interpretan como reflejo de procesos intrapsíquicos pero fundamentalmente dependientes de la interacción.

- **Orientación interpersonal:** se centra en las interacciones de los miembros del grupo entre ellos mismos y el foco del análisis es la interacción misma; considerando que la forma de relacionarse en el espacio de convivencia grupal es el escenario para generar modificaciones que podrán llevarse al campo cotidiano de cada quien.
- **Orientación grupal en conjunto:** se centra principalmente en el proceso del grupo para observar los cambios que ocurren en la experiencia de los miembros; por lo que el proceso individual no es enfatizado en comparación con lo que sucede con los miembros como un todo significativo.

Yalom (2000) ha teorizado que el cambio que experimentan los individuos al interior de un grupo terapéutico depende de las experiencias que intercambian entre ellos y que conforman ciertos factores que son clave para el proceso de la terapia. En general los factores propuestos por el autor son los siguientes:

- **Infundir esperanza:** es la fuerte creencia que poseen los integrantes del tratamiento en que el proceso resolverá las situaciones personales conflictivas. En la psicoterapia grupal los participantes tienen que desarrollar una expectativa que incite su deseo por saber acerca de otras personas que han pasado lo mismo que ellos y cómo han superado el periodo difícil.
- **Universalidad:** consiste en que los integrantes del grupo hagan consciente que otras personas han pasado lo mismo que ellos y que no son los únicos que experimentan dolor o sufrimiento por la misma razón. Es necesario que reconozcan las similitudes con otros pero no las enfatizen creando un obstáculo a su mejoría, en lugar de un puente hacia la solución deseada.
- **Información participada:** es la información obtenida tanto del terapeuta como de los otros participantes que puede tomar la forma de guía, consejos u orientación directa sobre la naturaleza de las dificultades que experimenta el sujeto o la situación vital que el sujeto debe atender. El valor de estas interacciones no siempre es vital para el éxito del proceso, pero crea un vínculo entre el participante, el grupo y el terapeuta, que favorece el trabajo terapéutico.
- **Altruismo:** se refiere a que el grupo se convierte en un escenario idóneo para disminuir la sensación de minusvalía que en algunas ocasiones sucede a quienes se involucran en un trabajo terapéutico. Esto es posible debido a que la reunión con otros permite

que el participante deje de lado su ensimismamiento y pueda darse cuenta que es importante para otros. Así mismo es el escenario que permite que aporte y de a otros sin recibir nada a cambio; lo cual aumenta la autoestima del sujeto.

- **Recapitulación correctiva del grupo familiar primario:** durante las reuniones grupales será frecuente que el participante repita los patrones relacionales aprendidos en el seno de su familia. En su interacción con los compañeros y el terapeuta se podrán observar las formas de relacionarse como la dependencia, el desafío, el conflicto, la búsqueda de aliados, etcétera. Más que buscar que el grupo sea el escenario de repetición, el terapeuta deberá identificar dichos patrones y señale al participante su forma de actuar para que éste los note, los comprenda, los rectifique y reconstruya; de tal manera que se provea una forma de interactuar distinta.
- **Desarrollo de técnicas de socialización:** es la posibilidad de reconocer y alterar propositivamente el comportamiento del individuo en el marco social y así disminuir la crítica y facilitar la experimentación y expresión de empatía al interior del grupo. Esto promueve la expresión de conducta prosocial fuera del grupo en el contexto cotidiano del participante. El grupo, por lo tanto, representa un escenario acertado para un intercambio social adecuado.
- **Conducta imitativa:** en general ocurre que, al inicio del trabajo grupal, los miembros del grupo tratan de imitar el comportamiento del terapeuta o los participantes que les parecen más maduros por un proceso de identificación. Poco a poco se benefician de observar el proceso de otros participantes por un proceso de aprendizaje vicario, así, adoptan comportamientos que a otros les han funcionado y puede ser que sean más adaptativos a los realizados por él y se genere un proceso de cambio benéfico. En este mismo sentido, los participantes pueden adoptar en principio algunos comportamientos sin cuestionarse si son adecuados o pertinentes para su contexto personal, y a través de este proceso, observarse a sí mismos y comprender quienes son realmente y desechar aquellos comportamientos o actitudes con las que no se identifican.
- **Catarsis:** se refiere a la verbalización acompañada de tintes emocionales que permite la liberación de contenidos que molestan o duelen al participante.
- **Factores existenciales:** es la actitud que sostiene el participante hacia la vida y que se define a partir del entendimiento de que la vida puede ser injusta, que algunas situaciones son inevitables (como la muerte o la enfermedad) y la aceptación del papel personal en la forma en la que se conduce la propia vida. A través el cuestionamiento de estos aspectos debido a la observación activa de los otros participantes y de uno

mismo en la temática del grupo, el participante puede reconocer que hay ocasiones en las que deberá enfrentarse a la vida por sí mismo, sin ayuda, que al afrontarlas por sí mismo estará actuando honestamente consigo y que en última instancia aprenderá a tomar responsabilidad por el modo en el que viva su vida.

- **Cohesión del grupo:** en líneas anteriores se consideró a la cohesión como la fuerza que motiva a los participantes a actuar en congruencia con las normas grupales establecidas. Es la fuerza que mantiene unidos a los miembros del grupo con el grupo mismo. Se va desarrollando a partir de la unión de los participantes en torno al objetivo común y surge como producto del predominio de la empatía, la homogeneidad sociocultural y los fenómenos emocionales que emergen del grupo.
- **Aprendizaje interpersonal:** es un aspecto inherente al proceso terapéutico, puesto que incluso en la terapia individual emerge un aprendizaje entre terapeuta y paciente que es interpersonal por naturaleza. Tiene que ver con que los participantes reconfiguren y resignifiquen sus experiencias a través del trabajo realizado al interior del grupo. El contacto frecuente y constante, así como los procesos vividos al interior del grupo permiten a los participantes cambiar del objetivo de conseguir un alivio del sufrimiento a conseguir un funcionamiento interpersonal distinto más adaptativo.

#### 4.6 Fases del proceso grupal

Antes de presentar las concepciones teóricas acerca de las fases por las que pasa un grupo terapéutico, es importante enfatizar que no se trata de presentar modelos rígidos que pretenden sistematizar pasos que deben concretarse uno a uno para asegurar la meta terapéutica. Los modelos representan esquematizaciones que tratan de explicar los cambios dinámicos por los que puede pasar el grupo terapéutico para lograr su meta y que tienen una flexibilidad que permite considerar intervenciones apropiadas para cada fase en los aspectos afectivos, cognitivos y vivenciales de los participantes del grupo.

El primer modelo teórico desarrollado es el del Lewin quien concibe el proceso de forma escalonada en tres fases y se enfatiza el proceso de aprender nuevas actitudes al interior del grupo (Apodaka, 2004). Las fases son las siguientes:

1. **Desbloqueo o deshielo:** los miembros del grupo se enfrentan, en primera instancia, a disonancias en relación con las experiencias previas y se experimenta un conflicto con las costumbres cotidianas. Esto se produce debido a la escasa confirmación o ratificación por parte de los otros participantes de la pertinencia de las actitudes previas y la aparición de sentimientos de culpa o reminiscencia de fracasos anteriores.

2. **Cambio:** el proceso del grupo promueve que el participante ensaye nuevas conductas o actitudes alternativas que pueden ser espontáneas, coordinadas con otros miembros del grupo o dinamizadas por parte del terapeuta. En general se prefiere que sean comportamientos no impuestos por parte del grupo o del terapeuta, para que se mantengan a largo plazo. El cambio puede ocurrir por la redefinición de la situación actual, la extensión de la percepción o la reestructuración de las categorías valorativas.
3. **Consolidación y estabilización:** el participante se enfrenta a la integración de las actitudes aprendidas en el proceso grupal y los repertorios existentes previamente. Poco a poco el participante conquista una nueva identidad personal y social, frecuentemente reconocida por el grupo.

En el caso de este modelo, los principios más importantes son el mantenimiento del “aquí y ahora” que Lewin considera como la relación consciente de los participantes con los conocimientos, experiencias y valores a los que están expuestos durante el proceso (Apodaka, 2004). Otro principio importante es la retroalimentación que hace referencia a las comunicaciones expresas e intencionales de la percepción de la conducta y la vivencia que tiene un participante con respecto a otro u otros.

El modelo tradicional de los grupos orientados psicoanalíticamente es el desarrollado por Bion (1985), quien considera que en la fase inicial de un grupo el comportamiento de los participantes se va a basar en la interdependencia funcional de los participantes; prevaleciendo los supuestos fundamentales. Estos supuestos son fenómenos inconscientes y están en relación cercana con la intimidad y orientación hacia la autoridad, que en realidad es reflejo de cómo se aprendió a conformar relaciones con las figuras primarias en la infancia. En otras palabras, los supuestos fundamentales hacen referencia a los problemas que trae el individuo desde su propia experiencia de socialización (Espada, 2007).

Los supuestos desarrollados por Bion (1985) son los siguientes:

- **Dependencia:** es la fijación de las personas a la persona referencial en el grupo, en este caso el terapeuta. Las personas aceptan que esta persona es omnipotente y omnisciente, si la persona no responde a esas expectativas buscarán a otra persona dentro o fuera del grupo que cumpla con tales expectativas.
- **Contra-dependencia:** si la esperanza depositada es frustrada pueden surgir agresiones que se exteriorizan en rebeldía y hasta tendencias destructivas. En este

proceso lo que falla es la persona que educa o lidera al grupo, por lo que los ataques pueden estar dirigidas hacia el terapeuta.

- **Lucha:** el grupo se une colectivamente para entablar una lucha dirigida especialmente hacia la figura educadora (el terapeuta) en cuanto la lucha les permitirá reducir el número de personas y, por lo tanto, aumentar la satisfacción individual de quienes restan.
- **Huida:** el grupo entero o una parte de los participantes tienden a evadir la tarea propuesta por medio de la huida. Se sienten desamparados física o psíquicamente, niegan la situación problemática, se refugian en otro tema o algún otro comportamiento anormal. Tanto la lucha como la huida permite al grupo expresar sus emociones y logran una satisfacción instantánea.
- **Formación de parejas o emparejamiento:** algunos miembros del grupo apoyan o impiden emparejamientos espontáneos entre otros participantes teniendo la expectativa de que esto superará mejor la situación del grupo. La dirección del proceso, entonces, pasa a manos de las parejas o de la huida y retirada que ya está en proceso.

#### 4.7 Modelos de intervención grupal

En la actualidad hay muchos métodos utilizados en la terapia de grupos y los terapeutas, en general, utilizan aquellos métodos que se ajustan a las necesidades del grupo o de las capacidades y habilidades personales que posee el terapeuta.

El método original de la dinámica de grupos fue desarrollado en el seno de las orientaciones existencialistas y en ocasiones en formas no terapéuticas. En la actualidad los conceptos y técnicas pueden ser similares entre los diferentes modelos, pero funcionan de manera distinta a partir del encuadre desde el que se trabaje.

Aunque sean diferentes los enfoques terapéuticos, en la base de cada uno de los modelos de trabajo se encuentra la suposición básica que el encuentro frecuente y constante influirá en las personas y que a partir de esto se generará un cambio benéfico en las personas.

A continuación se reseñan brevemente algunos de los modelos más frecuentemente utilizados en la intervención grupal.

- **Grupos de orientación psicodinámica:** es un modelo de trabajo derivado del psicoanálisis que encuadra el entendimiento del grupo como la interacción de los miembros a partir de un conjunto de transferencias y contratransferencias tanto entre

los miembros como con el terapeuta o coordinador del grupo. Se enfatiza que la transferencia se interpreta como los intentos del participante por establecer relaciones con el entorno y consigo mismo. Por lo que el terapeuta tiene como papel fundamental interpretar lo que otros significan para los miembros del grupo y la forma en la que el grupo responde ante los conflictos que se plantean. Kutash y Wolf (2010) consideran que el objetivo fundamental de esta forma de trabajo es la reorganización del paciente a partir de la exploración profunda de su personalidad y de aspectos inconscientes; por lo que el conocimiento de sí mismo a través del reconocimiento de las motivaciones y conflictos inconscientes que subyacen a las problemáticas actuales. Este proceso se facilita mediante la presencia del grupo. El grupo, por lo tanto, se considera como una matriz que reactiva en el individuo diferentes elementos dinámicos que conformaron su personalidad durante la infancia.

- **Psicodrama:** es un enfoque desarrollado por Jacob Moreno y se considera como parte de una orientación sociométrica. Este enfoque desarrolló una teoría del desarrollo y las relaciones entre los individuos y enfatiza la distribución de sentimientos positivos, negativos y neutros que generan atracción o repulsión al interior del grupo. De acuerdo con Sacks (2010) el objetivo principal del psicodrama es el alivio de los sentimientos acumulados, la promoción del insight y el apoyo a los clientes para que conformen nuevas formas de comportamiento y que sean más efectivas. Durante el proceso terapéutico el grupo explora nuevas formas de solucionar problemas y experimentar nuevas formas de relación. El cliente en el psicodrama tiene la oportunidad de representar, como en una escena de teatro, el problema que le aqueja y no solamente hablar de él; es lo que hace al psicodrama distinto de otros enfoques grupales. Los conceptos fundamentales del psicodrama están relacionados con la espontaneidad, la creatividad, el rol, la transferencia, el átomo social, la estructuración de la sesión psicodramática y las técnicas para la representación.
- **Terapia grupal existencialista:** es una aproximación que se centra en las preocupaciones de los individuos que lastiman o se encuentran ligadas a su existencia. Yalom (2001) considera que la terapia busca proporcionar al cliente herramientas para que aumente la auto-conciencia y se reduzcan los bloqueos que impidan su crecimiento. Los clientes descubren mediante la terapia a emplear su libertad de elección y a asumir la responsabilidad de sus elecciones. De acuerdo con Rosenbaum (2010) el existencialismo, corriente filosófica en la que se basa la terapia, considera que el hombre se mantiene rehaciéndose y descubriéndose continuamente ya que la

naturaleza humana implica enfrentarse a nuevos retos y oportunidades. El objetivo de la terapia es comprender el mundo del cliente y promover una profundización de su conocimiento y dominio de sí mismo.

- **Terapia grupal Gestalt:** en general las propuestas grupales de la terapia Gestalt derivan de las propuestas y principios aplicados al tratamiento individual. La terapia se centra en que el cliente tome consciencia y se dé cuenta de las necesidades que tiene o, la frustración de necesidades ocurridas en el pasado y que en la actualidad han provocado conflictos. La terapia busca que el cliente reviva emocionalmente las experiencias que han impedido que se desarrolle y así cierre aquellos asuntos que habían quedado sin conclusión. Greve (2010) considera que el objetivo de la terapia grupal gestáltica es habilitar a los miembros del grupo a aumentar su percepción y analicen las experiencias que viven cotidianamente; de tal manera que puedan reconocer aspectos de sí mismos a los que hayan renunciado por frustraciones en el pasado. El grupo provee un escenario de aprendizaje donde cada uno de los miembros lograrán madurez y albergarán aspiraciones de cambiar. Las técnicas grupales persiguen que el cliente logre una autoexploración de sí mismo, que explore las relaciones que sostiene con el resto del grupo y los patrones o asuntos recurrentes en la dinámica del grupo.
- **Grupos de encuentro:** es un modelo de trabajo desarrollado por Rogers (1973) que tiene como objetivo proveer a los participantes de un ambiente seguro en el cual puedan examinar sus sentimientos, ser más abiertos a nuevas experiencias y desarrollar confianza en sí mismos y sus juicios. Rogers (1973) planteaba que a través del encuentro franco y sin máscaras o pretensiones, los asistentes al grupo se animarían a vivir el presente sin obstáculos y desarrollarían actitudes más congruentes hacia la vida como la honestidad, la apertura y la espontaneidad. Rosenbaum (2010) afirma que el papel del terapeuta es más un guía que facilita el clima de seguridad y confianza y anima al grupo a expresarse. Rogers (1973) consideró que la forma de lograr el clima idóneo al interior del grupo era si el terapeuta se mostraba genuino de forma auténtica y si demostraba aceptación incondicional, respeto y comprensión por el grupo.
- **Terapia grupal cognitivo-conductual:** este modelo está centrado en el aprendizaje, por lo que propone que los participantes del grupo aprendan a eliminar conductas indeseables o poco adaptativas y que se aprendan patrones de conducta más efectivos. Los objetivos que se formulan en la terapia son amplios y en conjunto con

los clientes. Los objetivos se subdividen en submetas que permitan la consecución final del objetivo y se van logrando a partir de las técnicas conductuales de modificación de conducta y los diversos esquemas de reestructuración cognitiva. Rose (2010) plantea que el terapeuta toma una postura directiva y suele actuar como un profesor que enseña a los clientes técnicas que aplicarán en su vida cotidiana y practicarán con base en tareas que él diseñará de acuerdo a las dificultades que plantea el grupo. Hay una amplia gama de técnicas bajo este enfoque que incluyen la desensibilización sistemática, las técnicas aversivas, los programas de reforzamiento, investigación conductual, modelado, feedback, procedimientos para desafiar cogniciones y esquemas de modificación y cambio de cogniciones.

- **Grupos de autoayuda:** son modelos grupales compuestos por personas que comparten algún tipo de problema, que lo padecen o están relacionados con él. Las temáticas son muy variadas y en muchas ocasiones funcionan de manera autónoma al margen de los profesionales y sin limitación temporal. En los grupos de autoayuda se aprovecha el potencial de las fuertes relaciones que van estableciéndose entre los participantes del grupo (Lieberman, 2010). Los grupos pueden formarse deliberadamente por un profesional que convoca a personas que comparten ciertas características o bien de forma espontánea por personas que invitan a otras a encontrarse en forma periódica y frecuente para discutir un problema común y buscar formas de solución o de mejor afrontamiento. Los cambios que promueven los grupos de autoayuda son muy diversos como empatía, comprensión, motivación, autoestima, cambio de pensamientos e incluso cambios conductuales.
- **Talleres psicoeducativos:** son intervenciones grupales en las que se propicia una situación de enseñanza-aprendizaje con la finalidad de que el grupo obtenga información relevante sobre los temas específicos en los que versa la intervención. En la intervención se subraya la importancia de la dinámica grupal como medio para promover un cambio conductual o de actitudes. Herrera (2003) considera que para que los talleres psicoeducativos funcionen como intervenciones efectivas deben contener temas y actividades prácticas, desarrollar que los participantes se relacionen con la temática propuesta y proveer de un espacio para la socialización del conocimiento dentro del grupo.

## **4.8 Intervenciones grupales orientadas hacia la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y el bienestar**

La Terapia Grupal puede proveer ciertas ventajas para los pacientes que padecen depresión, como beneficiarse de la cohesión grupal y la normalización de los efectos y consecuencias de la depresión (Thimm & Antonsen, 2014). También se ha considerado que los pacientes sacan mayor provecho de un tratamiento grupal al experimentar en tareas conductuales con el apoyo de otros, aprender de los esquemas cognitivos de sus pares y de funcionar como co-terapeutas a lo largo del proceso.

McDermut, Miller y Brown (2001) realizaron un meta-análisis de 48 ensayos controlados y mostraron que la terapia grupal en diferentes formas es efectiva para reducir los síntomas de la depresión. Oei y Dingle (2008) también consideraron que la terapia de forma grupal mejora las cogniciones, los comportamientos y la salud general de los participantes.

Thimm y Antonsen (2014) estimaron que la efectividad de la terapia proporcionada a pacientes adultos con depresión es bastante alta, sin embargo, los problemas que estos autores examinan incluyen que hasta el 25% de los pacientes en tratamiento lo abandonan antes de poder examinar si hubo un efecto particular y un porcentaje variable puede tener recurrencia de síntomas después de un año posterior a los tratamientos. Así mismo, pueden existir pacientes que no se beneficien del tratamiento como tal y se requieran modificaciones adicionales.

Varias investigaciones y meta-análisis han concluido que la Terapia Cognitivo-Conductual es eficaz en el tratamiento de la depresión y se ha constituido como un programa de tratamiento de primera línea recomendada en diversas guías de tratamiento (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Cuijpers, Andersson, Donker & Van Straten, 2011; Hoffman, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

La Terapia Cognitivo-Conductual Grupal se ha examinado como un tratamiento efectivo para la depresión que además ha mostrado una disminución en cuanto al costo y como alternativa al tratamiento individual (Tucker & Oei, 2007; Vos, Corry, Haby, Carter & Andrews, 2005).

Con respecto a la ansiedad es importante considerar que los trastornos de ansiedad están clasificados en diferentes trastornos que comparten características similares de

miedo, ansiedad excesiva y que conducen a disturbios conductuales. Así mismo, cursan con alta morbilidad con otros trastornos mentales.

La mayoría de los tratamientos grupales para la ansiedad muestran varias similitudes y utilizan diversas técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva o la exposición graduada. La efectividad de los tratamientos grupales varía, pero en general se considera alta en comparación con los tratamientos individuales.

Las Terapias Cognitivo-Conductuales Grupales han demostrado tener alta efectividad en el tratamiento de los diversos trastornos de ansiedad. Las ventajas que se citan para este tipo de tratamientos están relacionadas con mayores oportunidades de moldeamiento de los pares, reforzamiento y apoyo social. Lamentablemente la heterogeneidad de los trastornos de ansiedad y la optimización de recursos para la atención clínica ha hecho difícil probar la efectividad de tratamientos para trastornos específicos en niños. En cambio, en el tratamiento para adultos se han desarrollado tratamientos específicos para padecimientos como la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico con agorafobia y otros.

A pesar de la alta efectividad mostrada por los tratamientos grupales tanto para la depresión como para la ansiedad, Whitfield (2010) ha citado algunas desventajas que se desarrollan por la metodología grupal, entre otras:

1. Hay menos tiempo de atención para cada paciente y puede dificultar la monitorización del estado mental y los cambios de cada uno durante las sesiones terapéuticas.
2. Hay menos oportunidades para tratar en la terapia las circunstancias individuales y esto puede exacerbarse debido al tamaño del grupo.
3. Los grupos pueden ser más amenazantes para algunas personas y estimular mayor ansiedad para concentrarse en el trabajo terapéutico.
4. Los tratamientos grupales podrían tener altas tasas de abandono del tratamiento.
5. Algunos miembros del grupo podrían no encajar en el grupo y es difícil prevenir que se formen subgrupos al interior del grupo terapéutico.
6. Los grupos se forman y encuadran bajo ciertas reglas como un horario fijo de tiempo para las sesiones y algunos pacientes podrían no poder ajustarse a estas prerrogativas.
7. En algunos casos puede ser difícil remover a un paciente del grupo cuando claramente su personalidad o características interfieren con el trabajo o encuadre propuesto para el tratamiento.

8. Algunos individuos gravemente afectados pueden no beneficiarse de un tratamiento grupal estándar.
9. Algunos tratamientos grupales no poseen una evidencia fuerte sobre el beneficio individual que proveen.

Con respecto a la calidad de vida, gran parte de los tratamientos grupales se han centrado en problemas relacionados con enfermedades físicas o médicas. Particularmente relacionados con las enfermedades crónico-degenerativas que generan altas tasas de discapacidad, comorbilidad, mortalidad y sufrimiento.

Los diferentes tipos de intervenciones grupales que se han utilizado en el contexto de la calidad de vida son los grupos de autoayuda, los grupos de apoyo social, los grupos psicoeducativos, los entrenamientos orientados para el manejo del estrés, los grupos orientados psicodinámicamente, las terapias centradas en la experiencia existencial y los tratamientos de reducción del estrés basados en atención plena.

La gran mayoría de los tratamientos enfocados a mejorar la calidad de vida de las personas con problemas médicos están enfocados en la reducción y manejo del estrés.

Wiersma, Jenner, Nienhuis, Stant y van de Wiliege (2004) examinaron la influencia de la Terapia Cognitivo-Conductual Grupal en pacientes con esquizofrenia reportando menores puntuaciones en una escala de calidad de vida que los controles sanos pero una mejora posterior después de nueve meses de tratamiento.

Grossman et al. (2010) examinaron el efecto de un tratamiento grupal basado en atención plena sobre la calidad de vida encontrando una mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar general, así como una mejora en síntomas relacionados con depresión, fatiga y ansiedad.

Las intervenciones grupales orientadas hacia el bienestar han estado centradas tanto en población clínica, particularmente con depresión o ansiedad como problemas de base, como población no clínica.

Seligman et al. (2006) evaluaron las intervenciones grupales centradas en la Psicología Positiva en clientes que experimentaban síntomas depresivos de intensidad leve a moderada, encontrando una disminución significativa de los síntomas. Rashid et al. (2013) encontraron que la Psicoterapia Positiva aplicada a los grupos (tratamiento inspirado en las intervenciones de la Psicología Positiva), que se centra en la mejora del bienestar, tuvo una

mejora en la depresión, síntomas psiquiátricos, regulación emocional, tolerancia al estrés, el bienestar y la satisfacción con la vida, en un grupo de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad.

Cuadra-Peralta et al. (2010) examinaron el impacto de la Psicoterapia Positiva en un grupo de personas diagnosticadas con depresión y encontraron una mejoría significativa en los niveles de depresión post-tratamiento. Lü, Wang y Liu (2013) examinaron el tratamiento grupal basado en la Psicología Positiva en un grupo en los niveles de depresión y el tono vagal al manejar retos ambientales, encontrando mejorías en afecto positivo y niveles de depresión después de la intervención y en los seguimientos a los tres y seis meses.

#### **4.9 Descripción general de la propuesta de intervención**

El taller psicoeducativo “Claves para una felicidad duradera” es una propuesta diseñada a partir de los lineamientos para intervenciones psicoeducativas de Rodríguez-Marín, Cañadas, García y Mira (2007), quienes establecen como pasos necesarios para el diseño la revisión de las necesidades de la población meta, la revisión teórica del tema, la revisión de las posibles intervenciones y la consignación de los programas en forma de cartas descriptivas que permitan la realización de la intervención.

Así mismo, para estructurar el contenido del taller se tomó en cuenta la propuesta de Psicoterapia Positiva de Rashid (2015) que se trata de una aproximación terapéutica basada en la premisa de que la psicología debe preocuparse tanto de las fortalezas como de las debilidades. La Psicoterapia Positiva plantea la integración de los síntomas con las fortalezas, los recursos con los riesgos, debilidades con valores, y esperanzas con rencores para comprender las complejidades inherentes de la experiencia humana en una forma balanceada. El objetivo es amplificar sistemáticamente los recursos positivos de los clientes; específicamente las emociones positivas, las fortalezas de carácter, el significado que se otorga a la vida, las relaciones positivas y los logros intrínsecamente motivados. Más que negar las dificultades o el trabajo con la sintomatología de los clientes, es un cambio de foco que busca balancear la terapia desde el déficit hacia las fortalezas.

La propuesta original de Rashid (2015) es un tratamiento grupal de catorce sesiones y al final de cada sesión los participantes tienen que realizar un ejercicio entre sesiones. El modelo de trabajo se basa en la propuesta de Seligman (2002) de que el bienestar subjetivo puede conceptuarse dentro de cinco componentes denominado PERMA; el cual está

compuesto por las emociones positivas, las relaciones positivas, el involucramiento, el significado y sentido de la vida y los logros y objetivos personales. Así mismo, sistematiza las intervenciones positivas que son ejercicios o actividades que buscan mantener los aspectos positivos de la vida de los clientes en el primer plano de la sesión o encuentro con el terapeuta y fortalecen los aspectos positivos ya existentes (Seligman, Rashid & Parks, 2006).

El taller propuesto emula el contenido y estructura de las sesiones de Rashid (2015), sin embargo tiene una duración menor y el contenido se ha simplificado para una mejor comprensión de los contenidos; esperando que una disminución en el número de sesiones aumente la adherencia de los asistentes. Así mismo, el objetivo del taller es distinto al de la psicoterapia.

El objetivo principal del taller es que los participantes examinen los elementos que componen el bienestar psicológico subjetivo, discutan a partir de la reflexión grupal la pertinencia de estos elementos en sus vidas y utilicen algunas intervenciones positivas (en formato de ejercicios semanales) que puedan focalizar y cultivar los aspectos positivos en las vidas de los pacientes.

El taller está dividido en 8 sesiones que abordan los siguientes contenidos:

- **Sesión 1.** Introducción al taller y el significado del bienestar subjetivo (felicidad).
- **Sesión 2.** Las emociones positivas.
- **Sesión 3.** El involucramiento.
- **Sesión 4.** Las relaciones positivas.
- **Sesión 5.** El significado y sentido.
- **Sesión 6.** Los logros y objetivos personales.
- **Sesión 7.** Los obstáculos y mitos para el bienestar.
- **Sesión 8.** Cierre del proceso.

Los objetivos específicos de cada una de las sesiones del taller son los siguientes:

- Evaluar de forma inicial al grupo y analizar el concepto de bienestar psicológico, sus componentes y su influencia en la salud mental.
- Analizar el papel de las emociones positivas en el bienestar psicológico y plantear las herramientas del perdón y la gratitud como transformadoras de emociones negativas.

- Analizar el papel del involucramiento en el bienestar psicológico e identificar las fortalezas de carácter, de los participantes, empleadas en diversas actividades.
- Analizar el papel de las relaciones interpersonales en el bienestar psicológico y explorar los estilos de respuesta de los participantes en las interacciones cotidianas.
- Analizar el papel del significado y sentido de la vida en el bienestar psicológico y explorar los valores personales y fuentes de significado de los participantes.
- Analizar el papel de los logros y objetivos personales en el desarrollo del bienestar psicológico.
- Analizar los obstáculos y mitos (creencias) que interfieren con el desarrollo del bienestar psicológico.
- Realizar una recapitulación de los ejercicios realizados y focalizar y enfatizar los aprendizajes logrados durante el taller.

Con la implementación del taller y de los ejercicios programados se pretende que los asistentes reflexionen acerca de su propio bienestar, conozcan los elementos del bienestar subjetivo y utilicen lo revisado en el taller para incrementar su bienestar y calidad de vida. De esta manera podría propiciarse un mejoramiento en su estado psicológico y emocional.

## Capítulo 5. Método

*Dejamos de temer aquello que se ha aprendido a entender*  
Marie Curie

### 5.1 Justificación

En México el estado de salud mental de la población se ve amenazado ante el incremento de los problemas y trastornos mentales y las condiciones macrosociales adversas a las que se ve sometida la población en la actualidad como la pobreza, la delincuencia, la vulnerabilidad, la falta de atención profesional y el incremento de diversas formas de violencia (Juárez-Ramírez, Márquez-Serrano & Salgado, 2014; Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2003; Medina, Real & Amador, 2015; Souza & Cruz, 2010; Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012).

La depresión y la ansiedad constituyen un grave problema de salud pública a pesar del amplio conocimiento de las dimensiones, la etiología y las alternativas de tratamiento de estas condiciones (Medina, Real y Amador, 2015; Medina-Mora, et al., 2005; Virgen, Lara, Morales & Villaseñor, 2005; Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012).

En México el 9.2% de la población ha tenido un evento depresivo a lo largo de su vida y una de cada cinco personas podría llegar a cursar con un evento depresivo que requiera atención profesional antes de cumplir los 75 años de edad. Mientras que los trastornos de ansiedad pueden llegar a igualar la magnitud de los trastornos depresivos, simplemente por la coocurrencia con ellos y porque llegan a alcanzar una prevalencia de hasta el 14.3% en la población mexicana y un 18% en la población infantil y adolescente (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, et al., 2009; Medina-Mora, et al., 2005).

Aunado a este panorama del incremento de los problemas de salud mental, el país enfrenta desafíos que involucran el aumento en la cobertura y presupuesto destinado a la salud mental y el trabajo relacionado con la prevención; ya que a pesar de la alta prevalencia de algunos padecimientos mentales solamente el 17.7% de las personas entre 18 y 65 años de edad con problemas mentales menores y el 34.4% con problemas mentales graves reciben atención especializada (Medina, Real & Amador, 2015; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011). Así mismo, existe una brecha que va de 15 años en

trastornos afectivos hasta 25 años en problemas de control de impulsos, de ansiedad y relacionados con el consumo de sustancias entre la aparición de los primeros síntomas identificables y la recepción de un tratamiento especializado (Medina, Real & Amador, 2015).

Actualmente solo el 20% de las personas con un trastorno mental en México recibe tratamiento especializado y adecuado para su problema (Secretaría de Salud, 2005). En nuestro país durante 2017 se destinó solo el 2% del presupuesto total asignado a la salud a actividades relacionadas con la salud mental y un 80% se emplea en el mantenimiento de hospitales psiquiátricos; por lo que se destina poco para la detección, la prevención o la rehabilitación (Secretaría de Salud, 2013).

La falta de tratamiento especializado puede deberse, además de la falta de personal especializado para la población que constituye al país, a concepciones y creencias socioculturales de nuestra sociedad que tienden a discriminar a las personas que padecen problemas mentales y al alejamiento de la población de profesionales de la salud mental como los psiquiatras y los psicólogos; haciendo más difícil la identificación, prevención y tratamiento de dichas condiciones (Mascayano-Tapia, Lips-Castro, Mena-Poblete, et al., 2015; Mora-Ríos, Bautista-Aguilar, Ortega-Ortega & Natera, 2012; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011).

Por tales razones es necesario un viraje de la concepción que poseemos sobre la salud mental hacia la promoción de la salud mental en consonancia con lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud que puede conceptualizarse como acciones que permitan el desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo y no solamente enfocarse en el tratamiento y reparación de los daños provocados por los padecimientos mentales, así como en la calidad de vida de las personas (Davies, 2014).

Otro problema relacionado con la atención efectiva de los problemas mentales radica en la forma en la que se configuran y conceptualizan dichos tratamientos. En general, para la atención de la ansiedad y la depresión, se utilizan tratamientos basados en la combinación de tratamientos psiquiátricos farmacológicos con tratamientos psicoterapéuticos, ambos orientados a la paliación de los síntomas, la disminución de la disforia y el uso de técnicas orientadas a eliminar el malestar y hacer que las personas vuelvan a adaptarse a su medio ambiente. La aproximación descrita anteriormente ha llevado a tener tratamientos cuya tasa de efectividad se ha calculado alrededor del 65% y

de un efecto placebo del 45% al 55%; incluso en tratamientos farmacológicos (Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholls, 2002; Fournier, DeRubeis, Hollon, et al., 2010; Seligman, 2016). Con lo anterior podemos suponer que los tratamientos orientados a disminuir los síntomas, más que eliminar la condición que causa sufrimiento, pueden llevarnos a un regreso al punto de partida previo al tratamiento y la consecuente recaída (Hollon, Thase & Markovitz, 2002).

En este escenario aparece la Psicoterapia Positiva como una forma de tratamiento terapéutico que aboga por balancear tanto el trabajo con los síntomas y las dificultades de los clientes como la observación y tratamiento de las fortalezas y aspectos positivos de los mismos, así como una forma en la que se utilicen los recursos y fortalezas propias de los pacientes, se fortalezcan y permanezcan permanentemente al servicio de la persona para enfrentar dificultades, se lidie continuamente con el padecimiento, se evite la recaída y se logre un mejor desarrollo personal (Bertisch, Rath, Long, Ashman & Rashid, 2014; Rashid, 2015; Rashid & Seligman, 2013; Seligman, Rashid & Parks, 2006; Wood & Tarrier, 2010). Es una propuesta de intervención clínica inspirada en la investigación empírica y los supuestos teóricos y epistemológicos de la Psicología Positiva. Más que reemplazar las prácticas psicoterapéuticas establecidas y efectivas para los problemas mentales, permitiría evaluar aspectos más complejos en los efectos de los procesos terapéuticos como la remisión de los síntomas, la prevención de recurrencias y el aumento en la calidad de vida.

La Psicoterapia Positiva ha sido utilizada y probada como efectiva en el tratamiento de la depresión, la ansiedad, el incremento de las habilidades sociales, la adherencia al tratamiento en la adicción a la nicotina y como coadyuvante en el tratamiento de la esquizofrenia y otros cuadros psicóticos (Goodwin, 2010; Kahler, et al., 2014; Lü, Wang & Liu, 2013; Meyer, Johnson, Parks, Iwanski y Penn, 2012; Rashid, et al., 2013).

Se trata de una aproximación a la psicoterapia muy flexible que se ha aplicado tanto en formatos individuales como grupales y en esquemas de sesiones estructuradas en tópicos e intervenciones bien definidas o a través de la inclusión de sus técnicas en procedimientos o tratamientos convencionales.

Aunque ha sido probada en población clínica con depresión en Chile (Cuadra-Peralta, et al., 2010) obteniendo buenos resultados, resulta necesario evaluar el posible efecto que tendría en nuestra población.

Con la finalidad de examinar la influencia que tendrían las propuestas de la Psicoterapia Positiva en la población mexicana, se propone en este trabajo una intervención grupal en forma de taller psicoeducativo, con el objetivo que las personas asistentes al taller examinen los elementos del bienestar psicológico subjetivo, que sustentan la práctica terapéutica de la Psicoterapia Positiva, y a partir de la reflexión grupal y la realización de ejercicios (que se denominan como intervenciones positivas en el marco de la Psicología Positiva), los asistentes puedan adquirir habilidades para el fomento de dichos elementos del bienestar en sus experiencias cotidianas, disminuyan su posible sintomatología depresiva y ansiosa y aumenten su calidad de vida y bienestar psicológico.

El taller psicoeducativo que se denomina “Claves para una felicidad duradera” y se inspira en la estructura de la Psicoterapia Positiva delimitada por Rashid (2015), incluyendo tanto intervenciones positivas específicamente usadas en esa aproximación terapéutica como algunas examinadas por otros autores y que sean pertinentes para cumplir el objetivo del taller (Bolier, et al., 2013; Fredrickson, 2008; Layous & Lyubomirsky, 2014; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Rashid, 2015; Tarragona, 2013; Wood & Tarrrier, 2010). Así mismo, por las características de la población a la que va dirigido el taller y el interés por la focalización en los temas de la depresión y la ansiedad, se buscó la integración de ejercicios de reestructuración cognitiva como los que se realizan en la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la depresión (Stanley, et al., 2003).

Para evaluar los efectos del taller se realizaron evaluaciones de la depresión, ansiedad, calidad de vida y bienestar de los participantes antes y después del taller. Así mismo se realizó un análisis del proceso grupal y del proceso individual de cada uno de los participantes sesión a sesión, para observar el efecto que tenía cada una de las intervenciones en la experiencia del grupo y los participantes.

## **5.2 Pregunta de investigación**

¿Qué influencia tiene un taller psicoeducativo sobre bienestar psicológico subjetivo sobre los niveles de depresión, ansiedad, calidad de vida y bienestar psicológico en un grupo de adultos que identifiquen la presencia de síntomas de depresión o ansiedad en su experiencia subjetiva y que asistan al taller en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”?

## 5.3 Objetivos

### 5.3.1 Objetivo general

Evaluar la influencia de un taller psicoeducativo sobre bienestar psicológico subjetivo en la calidad de vida, niveles de depresión, ansiedad y bienestar psicológico de adultos que identifican la presencia de síntomas de depresión o ansiedad.

### 5.3.2 Objetivos específicos

- Diseñar e implementar un taller psicoeducativo que aborde los componentes del bienestar psicológico subjetivo propuestos por Seligman (2002), en concordancia con los propósitos y supuestos de la Psicoterapia Positiva (Rashid, 2015) para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, y en el que se propongan actividades que promuevan un cambio conductual a partir de la dinámica grupal y la realización de actividades o ejercicios focalizados en promover dichos cambios (Herrera, 2003).
- Evaluar la influencia del taller psicoeducativo, mediante la comparación entre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados para evaluar la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y el bienestar psicológico, por los participantes, tanto previas al taller como posteriores al mismo.
- Evaluar la influencia del taller psicoeducativo mediante el análisis cualitativo de las observaciones directas realizadas durante la aplicación del taller tanto en el grupo en general y por participante al taller.

## 5.4 Hipótesis

Existirán diferencias estadísticamente significativas en las respuestas dadas a los instrumentos sobre depresión, ansiedad, bienestar psicológico y calidad de vida respondidos por las personas asistentes al taller de bienestar subjetivo antes y después de éste; así como diferencias cualitativas en el contenido del discurso y la participación de los participantes durante la realización del taller.

## 5.5 Variables

Se consideraron las siguientes variables dentro de esta investigación:

- **Variable independiente:** el taller psicoeducativo sobre bienestar psicológico subjetivo: “Claves para una felicidad duradera”.
- **Variables dependientes:** depresión, ansiedad, calidad de vida y bienestar psicológico.

## 5.5.1 Definición de variables

### 5.5.1.1 Variable independiente

#### a) Taller psicoeducativo sobre bienestar psicológico subjetivo:

**Definición conceptual:** de acuerdo con Herrera (2003) un taller psicoeducativo puede definirse como *“un tipo específico de intervención que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje y que considera la importancia de la dinámica grupal como herramienta del cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones”* (pág. 22). De acuerdo con la autora los talleres psicoeducativos deben contener algunos componentes esenciales para ser considerados como tales: a) deben contener temas que se desarrollen dentro de éste y proveer experiencias prácticas, b) debe partir de la teorización sobre la práctica propuesta a los participantes y desarrollarse con relación en la experiencia de los participantes, y c) debe proveer un espacio para la socialización del conocimiento al interior del grupo para que cada individuo pueda interrelacionarse y compartir su conocimiento; así el grupo genere un conocimiento colectivo.

**Definición operacional:** se programó un taller de 8 sesiones, con duración de 2 horas por cada sesión semanal. Se tomó en cuenta que los asistentes cubrieran con un mínimo de 80% de asistencia para considerar su participación y la realización de los ejercicios semanales. El programa del taller fue diseñado a partir de las propuestas de Rodríguez-Marín, Cañadas, García y Mira (2007) para el diseño de programas de intervención, la estructura propuesta por Rashid (2015) con respecto al contenido de las sesiones y las intervenciones positivas a realizar durante el taller como ejercicios semanales, con base en la validación realizada por Seligman, Steen, Park y Peterson, (2005).

De acuerdo con Rodríguez-Marín, Cañadas, García y Mira (2007) en el diseño de las intervenciones, después de identificar los problemas o necesidades a los que se quiere proponer una solución, se debe determinar el programa de intervención a partir de la revisión teórica extensa de la problemática y el impacto de las posibles intervenciones, la cual conducirá al diseño de cartas descriptivas que incluirán los temas, actividades didácticas y encuadres de tiempo y materiales para utilizar.

Rashid (2015) propone un programa flexible de Psicoterapia Positiva en las que cada sesión se aborda un aspecto de los componentes teóricos del bienestar subjetivo propuestos por Seligman (2002), el denominado PERMA y se utilizan intervenciones

positivas que, de acuerdo con Parks y Biswas-Diener (2013) son intervenciones en el marco de la psicología positiva que abordan tópicos que mencionan muy poco las situaciones problemáticas y enfatizan los aspectos positivos de la vida de los clientes, que operan de tal forma que se buscan resultados positivos y están diseñadas para promover el bienestar más que arreglar debilidades. Seligman, Rashid y Parks (2006) consideran que la meta de las intervenciones positivas en el marco de la Psicoterapia Positiva es mantener los aspectos positivos de la vida de los clientes en primer plano de la sesión o encuentro con el terapeuta y fortalecer los aspectos positivos ya existentes.

En el diseño del taller se consideraron los siguientes aspectos:

1. La duración idónea para la población a la que va dirigida la intervención.
2. El contenido del taller, de tal manera que se revisen los elementos del modelo PERMA a cabalidad.
3. Que los asistentes tuvieran espacio para socializar el contenido, reflexionarlo y discutirlo desde su experiencia.
4. Que se realicen actividades dentro y fuera del taller que permitieran a los asistentes poner en práctica lo aprendido.
5. Los recursos materiales, físicos y humanos con los que se disponía.

Después de la revisión extensa de la literatura se realizaron las cartas descriptivas del taller que pueden consultarse como anexo a este trabajo.

Este taller fue diseñado considerando las características cognitivas, las necesidades y las características sociodemográficas de la población a la cual va dirigida, realizándose adecuaciones a los ejercicios y contenidos propuestos para que el contenido no fuera demasiado abstracto y complejo que la población no pudiera comprenderlo y beneficiarse de la intervención.

Se tomaron en cuenta para el diseño las propuestas de Herrera (2003) que involucran el aprendizaje de contenidos de naturaleza cognitiva que puedan ser aplicados en situaciones prácticas.

### **5.5.1.2 Variables dependientes**

#### **a) Depresión**

**Definición conceptual:** de acuerdo con Consuegra (2011), la depresión es un *“trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o*

*recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos”* (pág. 68). Tiene como característica principal el abatimiento del humor y manifestaciones del mismo en contenido cognitivo y en estado físico de quien lo padece. Se pueden presentar síntomas de pérdida o ganancia de peso corporal, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos psicómotores (bradiquinesia o hiperquinesia), fatiga, pérdida de energía, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de interés en las actividades cotidianas, sentimientos de autodevaluación, angustia, temores irracionales, ideas hipocondriacas, pensamientos obsesivos e ideación suicida.

**Definición operacional:** se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II o Inventario de Beck-D, que se trata de un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert y que se ha utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Sus reactivos describen los síntomas clínicos más frecuentes que los pacientes psiquiátricos con depresión poseen. Se han hecho investigaciones y adecuaciones con el inventario para que se ajuste a los criterios clínicos propuestos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y el CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). El instrumento está orientado a evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad.

## **b) Ansiedad**

**Definición conceptual:** puede entenderse como: *“sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de tensión física”* (Consuegra, 2011, pág. 22). Se manifiesta frente a amenazas percibidas de naturaleza física real, psicológicamente molesta o imaginaria. Puede conceptualizarse como un patrón de comportamientos que aparecen de forma variable y compleja que se caracteriza por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de activación de sistemas fisiológicos que ocurren en respuesta a estímulos internos y externos. La magnitud de los síntomas puede llevar a conductas desadaptativas que toman la forma de trastornos de ansiedad. En un buen número de psicopatologías la ansiedad se encuentra presente y acompaña con frecuencia a muchas condiciones de naturaleza psicológica o física.

**Definición operacional:** se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck o Inventario de Beck-A, que se trata de un instrumento de autoinforme que mide el grado de ansiedad. Está

diseñado para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con la depresión, particularmente los síntomas relacionados con el trastorno de angustia o pánico y de ansiedad generalizada. Es un inventario formado por 21 reactivos en formato LÍkert que puede aplicarse a poblaciones clínicas y población general a partir de los 13 años de edad. Es un instrumento capaz de discriminar entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso.

### **c) Calidad de vida**

**Definición conceptual:** la calidad de vida puede conceptualizarse como: *“un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos”* (Ardila, 2003, pág. 163). Como tal, la calidad de vida tiene elementos subjetivos que incluyen la sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social y éstos involucran aspectos subjetivos de intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud objetiva. Como aspectos objetivos se pueden considerar el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida del sujeto.

**Definición operacional:** se utilizó la escala GENCAT de calidad de vida, que se trata de una evaluación objetiva que examina la calidad de vida en ocho dimensiones: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos humanos. La finalidad de la escala es evaluar la calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable que permita la supervisión de progresos y resultados de intervenciones. Es posible aplicarse a población abierta o clínica a partir de 18 años de edad.

Presenta un conjunto de aspectos observables de distintas áreas que conforman la calidad de vida de una persona y que pueden ser objeto de planes de apoyo personalizados por distintos tipos de servicios sociales. Consta de 69 ítems en formato LÍkert y arroja puntuaciones índices para cada una de las dimensiones del instrumento (ocho en total) y una puntuación global que toma en cuenta la puntuación de cada una de las dimensiones evaluadas.

### **d) Bienestar psicológico**

**Definición conceptual:** de acuerdo con Seligman (2011) el bienestar es un constructo psicológico definido como: *“la combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido*

*en alguna actividad que nos guste o apasione, además de mantener buenas relaciones interpersonales y contar con metas que nos sean retadoras para que se puedan convertir en logros”* (pág. 29). El bienestar, visto como constructo, está constituido por diversos elementos que, dependiendo del modelo teórico, se enumeran y combinan.

El concepto de bienestar incluye tanto los juicios cognitivos sobre la satisfacción con la vida y las evaluaciones afectivas tanto positivas como negativas (situaciones de placer y displacer) (Diener & Lucas, 1999). Existen diversos modelos teóricos sobre el bienestar psicológico, en particular en esta investigación se optó por el modelo PERMA de Seligman (2016), en el que se propone que el bienestar está constituido por cinco elementos: la positividad, las relaciones positivas, el involucramiento, el significado y sentido de la vida y el logro.

**Definición operacional:** se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de C. Riff (SPWB, por sus siglas en inglés). Se trata de un instrumento de 39 reactivos con un formato de respuesta Likert y cuya finalidad es medir el bienestar psicológico que plantea a partir de seis factores teóricos que lo constituyen: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Se optó por este instrumento debido a que está inspirado en la combinación de perspectivas teóricas eudemónicas y hedónicas que están en consonancia con el modelo PERMA que inspira el taller psicoeducativo.

## **5.6 Tipo y diseño de estudio**

Esta investigación se trata de un estudio con método mixto de ejecución concurrente, en el cual se obtuvieron de manera simultánea tanto datos de naturaleza cuantitativa como cualitativa. El estudio se sustenta en las propuestas de Onwuegbuzie y Johnson (2008) quienes proponen la recolección paralela y de forma separada de datos cualitativos y cuantitativos, el análisis e interpretación independiente de los datos obtenidos y al final de los análisis la realización de una o varias “metainferencias” que se integran para la realización de conclusiones. De acuerdo con Creswell (2009) el diseño metodológico de esta investigación se apega a un modelo de triangulación concurrente, el cual se utiliza cuando la investigación pretende la confirmación o corroboración de los resultados obtenidos en cada una de las partes del estudio (cuantitativa y cualitativa) y realizar una validación cruzada entre ambos tipos de datos para aprovechar las ventajas de cada método y minimizar sus limitaciones.

La parte cuantitativa del estudio se ha conformado como un estudio cuasi-experimental de comparación con un diseño pre-test/post-test con un solo grupo. De acuerdo con Campbell y Stanley (1995) este tipo de diseño persigue la finalidad de establecer relaciones causa-efecto y cumple el requisito de manipular una variable independiente. En este caso la implementación del taller psicoeducativo. Sin embargo, a diferencia de los diseños experimentales, este tipo de diseño no cumple con el requisito de la asignación aleatoria si se forman grupos, ni tampoco el control experimental al asignar a un grupo la manipulación o los grados de manipulación de la variable independiente. En este caso el diseño pre-test/pos-test sólo emplea comparaciones intrasujetos, no se tiene un control total de los efectos de la variable independiente y se realizan inferencias sobre la relación entre las variables dependientes (en este caso la medición antes y después del taller) (Kerlinger, 2002).

La parte cualitativa correspondería a un diseño fenomenológico que se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes del estudio. De acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1999) el enfoque fenomenológico pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia. La experiencia vivida por las personas se pone de manifiesto en sus verbalizaciones y en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones; lo cual lo hace pertinente en las investigaciones que se centran en grupos sociales. Los análisis fenomenológicos se centran en el significado que asignan las personas a sus experiencias y se analiza el discurso de los participantes.

## **5.7 Muestreo y participantes**

### **5.7.1 Muestreo**

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional en el que los participantes pudieran acceder de forma voluntaria al taller que se realizó en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” y en respuesta a la convocatoria que fue difundida por los medios habituales determinados por las políticas de atención del centro (realización de carteles, difusión en medios electrónicos como la página del centro y sus páginas en redes sociales, invitación a usuarios de forma personalizada de acuerdo a las solicitudes de atención hechas por usuarios de nuevo ingreso al centro, etcétera).

En la convocatoria formal se hizo mención que el taller estaba dirigido a adultos que sintieran insatisfacción en su vida, tuvieran periodos de tristeza o diagnósticos de ansiedad.

Así mismo, expresamente se mencionaron como temas centrales del taller el bienestar, las emociones positivas, la importancia de las relaciones, el sentido de la vida, los logros y el compromiso; de tal manera que los posibles participantes se relacionaran con la temática.

El cartel promocional se encuentra en la sección de anexos de este documento. Se permitió la participación de todos los usuarios que cumplieran con los criterios de inclusión.

### **5.7.2 Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Adultos mayores de 18 años.
- Que supieran leer y escribir.
- Que experimentaran insatisfacción, que identificaran en su experiencia periodos de tristeza o bien, hubieran sido diagnosticados con alguna forma de depresión o ansiedad.
- Que tuvieran tiempo para asistir a las ocho sesiones programadas del taller o por lo menos al 70% de las sesiones (6 sesiones).
- Que aceptaran participar, previo consentimiento, en las actividades individuales y grupales del taller.

Los criterios de exclusión fueron:

- Asistencia menor a la explicitada en los criterios de inclusión.
- Debido a que al inicio del taller se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes, cualquiera de ellos podía retirarse de manera voluntaria de participar en el taller y por lo tanto se anuló su participación en el estudio.

### **5.7.3 Participantes**

Al iniciar el taller psicoeducativo se presentaron 19 personas interesadas en participar, sin embargo 9 personas faltaron a más de 4 sesiones o no realizaron la evaluación final y, por lo tanto, la muestra final de trabajo se conformó por diez personas, de los cuales seis personas tuvieron una asistencia al taller sin faltas, dos personas faltaron a dos sesiones y dos más faltaron a una sesión. Todos asistieron de manera voluntaria al taller psicoeducativo y en general compartieron el interés por manejar conflictos emocionales y obtener herramientas para mejorar su vida.

## **5.8 Consideraciones éticas**

Al inicio del taller se explicitó a los asistentes el propósito y objetivo del taller psicoeducativo y se estableció que la participación sería de forma voluntaria, que su información personal sería confidencial y que únicamente se utilizaría la información con fines académicos. Así mismo, se explicitó que podrían retirarse de participar en el taller si así lo deseaban, sin ningún tipo de reclamación o sanción futura. Después se procedió a recabar el consentimiento informado por escrito.

## **5.9 Escenario**

El presente estudio se realizó en el Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El centro se fundó en mayo de 1981 y sus objetivos son participar en la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado de Psicología para contribuir al conocimiento de las situaciones y problemáticas de la comunidad. Otorga atención psicológica a través de diversos programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, en áreas como adicciones, violencia, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares y trastornos de la alimentación, entre otras; todo esto, a nivel preventivo y de intervención psicoterapéutica. La comunidad a la que el centro dirige sus servicios está ubicada al sur de la Ciudad de México y es predominantemente constituida por población de bajos recursos económicos y baja escolaridad.

## **5.10 Procedimiento**

A continuación se presenta el procedimiento general que se siguió para la realización de la investigación:

1. Se realizó una revisión extensa de material bibliográfico relacionado con los temas a tratar en la intervención y se conformó una revisión bibliográfica que sustentó la investigación.
2. Se elaboró una propuesta de taller psicoeducativo a partir de la propuesta de la Psicoterapia Positiva, adecuando los tiempos y ejercicios para la población a la que se dirigiría la intervención; conformándose así ocho sesiones. Se elaboraron las cartas descriptivas que guiaron las sesiones y actividades del taller.
3. Se realizó la convocatoria al taller por los medios habituales que, de acuerdo a las políticas de atención del centro, se establecieron para su difusión. En general, se dio a conocer el taller a través de carteles informativos que se colocaron en el interior y

exterior del edificio del centro y en los lugares públicos cercanos a la comunidad como escuelas, centros de salud o plazas públicas, así como por medios electrónicos como la página de internet del centro y las páginas en redes sociales del mismo.

4. Se conformó un equipo de investigación integrado por un facilitador principal, un facilitador secundario y un observador del proceso. Los facilitadores dirigirían las actividades del taller y coordinarían el trabajo de los participantes al taller; mientras que el observador tendría la función de registrar en una bitácora de sesión tanto las verbalizaciones de los participantes y facilitadores como las observaciones sobre los comportamientos no verbales de los participantes (incluyendo a los facilitadores) del taller.
5. Una vez conformado el grupo de trabajo (participantes y equipo de investigación) durante la primera sesión, se informó a los usuarios las características del taller, se les solicitó su consentimiento informado, las políticas de atención del centro y los requisitos para la permanencia dentro del taller.
6. Se aplicaron los instrumentos de medición antes de iniciar formalmente los trabajos del taller. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II, el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala de Bienestar Psicológico de C. Riff y la Escala GENCAT de Calidad de Vida, así como se les pidió que asentaran por escrito sus datos demográficos y explicarían por escrito por qué les interesó asistir al taller. Esto último se consideró la evaluación inicial por escrito del taller.
7. Se llevaron a cabo las sesiones programadas del taller tal y como se describen en las cartas descriptivas del mismo, con una duración de 120 minutos cada una y con una frecuencia de una vez a la semana. Durante las sesiones el observador registró en la bitácora una descripción detallada sobre los eventos ocurridos durante la sesión, tanto de los contenidos explícitos como de los fenómenos grupales que fueron emergiendo durante el taller y el proceso de cada uno de los participantes. Al finalizar la sesión el facilitador principal registraba algunas notas sobre lo visto en el taller y hacía una revisión sobre los contenidos revisados, lo presentado por el grupo y el progreso de los participantes. Antes de la siguiente sesión se reunían ambos facilitadores y comentaban el progreso del grupo para adecuar los contenidos que seguirían durante la siguiente sesión, por lo que se hacían ajustes pertinentes que no modificaran sustancialmente los contenidos planteados con antelación en las cartas descriptivas del taller.

8. Al finalizar cada sesión se entregó a los participantes un resumen sobre los temas revisados durante la sesión y una tarea o ejercicio semanal que debían completar y entregar en cada nueva sesión. El contenido del ejercicio se discutía al iniciar la siguiente sesión y cada participante conservaba su ejercicio; por lo que podían compartirlo al interior del grupo o no, pero se revisaba su realización.
9. Tras la conclusión de las sesiones del taller, los participantes volvieron a realizar los instrumentos de la primera sesión y se les pidió que contestaran a una evaluación final por escrito del taller en la que, por escrito, compartieran lo que consideraban fue lo más importante que brindó el taller, si habían notado cambios en su vida a partir de su asistencia al taller, si se habían comprometido a continuar realizando una actividad revisada durante el taller después de la finalización del mismo, lo que se llevaban del taller para trabajar en el futuro y comentarios finales libres.
10. Se realizaron los análisis de datos correspondientes en cuatro fases:
  - a. Análisis descriptivo de la muestra por medio de los métodos habituales de la estadística descriptiva; incluyendo el cálculo de la frecuencia y la media para las características sociodemográficas de los participantes.
  - b. Análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en las mediciones pre-test y pos-test; incluyendo el cálculo de la frecuencia, la media, la desviación estándar, la varianza y los valores máximo y mínimo para las puntuaciones obtenidas en los cuatro instrumentos antes y después del taller psicoeducativo.
  - c. Análisis inferencial de las puntuaciones obtenidas en las mediciones pre-test y pos-test; evaluando la normalidad de la distribución de los datos de la muestra con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la magnitud y dirección de la diferencia entre ambas mediciones por medio de la prueba de rangos de Wilcoxon
  - d. Análisis cualitativo de los registros obtenidos a lo largo de la realización del taller (bitácoras de las sesiones, notas del facilitador del taller, observaciones del grupo de trabajo, la evaluación inicial y evaluación final realizadas por escrito por los participantes del taller), mediante las propuestas del análisis de contenido de Mayring (2000) y Glasser y Strauss (1999). Este análisis siguió los siguientes pasos:
    - I. Selección del objetivo del análisis: se eligió utilizar este proceso de análisis para: a) examinar la apropiación de los participantes del

contenido y los conceptos del taller al observar en sus discursos la forma en la que aplican lo revisado en el taller y en las experiencias que ejemplifican, b) observar cambios en el discurso, la afectividad y conducta mostrada en el taller de los participantes, y c) la calidad de la interacción grupal y la presencia de fenómenos grupales de interacción.

- II. Desarrollo del preanálisis: se recolectaron los documentos escritos para analizar, se hicieron transcripciones y se dio formato a las bitácoras de sesiones, notas del facilitador, observaciones del grupo de investigación y las evaluaciones por escrito inicial y final. Se formularon guías de análisis y se establecieron indicadores de la presencia de los temas del taller en el material analizado. Se realizó la revisión uno a uno de los materiales, se hizo una búsqueda de palabras clave del taller y se analizaron las interacciones observadas y registradas tanto participante-participante, facilitadores-participante y facilitadores-grupo.
- III. Definición de unidades de análisis: se precisó dividir el material en unidades por tiempo (por cada una de las sesiones y las dos evaluaciones escritas) y por tópicos (los contenidos del taller y los fenómenos grupales).
- IV. Elaboración de reglas de análisis y códigos de clasificación: se realizó un proceso de codificación abierta en el que se revisaron las unidades de análisis, se codificaron los contenidos y se agruparon para después etiquetarse. Se definieron las categorías de análisis y se complementaron las definiciones con ejemplos que provenían del contenido o las palabras de los participantes.
- V. Desarrollo de categorías: se reunieron los códigos codificados en categorías de análisis, se infirieron y examinaron las relaciones entre las mismas.
- VI. Integración de resultados: se integraron los análisis realizados en dos temáticas de análisis: el proceso grupal, el proceso individual de cada uno de los participantes

## **5.11 Instrumentos**

A continuación se describirán los instrumentos realizados para esta investigación y se presentarán sus características psicométricas. En la sección de anexos de esta investigación se puede consultar el texto completo de cada uno de estos instrumentos.

### **5.11.1 Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

Este instrumento es un autoinforme compuesto por 21 reactivos de tipo Likert, propuesto en 1988 por Beck, Steer y Garbin. Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como muestras no clínicas. Los reactivos no se derivan de alguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas más frecuentes y comunes de la depresión clínica. Se ha revisado constantemente para adecuarse y ajustarse a los criterios diagnósticos de los manuales de clasificación de trastornos psiquiátricos como el DSM-IV o el CIE-10.

La primera validación en nuestro país se realizó en 1993 por Jurado y colaboradores (Calleja, 2011) sometiéndose a validación de 10 jueces expertos en depresión y psicometría. Esta examinación obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .87 y los reactivos mostraron capacidad discriminativa. Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar y Alvarado (2016) realizaron una nueva validación y confiabilización de la escala en pacientes oncológicos obteniendo una estructura factorial estable y en congruencia con las dimensiones cognitivo-afectiva y somático motivacional, propuestas para la estructura interna del test; así como un alfa de Cronbach de 0.85 para la escala total, considerándose como una consistencia interna adecuada. Se realizaron pruebas de validez concurrente con otras escalas de depresión como la HADS-D obteniendo correlaciones entre ambas mediciones positivas y estadísticamente significativas (de 0.50 a 0.67).

El instrumento puede aplicarse de forma individual o de forma grupal y en general requiere entre 5 y 10 minutos para su aplicación. Se les solicita a las personas que elijan las afirmaciones más características que se acercan a su experiencia subjetiva, sobre su estado de ánimo o sobre sus actividades cotidianas, dentro de las últimas dos semanas incluido el día de la aplicación. Consta de 19 reactivos con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos) y 3 reactivos con seis opciones de respuesta (0 a 6 puntos).

Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63 y se establecen puntos de corte que pueden clasificar al sujeto en cuatro grupos: 0-13 mínima depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

### **5.11.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Este instrumento se diseñó específicamente para medir la ansiedad clínica y evalúa la severidad de la ansiedad y diferencia los síntomas ansiosos de los depresivos; pudiendo utilizarse en estudios clínicos o experimentales, tanto en población clínica como en población no clínica. La validación inicial en nuestro país se realizó en 2001 por Robles, Varela, Jurado y Páez (Calleja, 2011).

El análisis inicial de validez encontró una estructura factorial de cuatro factores principales y el alfa de Cronbach fue aceptable de .83. También se probó su confiabilidad test-retest obteniendo una correlación de .75 entre ambas aplicaciones. Se realizó una prueba de validez convergente con los puntajes del inventario IDARE que evalúa la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, obteniendo correlaciones medias de .60 y .59 para las dos dimensiones que mide el inventario IDARE.

Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar, Álvarez y Alvarado (2015) realizaron estudios de validez y confiabilidad de la escala en pacientes oncológicos confirmando la estructura factorial de cuatro factores similares a la versión original de la prueba. El análisis de consistencia interna obtuvo una consistencia adecuada con coeficientes alfa de .82 para la escala total. También se obtuvo una correlación positiva y significativa con los instrumentos HADS-A (.85).

El inventario es un autoreporte que consta de 21 reactivos en el que se enlistan los síntomas comunes de la ansiedad y se pide al evaluado que indique cuánto le ha afectado el síntoma en la última semana incluyendo el día de la aplicación. El examinado selecciona entre cuatro respuestas en formato Likert que van desde “poco o nada” hasta “gravemente”.

Cada ítem se califica de 0 a 3 puntos. La puntuación total es la suma de todos los ítems. La puntuación mínima es de 0 puntos y la máxima de 63 puntos y la puntuación total obtenida puede clasificarse de la siguiente manera: 0-21 puntos indica ansiedad leve o baja, 22-35 ansiedad moderada y 36-63 ansiedad grave.

### **5.11.3 Escala GENCAT de Calidad de Vida**

Es un instrumento psicométrico diseñado a partir del modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo que fue pensado como un instrumento para la mejora continua de servicios sociales y que sean adecuados para las necesidades de los usuarios. Evalúa objetivamente la calidad de vida de forma multidimensional en los siguientes aspectos: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones

interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Fue desarrollado por Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009) para evaluar la calidad de vida como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, influido por factores tanto ambientales como personales, así como su interacción y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos materiales y personales, la inclusión en la comunidad o sociedad de pertenencia y las metas que tiene el sujeto en su vida. De esta manera, la medición de la calidad de vida puede utilizarse como marco de referencia para la prestación de servicios profesionales y asistenciales, como fundamento para evaluar prácticas profesionales que buscan tener evidencia sobre su efecto y el desarrollo de estrategias que buscan mejorar la calidad de vida.

Las dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo (2002) y que son evaluadas por la escala son las siguientes:

- **Bienestar emocional:** hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios y sin estar nervioso; evaluándose los indicadores de satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.
- **Relaciones interpersonales:** relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente; evaluándose a través de los indicadores de relaciones sociales, tener amigos claramente identificables, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad.
- **Bienestar material:** tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados; evaluándose los indicadores de vivienda, lugar de trabajo, salario, posesiones y ahorros.
- **Desarrollo personal:** se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente; midiéndose los indicadores de limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo y habilidades funcionales.
- **Bienestar físico:** tener buena salud, estar en forma física, tener hábitos saludables de alimentación; evaluándose los indicadores siguientes: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades cotidianas, acceso a ayudas técnicas y alimentación.
- **Autodeterminación:** decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir lo que se quiere, cómo se quiere que sea la vida, el trabajo, el tiempo libre, el lugar donde se vive y las personas con quienes se está. Los indicadores a medir son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.

- **Inclusión social:** ir a lugares donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más, sentirse miembro de la sociedad, integrado y contar con el apoyo de otras personas; midiéndose los siguientes indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos.
- **Derechos:** ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten como igual, que se respete su forma de ser, sus opiniones, deseos, intimidad y derechos; evaluándose los indicadores de intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.

La aplicación de la escala puede realizarse en formato de autoreporte o bien puede ser llenado por un informante cercano al evaluado en el caso de discapacidad. La edad a partir de la cual se puede aplicar la escala es de 18 años. El tiempo de aplicación es de entre 10 y 15 minutos, pero puede alcanzar hasta los 30 minutos si se deben aclarar términos o el nivel de lectura del evaluado es limitado. Está constituida por 69 reactivos distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las ocho dimensiones antes mencionadas. Para responder a cada reactivo se encuentran cuatro opciones de frecuencia que van de “nunca o casi nunca” hasta “siempre o casi siempre”. A cada respuesta se le asignan valores que van de 1 a 4 puntos y los reactivos de cada dimensión deben sumarse entre sí para obtener la puntuación directa total de la dimensión. Las puntuaciones directas totales deben transformarse en puntuaciones estándar de acuerdo al tipo de grupo que se esté evaluando (población general, población mayor de 50 años, población con discapacidad intelectual y poblaciones con necesidades clínicas como personas con drogodependencia, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas graves de salud mental). En esta investigación se utilizará la transformación de las puntuaciones basándose en el baremo de la muestra general.

La puntuación estándar puede ubicarse en los percentiles correspondientes a la muestra normativa original española y para obtener el índice de calidad de vida se suman las puntuaciones estándar y dicha puntuación puede ubicarse en el percentil que corresponda de acuerdo a la muestra normativa. Aunado a lo anterior, pueden utilizarse las puntuaciones estándar para configurar un perfil de calidad de vida que visualmente permite la observación de las áreas deficitarias y las fortalezas de cada persona en cada una de las dimensiones.

De acuerdo con los autores de la escala (Verdugo, Arias, Gómez & Schalock, 2009), los análisis de fiabilidad examinaron la consistencia interna del instrumento, obteniéndose un coeficiente de .916 en el total de la escala y en cinco dimensiones (autodeterminación,

bienestar emocional, desarrollo personal, derechos y relaciones interpersonales) se obtuvo un coeficiente aceptable y más baja en el resto de las dimensiones (inclusión social, bienestar material y bienestar físico). También se examinó el error típico de la media por cada dimensión y no se obtuvieron magnitudes excesivas corroborando lo realizado en el análisis de consistencia interna.

La validez fue examinada sometiendo la escala al juicio de 73 jueces expertos y examinando la concordancia ponderada; obteniéndose correlaciones elevadas en el acuerdo de idoneidad e importancia de los ítems ( $r=.80$ ) y ligeramente más bajas en acuerdo de observabilidad ( $r=.60$ ). También se realizó un análisis de validez de constructo a partir del método de análisis de mínimos cuadrados ponderados diagonalizados sobre matriz de covarianzas y de covarianzas asintóticas, encontrándose la correlación entre las ocho dimensiones y errores de medición mínimos.

En nuestro país, Zueck, Blanco, Ornelas y Peinado (2015) han utilizado la escala para evaluar docentes de educación física realizando una adaptación de la misma. Sus resultados permiten observar una fiabilidad y validez similar a la reportada en la muestra normativa original, sin embargo, la muestra evaluada es mucho menor que la normativa.

#### **5.11.4 Escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff**

Es un instrumento psicométrico desarrollado por Carol D. Ryff (1989) basado en un modelo multidimensional de bienestar psicológico inspirado en las propuestas de la psicología positiva y compuesto por seis dimensiones teóricas: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. La construcción de la escala busca la convergencia entre distintos puntos de vista teóricos que apuntan a que el bienestar tiene que ver con el desarrollo de capacidades personales y el crecimiento personal, y los que apuntan hacia la autoactualización y la autorrealización. Con estos puntos de vista, la escala ha sido utilizada en diversos estudios para evaluar la influencia del bienestar psicológico en la salud física, evaluar la relación entre el estrés y el bienestar psicológico o evaluar aspectos diversos del funcionamiento humano como el ajuste social, eventos personalmente relevantes como el divorcio o la muerte de una persona cercana, entre otros (Gallardo & Moyano-Díaz, 2012).

Las dimensiones planteadas por Ryff en su escala son las siguientes (Véliz, 2012):

- **Autoaceptación:** tener actitudes positivas hacia uno mismo. Se relaciona con el hecho de que las personas se sientan bien consigo mismas y siendo conscientes de sus limitaciones.
- **Relaciones positivas:** es la capacidad para amar y de una afectividad madura que se requiere para mantener relaciones sociales estables y tener relaciones de confianza con otras personas.
- **Dominio del entorno:** es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismos y quienes la poseen tienen una mayor sensación de control sobre el mundo y capacidad de influir sobre el contexto que les rodea.
- **Autonomía:** es la capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, de tal manera que puedan resistir mejor la presión social y logren autorregular su comportamiento.
- **Propósito en la vida:** es la capacidad de tener metas claras y de definir sus objetivos vitales y tiene que ver con la claridad respecto a lo que se quiere en la vida.
- **Crecimiento personal:** es la capacidad de un individuo para generar las condiciones para desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona.

La aplicación de la escala se realiza en formato de autoreporte y se puede aplicar a partir de los 18 años de edad. El tiempo de aplicación es de entre 10 y 15 minutos. Está constituida por 39 reactivos distribuidos en seis subescalas que se corresponden con las dimensiones antes mencionadas. Para responder a cada reactivo se encuentran seis opciones de acuerdo que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. A cada respuesta se le asignan valores que van de 1 a 6 puntos y los reactivos de cada dimensión deben sumarse entre sí para obtener la puntuación directa total de la dimensión. Existen reactivos inversos en los que, si el examinado selecciona la primera respuesta, “totalmente en desacuerdo” se le asigna la puntuación 6 en lugar de solamente 1 punto.

Se han realizado muy diversas adaptaciones de la escala a varios idiomas. La versión que se utilizará en esta investigación será la evaluada por Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013) en México. Estos autores evaluaron las propiedades psicométricas de la escala en dos muestras de población mexicana constituidas por 477 estudiantes de psicología y 256 participantes provenientes de la población general. Los investigadores encontraron valores de confiabilidad y validez aceptables para la escala. Encontraron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.918 y 0.904

en ambas muestras, considerándose estos valores como altos y aceptables en la consistencia interna del instrumento. También se examinó la estabilidad de las puntuaciones en una valoración test-retest en un periodo de dos meses y encontrándose un valor  $r=0.796$ ; considerándose como un valor alto de confiabilidad. En cuanto a la estructura factorial, los resultados de la investigación muestran correlaciones moderadas y elevadas entre las dimensiones de la escala.

## **5.12 Propuesta de intervención**

El taller psicoeducativo “Claves para una felicidad duradera” es una propuesta diseñada a partir de los lineamientos para intervenciones psicoeducativas de Rodríguez-Marín, Cañadas, García y Mira (2007), quienes establecen como pasos necesarios para el diseño la revisión de las necesidades de la población meta, la revisión teórica del tema, la revisión de las posibles intervenciones y la consignación de los programas en forma de cartas descriptivas que permitan la realización de la intervención.

Así mismo, para estructurar el contenido del taller se tomó en cuenta la propuesta de Psicoterapia Positiva de Rashid (2015) que se trata de una aproximación terapéutica basada en la premisa de que la psicología debe preocuparse tanto de las fortalezas como de las debilidades. La Psicoterapia Positiva plantea la integración de los síntomas con las fortalezas, los recursos con los riesgos, debilidades con valores, y esperanzas con rencores para comprender las complejidades inherentes de la experiencia humana en una forma balanceada. El objetivo es amplificar sistemáticamente los recursos positivos de los clientes; específicamente las emociones positivas, las fortalezas de carácter, el significado que se otorga a la vida, las relaciones positivas y los logros intrínsecamente motivados. Más que negar las dificultades o el trabajo con la sintomatología de los clientes, es un cambio de foco que busca balancear la terapia desde el déficit hacia las fortalezas.

La Psicoterapia Positiva se centra en promover el bienestar, considerándolo como una conjunción de elementos relacionados con experimentar emociones positivas por medio de actividades placenteras y experimentar satisfacción a través de comprometernos con actividades que nos permiten experimentar compromiso o logro y que aportan un sentido o significado a nuestra vida.

Aunque el bienestar que experimenta una persona está determinado por factores hereditarios o circunstancias que impactan incrementando o descendiendo el bienestar, un

impacto importante radica en las actividades o prácticas que propositivamente realiza una persona para aumentar su bienestar.

La propuesta original de Rashid (2015) es un tratamiento grupal de catorce sesiones y al final de cada sesión los participantes tienen que realizar un ejercicio entre sesiones. En el diseño del taller también se consideraron las propuestas de Tarragona (2014) y de Lyubomirsky (2014) que complementan la anterior y se centran en contenidos psicoeducativos. El modelo de trabajo general se basa en la propuesta de Seligman (2002) de que el bienestar subjetivo puede conceptuarse dentro de cinco componentes denominado PERMA; el cual está compuesto por las emociones positivas, las relaciones positivas, el involucramiento, el significado y sentido de la vida y los logros y objetivos personales. Así mismo, sistematiza las intervenciones positivas que son ejercicios o actividades que buscan mantener los aspectos positivos de la vida de los clientes en el primer plano de la sesión o encuentro con el terapeuta y fortalecen los aspectos positivos ya existentes (Seligman, Rashid & Parks, 2006).

El taller propuesto emula el contenido y estructura de las sesiones de Rashid (2015), sin embargo tiene una duración menor, de ocho sesiones, y el contenido se ha simplificado para una mejor comprensión de los contenidos; esperando que una disminución en el número de sesiones aumente la adherencia de los asistentes. Así mismo, el objetivo del taller está centrado en la psicoeducación lo cual lo diferencia de los objetivos propuestos para la psicoterapia.

Con la finalidad de potencializar la adquisición de habilidades y prácticas que promuevan el bienestar se diseñó un taller psicoeducativo en el que se integraron las propuestas de la Psicoterapia Positiva y la Terapia Cognitivo-Conductual para el manejo de la depresión de tal manera que los asistentes pudieran manejar su posible sintomatología depresiva y ansiosa, reflexionaran sobre su bienestar y adquirieran prácticas que promovieran su bienestar de tal manera que se previniera una recaída futura.

Las cartas descriptivas pueden consultarse en la sección de anexos.

### **5.12.1 Objetivos del taller**

El objetivo principal del taller es que los participantes examinen los elementos que componen el bienestar psicológico subjetivo, discutan a partir de la reflexión grupal la pertinencia de estos elementos en sus vidas y utilicen algunas intervenciones positivas (en

formato de ejercicios semanales) que puedan focalizar y cultivar los aspectos positivos en las vidas de los pacientes.

Los objetivos específicos de cada una de las sesiones del taller son los siguientes:

- Evaluar de forma inicial al grupo y analizar el concepto de bienestar psicológico, sus componentes y su influencia en la salud mental.
- Analizar el papel de las emociones positivas en el bienestar psicológico y plantear las herramientas del perdón y la gratitud como transformadoras de emociones negativas.
- Analizar el papel del involucramiento en el bienestar psicológico e identificar las fortalezas de carácter, de los participantes, empleadas en diversas actividades.
- Analizar el papel de las relaciones interpersonales en el bienestar psicológico y explorar los estilos de respuesta de los participantes en las interacciones cotidianas.
- Analizar el papel del significado y sentido de la vida en el bienestar psicológico y explorar los valores personales y fuentes de significado de los participantes.
- Analizar el papel de los logros y objetivos personales en el desarrollo del bienestar psicológico.
- Analizar los obstáculos y mitos (creencias) que interfieren con el desarrollo del bienestar psicológico.
- Realizar una recapitulación de los ejercicios realizados y focalizar y enfatizar los aprendizajes logrados durante el taller.

### **5.12.2 Temario y actividades del taller**

El taller está dividido en 8 sesiones que abordan los siguientes contenidos:

- **Sesión 1.** Introducción al taller y el significado del bienestar subjetivo (felicidad).
- **Sesión 2.** Las emociones positivas.
- **Sesión 3.** El involucramiento.
- **Sesión 4.** Las relaciones positivas.
- **Sesión 5.** El significado y sentido.
- **Sesión 6.** Los logros y objetivos personales.
- **Sesión 7.** Los obstáculos y mitos para el bienestar.
- **Sesión 8.** Cierre del proceso.

En forma breve se presentan en la tabla 5.1 las actividades prácticas realizadas durante las sesiones y los ejercicios dejados a los participantes entre las sesiones.

**Tabla 5.1**  
**Sesiones, temáticas, actividades y ejercicios del taller psicoeducativo “Claves para una felicidad duradera”.**

<b>Sesión</b>	<b>Temática</b>	<b>Actividades realizadas durante la sesión</b>	<b>Ejercicio a realizar entre sesiones</b>
<b>Sesión 1</b>	Introducción al taller y significado del bienestar subjetivo.	Aplicación de evaluación pre-test. Introducción positiva.	Ninguna
<b>Sesión 2</b>	Las emociones positivas.	Identificación de emociones positivas. Ejercicio del perdón.	Carta de gratitud Carta de perdón
<b>Sesión 3</b>	El involucramiento.	Identificación de actividades involucradas. Identificación de fortalezas de carácter.	Identificación de fortalezas de carácter.
<b>Sesión 4</b>	Las relaciones positivas.	Identificación de los estilos de respuesta en las relaciones. Elección de estrategias para invertir en una relación interpersonal.	Práctica de la amabilidad.
<b>Sesión 5</b>	El significado y el sentido.	Identificación de los valores. Legado positivo.	Completar o complementar el legado positivo.
<b>Sesión 6</b>	Los logros y objetivos personales.	Identificación y trabajo con objetivos. Una historia de éxito.	Las 100 cosas por hacer antes de morir
<b>Sesión 7</b>	Los obstáculos y mitos para el bienestar.	Identificación de creencias personales. Los mitos personales.	Completar los ejercicios realizados durante la sesión.
<b>Sesión 8</b>	Cierre del proceso.	Aplicación de evaluación pos-test.	Ninguna

## Capítulo 6. Resultados

*Si he visto más lejos es porque estoy sentado sobre los hombros de gigantes*  
Isaac Newton

*Siento que hay esperanza, la cual me hace más optimista y transmitirlo a mis personas  
cercanas*  
Mara (participante del taller)

En esta sección se presentarán los resultados obtenidos de los datos recabados durante la realización del taller psicoeducativo. En primera instancia se presentará el análisis cuantitativo, mostrando las características sociodemográficas de los participantes, los perfiles de puntuación obtenidos por los participantes en la medición pre-test y la medición pos-test de los cuatro instrumentos utilizados en la investigación y, finalmente, el análisis inferencial para evaluar la influencia del taller psicoeducativo en las variables examinadas. Esta sección se procesó haciendo uso del programa estadístico SPSS® V20.0.

Posteriormente se presentará el análisis cualitativo por medio de un análisis de categorías que dan cuenta del proceso grupal y el proceso individual de los participantes a lo largo del taller psicoeducativo.

Como se reseñó en el capítulo sobre el método de la investigación, al iniciar el taller psicoeducativo se contaba con 19 asistentes, sin embargo, 9 de ellos tuvieron más de 50% de faltas a las sesiones o no realizaron la evaluación final y por lo tanto solamente se tomarán en cuenta los resultados de los 10 asistentes que cumplieron los requisitos de inclusión señalados en el método del estudio.

### 6.1 Características de sociodemográficas de los participantes

Las características de los participantes del taller psicoeducativo “*Claves para una felicidad duradera*” en términos de frecuencias son las que siguen.

La muestra estuvo integrada por 9 mujeres y 1 hombre. La edad media de los participantes fue de 47.6 años, siendo la mínima 29 años y la máxima 62 años. Caracterizándolos por su edad, tres de los participantes se encontraban en la etapa de adulto joven, siete en la de adultez media y uno en la etapa de adulto en plenitud.

Con respecto a su estado civil 5 personas eran casadas y 5 personas solteras. Con respecto a su escolaridad, 5 personas tenían un grado de licenciatura, 4 personas

preparatoria y 1 persona secundaria. En cuanto a su ocupación laboral, 6 personas tenían un trabajo económicamente remunerado, dos personas se dedicaban al hogar, una persona era jubilada y una persona era estudiante.

Los participantes asistieron en promedio a 7.4 sesiones del total, mínimo asistieron a 6 sesiones y máximo las 8 sesiones contempladas, 6 participantes asistieron a las 8 sesiones, 2 participantes a 7 sesiones y 2 participantes a 6 sesiones.

En la tabla 6.1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes de la investigación. Para los fines de esta investigación los nombres de los participantes han sido cambiados por cuestiones de confidencialidad.

**Tabla 6.1**  
**Características sociodemográficas de los participantes**

Seudónimo*	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	% de asistencia
<b>Sarah</b>	Femenino	55	Casada	Licenciatura	Empleada	100%
<b>Hortensia</b>	Femenino	50	Casada	Preparatoria	Empleada	100%
<b>Sol</b>	Femenino	56	Casada	Licenciatura	Hogar	100%
<b>Mara</b>	Femenino	29	Soltera	Licenciatura	Empleada	100%
<b>María</b>	Femenino	37	Soltera	Preparatoria	Hogar	100%
<b>Azucena</b>	Femenino	57	Casada	Licenciatura	Jubilada	87.5%
<b>Rafaela</b>	Femenino	62	Casada	Secundaria	Hogar	87.5%
<b>Doris</b>	Femenino	44	Soltera	Licenciatura	Empleada	75%
<b>Keren</b>	Femenino	44	Soltera	Preparatoria	Empleada	100%
<b>Pedro</b>	Masculino	42	Soltero	Preparatoria	Estudiante	75%

\* Todos los nombres presentados en esta tabla y en la investigación son seudónimos.

## 6.2 Perfil descriptivo de la evaluación pre-test

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron después de la aplicación de los instrumentos utilizados en la investigación.

En primer lugar, se presentaran las características examinadas en la evaluación pre-test de la muestra.

Con respecto a la evaluación realizada con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), los participantes tuvieron una puntuación media de 23.3 puntos, con una desviación estándar de 15 puntos y una varianza de 225.12 puntos. La categorización de las puntuaciones de este instrumento se realizó conforme a los criterios establecidos en la estandarización realizada por Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar y Alvarado (2016) que se muestran en la tabla 6.2.

**Tabla 6.2**  
**Categorización de las puntuaciones del BDI-II**

<b>Puntuaciones totales</b>	<b>Rango</b>
<b>0-13</b>	Mínimo
<b>14-19</b>	Leve
<b>20-25</b>	Moderado
<b>29-63</b>	Severo

**Fuente: elaborado con base en Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar y Alvarado (2016)**

Solo un participante presentó depresión mínima, un participante depresión leve, tres depresión moderada y cinco depresión severa. Por lo tanto, por lo menos nueve de los diez participantes tenían manifestaciones claras de depresión antes de exponerse a la intervención propuesta.

Con respecto a la evaluación realizada con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), los participantes tuvieron una puntuación media de 20.3 puntos, con una desviación estándar de 21.71 puntos y una varianza de 471.71 puntos. La categorización de las puntuaciones de este instrumento se realizó conforme a los criterios establecidos en la estandarización realizada por Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar y Alvarado (2015) que se muestran en la tabla 6.3.

**Tabla 6.3**  
**Categorización de las puntuaciones del BAI**

<b>Puntuaciones totales</b>	<b>Rango</b>
<b>0-21</b>	Leve o baja
<b>22-35</b>	Moderada
<b>36-63</b>	Grave

**Fuente: elaborado con base en Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar y Alvarado (2015)**

Siete participantes presentaban una ansiedad leve o baja, uno ansiedad moderada y dos ansiedad severa. Por lo tanto, la mayoría de los participantes presentaban síntomas leves de ansiedad o probablemente ausentes.

En la evaluación con la escala GENCAT de Calidad de vida se evaluaron tanto las puntuaciones globales o totales contenidas en el Índice de Calidad de Vida, como las puntuaciones escalares por cada una de las dimensiones que evalúa este instrumento. En la puntuación global del Índice de Calidad de Vida los participantes obtuvieron una puntuación media de 93 puntos con una desviación estándar de 17.91 puntos y una varianza de 320.88 puntos. La categorización de las puntuaciones del Índice de Calidad de

Vida se realizó mediante los criterios propuestos por Zueck, Blanco, Ornelas y Peinado (2015) que se muestran en la tabla 6.4.

**Tabla 6.4**  
**Categorización de las puntuaciones del ICV de la escala GENCAT de Calidad de Vida**

<b>Puntuaciones totales</b>	<b>Rango</b>
<b>&lt;68-88</b>	Deficiente
<b>89-111</b>	Aceptable
<b>112-&gt;130</b>	Deseable

**Fuente: elaborado con base en Zueck, Blanco, Ornelas y Peinado (2015)**

Tres participantes obtuvieron una puntuación considerada como deficiente, cinco como aceptable y dos como deseable. Por lo que en general podemos considerar que la mayoría de los participantes se consideraban satisfechos con sus condiciones generales de vida y consideraban que podían desarrollar sus potencialidades, algunos en condiciones adecuadas y otros en condiciones más que óptimas. Sin embargo, algunos percibían que se encontraban en condiciones deficientes para desarrollarse y por lo tanto poco satisfechos.

Para analizar las puntuaciones escalares de las dimensiones evaluadas por la escala GENCAT de Calidad de Vida se tomaron en cuenta las puntuaciones mínima, máxima, la media, la desviación estándar y la varianza, así como la frecuencia obtenida con respecto a puntuaciones bajas, medias y altas que corresponden a los rangos por debajo del percentil 25, entre el percentil 25 y 75 y por arriba del percentil 75 de los baremos proporcionados por el manual de la escala. En la tabla 6.5 se muestran los datos obtenidos por los participantes en la evaluación pre-test.

**Tabla 6.5**  
**Estadística descriptiva para las puntuaciones de las dimensiones de la escala GENCAT de Calidad de Vida durante la evaluación pre-test**

Dimensión	Estadísticos descriptivos					Frecuencia de las categorías		
	Mínimo	Máximo	Media	D.E.	Varianza	Baja	Media	Alta
<b>Bienestar emocional</b>	6	14	8.9	2.51	6.32	4	5	1
<b>Relaciones interpersonales</b>	7	15	11.0	2.40	5.77	1	7	2
<b>Bienestar material</b>	1	12	5.3	3.46	12.0	7	3	0
<b>Desarrollo personal</b>	8	16	11.0	2.86	8.22	0	7	3
<b>Bienestar físico</b>	1	11	6.0	3.97	3.97	5	4	1
<b>Autodeterminación</b>	7	15	11.8	2.39	2.39	1	4	5
<b>Inclusión social</b>	5	17	11.3	3.43	3.43	1	6	3
<b>Derechos</b>	1	13	7.1	4.40	4.40	6	3	1

Como se puede observar en la tabla anterior, en cuanto al bienestar emocional más de la mitad de la muestra (6 participantes) consideraba que se encontraban satisfechos con su estado emocional presentándose como tranquilos, seguros y con afectividad negativa mínima como depresión y ansiedad. Mientras que el resto (4 participantes) se percibían poco satisfechos con su estado emocional; identificando la presencia de sentimientos negativos, pobre autoconcepto o estrés.

Con respecto a las relaciones interpersonales la gran mayoría (9 participantes) consideraba que poseían relaciones interpersonales de calidad con amigos o familiares, percibiéndose como capaces para entablar relaciones de calidad y mantener contactos positivos y gratificantes con otros, incluyendo las relaciones de pareja, familiares o de amistad. Solamente una persona se encontraba insatisfecha con este aspecto.

En el aspecto del bienestar material la gran mayoría de los participantes (7 personas) consideraba que sus condiciones económicas personales eran insuficientes o poco satisfactorias para mantener una vivienda o tener un lugar de trabajo adecuado que satisficiera sus necesidades personales. Solamente tres participantes del total consideraron que su circunstancia económica era adecuada o suficiente para atender sus necesidades. Ninguno de los participantes se mostró extremadamente satisfecho con su situación económica personal.

En cuanto al desarrollo personal el total de los participantes se consideraba satisfecho con la posibilidad de aprender nuevos contenidos, tener conocimientos y realizarse personalmente. Del total solo tres personas consideraron que estaban en una posición más que óptima para desarrollarse personalmente.

Con respecto al bienestar físico, cinco participantes consideraban tener un estado de salud pobre, que no se encontraban en forma física o que no poseían hábitos saludables de alimentación, sueño o atención sanitaria. En la otra mitad de los participantes, cuatro consideraban que su estado de salud física general era adecuado y sólo uno lo consideró como óptimo o excelente.

En la dimensión de autonomía, nueve de los diez participantes consideraron que tenían capacidad de decidir por sí mismos y elegir lo que deseaban en cuanto a su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive y las personas con las que conviven. Así como tener metas personales, decisiones, autonomía y elecciones. Solamente una persona se consideró incapaz para tomar decisiones o que las circunstancias eran poco favorables para conducir su vida hacia la dirección que deseaba.

Con respecto a la inclusión social, la mayoría (9 participantes) consideró que podía participar en actividades sintiéndose como parte de su comunidad, integrado y contando con apoyo de otras personas. Mientras que solamente una persona se consideró poco integrado a su comunidad, con poca participación en actividades sociales y poco acceso a apoyos o programas sociales.

Finalmente, en cuanto a la dimensión de derechos, seis de los participantes consideró que no eran tratados como el resto de las personas, que no se respetaban sus opiniones, deseos, intimidad y derechos. Mientras que el resto (4 personas) consideraron que ejercían sus derechos y se respetaba su individualidad.

De la misma manera que en la evaluación del instrumento anterior, con la escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff se evaluaron tanto las puntuaciones globales o totales contenidas en el Índice de Bienestar Psicológico, así como las puntuaciones de cada una de las dimensiones que evalúa este instrumento. En la puntuación global del Índice de Bienestar Psicológico los participantes obtuvieron una puntuación media de 169.7 puntos con una desviación estándar de 34.74 puntos y una varianza de 1206.90 puntos. La categorización de las puntuaciones del Índice de Bienestar Psicológico se realizó mediante

los criterios propuestos por Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013) que se muestran en la tabla 6.6.

<b>Puntuaciones totales</b>	<b>Rango</b>
<b>29-122</b>	Bajo
<b>123-151</b>	Moderado
<b>152-234</b>	Alto

**Fuente: elaborado con base en Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013)**

Tres de los participantes obtuvieron una puntuación que puede catalogarse como moderada en el Índice de Bienestar Psicológico, mientras que los siete participantes restantes obtuvieron una puntuación catalogada como alta. Ningún participante obtuvo una puntuación por debajo de los 123 puntos, por lo que no hubo participantes que consideraran como deficiente su bienestar general. Podemos aseverar que los participantes del estudio consideraban que estaban en condiciones adecuadas para desarrollar sus capacidades personales y fomentar su crecimiento personal orientándose hacia la autoactualización y la autorrealización.

Para analizar las puntuaciones de cada una de las dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff se tomaron en cuenta las puntuaciones mínima, máxima, la media, la desviación estándar y la varianza, así como la frecuencia obtenida con respecto a puntuaciones catalogadas como bajas, medias y altas propuestas por Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013) en cada una de las dimensiones. La categorización de estas últimas puntuaciones se muestra en la tabla 6.7.

<b>Dimensiones</b>	<b>Categorías</b>			<b>Puntaje máximo</b>
	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	
<b>Autoaceptación</b>	6-17	18-26	27-36	36
<b>Dominio del entorno</b>	6-17	18-26	27-36	36
<b>Relaciones positivas</b>	6-17	18-26	27-36	36
<b>Crecimiento personal</b>	7-20	21-31	32-42	42
<b>Autonomía</b>	8-23	24-35	36-48	48
<b>Propósito en la vida</b>	6-17	18-26	27-36	36

**Fuente: elaborado con base en Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013)**

En la tabla 6.8 se muestran los datos obtenidos por los participantes en la evaluación pre-test.

**Tabla 6.8**  
**Estadística descriptiva para las puntuaciones de las dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff durante la evaluación pre-test**

Dimensión	Estadísticos descriptivos					Frecuencia de las categorías		
	Mínimo	Máximo	Media	D.E.	Varianza	Bajo	Medio	Alto
<b>Autoaceptación</b>	18	36	24.6	5.85	34.36	0	7	3
<b>Dominio del entorno</b>	18	35	26.4	5.46	29.82	1	4	5
<b>Relaciones positivas</b>	13	36	24.9	9.83	96.76	3	2	5
<b>Crecimiento personal</b>	24	42	33.8	6.95	48.40	0	4	6
<b>Autonomía</b>	19	48	32.6	10.28	105.82	1	6	3
<b>Propósito en la vida</b>	18	36	27.4	6.02	36.26	0	6	4

Al observar los datos de la tabla anterior, podemos encontrar que en cuanto a la autoaceptación el total de la muestra reportó niveles medios y altos; por lo que experimentaban alta autoestima; sintiéndose satisfechos consigo mismos.

En cuanto a dominio del entorno, solamente una persona reportó una puntuación baja, lo que puede interpretarse como experimentar baja auto-eficacia, poca capacidad para controlar el entorno y cambiar sus circunstancias de vida. Mientras que el resto, nueve personas, mostraban un locus de control interno fuerte por lo que consideraban que tenían la capacidad de cambiar sus circunstancias vitales, de influir sobre el contexto que les rodea y sensación de control.

Con respecto a las relaciones positivas, tres personas reportaron tener pocas relaciones interpersonales para experimentar amor y afectividad madura, dificultad para mantener relaciones estables y pocas relaciones de confianza con otros. El resto, siete participantes, consideraron experimentar buenas relaciones con otros y mantener relaciones afectivas de confianza y calidad.

En el caso del crecimiento personal, todos los participantes tuvieron puntuaciones medias y altas, por lo que se puede inferir que consideran poseer la capacidad para desarrollar sus potencialidades y continuar su crecimiento como persona.

En la dimensión de autonomía, nueve participantes reportaron considerarse como capaces para sostener su propia individualidad en diferentes contextos y autorregular su propio comportamiento. En cambio, solamente una persona reportó tener poca capacidad de elección, de decisión e independencia.

En cuanto al propósito en la vida, el total de la muestra reportó poseer metas claras y objetivos vitales bien definidos, así como poseer un sentido de vida y dirigir sus esfuerzos en congruencia con dicho sentido.

### **6.3 Perfil descriptivo de la evaluación pos-test**

A continuación, se presentarán y describirán las características de la evaluación pos-test de los participantes, es decir, la realizada una vez que se finalizaron los trabajos del taller psicoeducativo.

En la evaluación pos-test con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), los participantes obtuvieron una puntuación media de 16 puntos, 7.3 puntos menos que en la evaluación pre-test. Siete participantes reportaron un nivel mínimo de depresión, una sola persona reportó un nivel leve de depresión y dos personas reportaron un nivel severo. Con estos datos se observa que la mayoría de los participantes presentaron síntomas menores de depresión y una disminución posterior al taller en los niveles reportados.

Con respecto a la evaluación pos-test en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), los participantes reportaron una puntuación promedio de 15.92 puntos, 4.38 puntos menos que en la evaluación pre-test. Ocho participantes reportaron una puntuación categorizada como baja, un participante una puntuación categorizada como moderada y uno más una puntuación categorizada como grave. Como en la evaluación pre-test la mayoría de los participantes presentaron síntomas leves o ausentes de ansiedad y también se observó una disminución en la puntuación promedio en la escala.

En cuanto al Índice de Calidad de Vida, la puntuación media de la evaluación pos-test fue de 102.30 puntos, con una desviación estándar de 15.64 puntos y una varianza de 244.67 puntos. Lo anterior representa un aumento de 9.3 puntos con respecto a la evaluación pre-test. Seis participantes obtuvieron una puntuación que puede catalogarse como aceptable, tres como deseable y únicamente una persona como deficiente; por lo que en general la mayoría de los participantes consideró que sus condiciones generales de vida eran adecuadas para su desarrollo personal y se encontraban satisfechos con las mismas.

Los datos anteriores sugieren una mejora en cuanto a la percepción de los participantes con respecto a su calidad de vida.

En la tabla 6.9 se presentan los datos descriptivos de las puntuaciones de las dimensiones de la escala GENCAT de Calidad de Vida en la evaluación pos-test.

**Tabla 6.9**  
**Estadística descriptiva para las puntuaciones de las dimensiones de la escala GENCAT de Calidad de Vida durante la evaluación pos-test**

Dimensión	Estadísticos descriptivos					Frecuencia de las categorías		
	Mínimo	Máximo	Media	D.E.	Varianza	Baja	Media	Alta
<b>Bienestar emocional</b>	7	13	10.6	2.31	5.37	1	5	4
<b>Relaciones interpersonales</b>	6	16	12.0	2.86	8.22	1	4	5
<b>Bienestar material</b>	3	10	7.4	2.41	5.82	4	6	0
<b>Desarrollo personal</b>	8	17	12.6	3.13	9.82	0	4	6
<b>Bienestar físico</b>	1	13	7.4	4.16	17.37	6	2	2
<b>Autodeterminación</b>	10	15	12.7	1.94	3.78	0	3	7
<b>Inclusión social</b>	5	15	11.2	3.22	10.40	1	5	4
<b>Derechos</b>	1	13	8.4	3.89	15.15	4	5	1

Analizando los datos presentados en la tabla anterior se puede observar que en cuanto al bienestar emocional la puntuación media incrementó en 1.7 puntos con respecto a la puntuación media pre-test en la misma dimensión. Así mismo, nueve participantes reportaron satisfacción en esta dimensión. Lo que representa una diferencia con respecto a lo reportado durante la evaluación pre-test (cuando solo seis participantes reportaron estar satisfechos con el bienestar emocional), con tendencia a una posible mejora en este aspecto.

En la dimensión de relaciones interpersonales, la puntuación promedio pos-test fue de 12 puntos, lo que representa un aumento de un punto con respecto a la puntuación pre-test. En esta dimensión nueve participantes reportaron estar satisfechos en este aspecto de la calidad de vida, lo cual es similar a lo reportado durante el pre-test.

Con respecto al bienestar material la puntuación media tuvo un incremento de 2.1 puntos con respecto a la puntuación pre-test. Seis participantes reportaron estar satisfechos

con respecto a esta dimensión mientras que los cuatro restantes se reportaron insatisfechos. Lo anterior contrasta con lo reportado durante el pre-test donde siete se reportaron como satisfechos y tres como insatisfechos.

En cuanto al desarrollo personal, la puntuación media en esta dimensión presentó un incremento de 1.6 puntos con respecto a la puntuación pre-test. El total de la muestra reportó satisfacción en este aspecto, de forma muy similar a lo presentado durante el pre-test.

La puntuación media de la dimensión bienestar físico presentó un incremento de 1.4 puntos con respecto a la reportada durante el pre-test. Sin embargo, durante el pre-test 50% de los participantes reportaron puntuaciones catalogadas como bajas y por lo tanto insatisfacción en este aspecto, mientras que en el pos-test el porcentaje de participantes insatisfechos fue mayor 60%.

En la dimensión de autodeterminación, la puntuación promedio presentó un incremento de 0.9 puntos y el total de la muestra reportó durante el pos-test estar satisfechos en esta dimensión.

Finalmente, en la dimensión de derechos se presentó un incremento de 1.3 puntos en la puntuación media en la evaluación pos-test. Seis personas presentaron puntuaciones que indican insatisfacción en este aspecto, en contraste con cuatro personas que presentaron puntuaciones que indican satisfacción. Las tendencias anteriores fueron similares a las presentadas en el pre-test.

Con respecto a la escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff, el Índice de Bienestar Psicológico en la evaluación pos-test presentó una puntuación promedio de 186.44 puntos, con una desviación estándar de 22.63 puntos y una varianza de 512.27 puntos. Lo anterior representó un aumento de 16.74 puntos con respecto al pre-test. Uno de los participantes presentó una puntuación catalogada como moderada y el resto, nueve participantes, una puntuación considerada como alta. Lo anterior sugiere cambios sutiles en la percepción del bienestar psicológico de los participantes, pues tanto en la evaluación pre-test como en la pos-test el total de la muestra reportó puntuaciones por arriba de los 123 puntos, lo que representa que consideraban estar en condiciones adecuadas para su crecimiento personal. Los cambios observados fueron de nivel, dos personas consideraron que su nivel de bienestar cambió de ser moderado a ser alto.

En la tabla 6.10 se muestran los datos obtenidos por los participantes en la evaluación pos-test en el bienestar psicológico.

**Tabla 6.10**  
**Estadística descriptiva para las puntuaciones de las dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff durante la evaluación pos-test**

Dimensión	Estadísticos descriptivos					Frecuencia de las categorías		
	Mínimo	Máximo	Media	D.E.	Varianza	Bajo	Medio	Alto
<b>Autoaceptación</b>	16	32	27.3	4.69	22.01	1	3	6
<b>Dominio del entorno</b>	19	34	27.9	5.46	29.87	2	6	2
<b>Relaciones positivas</b>	20	36	28.8	5.11	26.17	0	3	7
<b>Crecimiento personal</b>	24	42	35.0	4.92	24.22	0	1	9
<b>Autonomía</b>	23	43	34.3	5.88	34.67	1	3	6
<b>Propósito en la vida</b>	14	36	30.2	6.44	41.51	1	1	8

Podemos observar que en cuanto a la autoaceptación la puntuación media tuvo un incremento de 2.7 puntos con respecto a la evaluación pre-test. En general los participantes reportaron niveles medios y altos en esta subescala (9 participantes) y solamente una persona reportó un nivel de autoaceptación bajo. Los cambios en cuanto a las categorías son sutiles, las puntuaciones catalogadas como altas aumentaron en la evaluación pos-test de una frecuencia de 3 a 6, mientras que las puntuaciones medias descendieron de 7 a 3 y se presentó una puntuación catalogada como baja que en la evaluación pre-test no se presentaba alguna.

Con respecto a dominio del entorno, la puntuación media se incrementó en un punto con respecto a la evaluación pre-test. Ocho de los participantes reportaron encontrarse con un buen sentido de auto-eficacia y en control para cambiar sus circunstancias y solo dos no percibió tales cualidades. En contraste con la evaluación pre-test, solo uno no se percibía en posesión de las cualidades del dominio del entorno.

En cuanto a relaciones positivas, la puntuación promedio de la subescala incrementó en el pos-test 3.9 puntos. A diferencia del pre-test en el que solamente siete de los participantes consideró que poseía relaciones interpersonales de confianza y calidad, durante la evaluación pos-test el total de los participantes se evaluó como poseedores de relaciones interpersonales de calidad.

Con respecto a crecimiento personal, la evaluación pos-test incrementó la puntuación media en 1.2 puntos. El total de la muestra consideró que poseía la capacidad de desarrollar sus potencialidades y fomentar su crecimiento personal, de la misma manera que lo reportaron en el pre-test.

En la puntuación de autonomía se observó un incremento de 1.7 puntos en la evaluación pos-test con respecto a la pre-test. Los cambios fueron sutiles en cuanto a las categorías de las puntuaciones, presentándose movimientos en cuanto a las puntuaciones catalogadas como altas y medias. Durante el pos-test seis de los participantes presentaron una puntuación catalogada como alta a diferencia del pre-test en el que solamente tres participantes presentaron tal categoría. En consecuencia, tres personas tuvieron una puntuación catalogada como media durante el pos-test, mientras que seis participantes presentaban la misma categoría durante el pre-test. Lo anterior significa que los participantes percibieron un mejor nivel en esta dimensión después del taller psicoeducativo.

Finalmente, en cuanto a propósito en la vida, se reportó un incremento de 2.8 puntos en la evaluación pos-test con respecto a la pre-test. En esta dimensión se observaron algunos cambios en cuanto a la categorización de las puntuaciones. En la evaluación pos-test ocho participantes obtuvieron puntuaciones altas, un participante puntuaciones medias y uno puntuaciones bajas; en contraste con la evaluación pre-test en la que solamente se presentaban puntuaciones medias y altas, seis y cuatro participantes respectivamente.

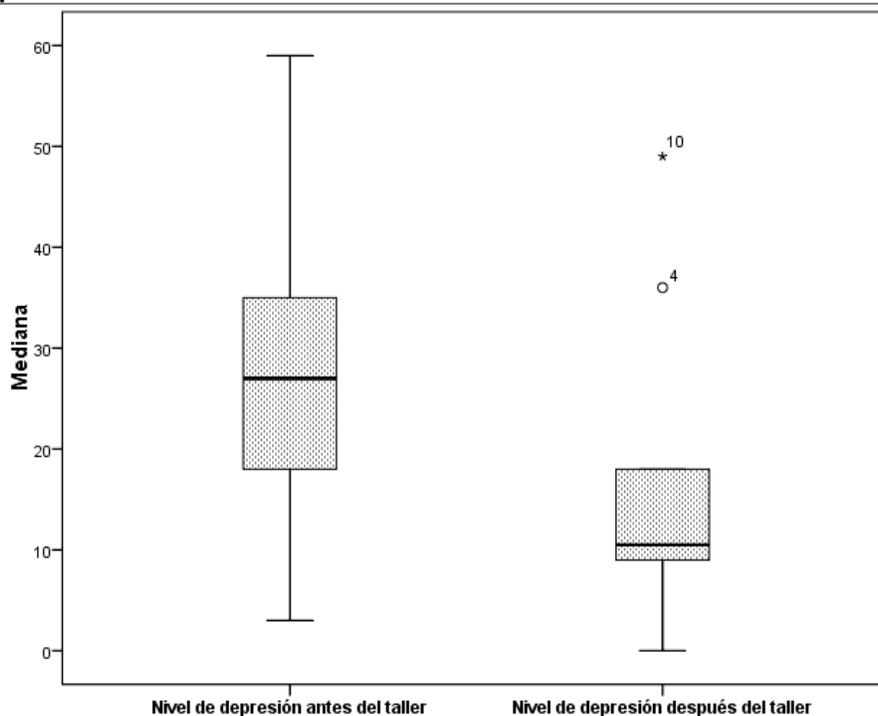
#### **6.4 Análisis comparativo entre las puntuaciones pre-test y pos-test**

Como se estableció en la sección anterior de este capítulo se observaron diferencias entre las puntuaciones obtenidas por los participantes antes y después de la aplicación del taller. Para evaluar si las diferencias encontradas entre las diversas mediciones es una diferencia significativa se procedió a realizar un análisis inferencial apropiado. En primer lugar, se procedió a verificar la pertinencia del uso de una prueba estadística paramétrica y posteriormente se procedió a hacer la prueba estadística de comparación apropiada. Para cada una de las variables estudiadas se realizó el mismo proceso.

Para evaluar si existieron diferencias entre las puntuaciones pre-test y pos-test en el nivel de depresión de los participantes se procedió a comparar la distribución de los datos generando gráficas de caja donde se puede observar la dispersión de los datos y visualmente se pudiera identificar si existe o no dicha diferencia.

En la figura 6.1 se muestran las diferencias obtenidas en la medición pre-test y pos-test en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

**Figura 6.1**  
**Comparación del nivel de depresión antes y después del taller psicoeducativo**



*Figura 6.1 En los diagramas de caja se puede apreciar la diferencia en los niveles de las medianas obtenidas en la medición pre-test y pos-test. Como puede observarse en la medición pos-test encontramos un dato atípico en la distribución del resto de los participantes.*

Para examinar la adecuación de la distribución de los datos a la distribución normal se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov tanto para la medición pre-test como para la medición pos-test. En la tabla 6.11 se presentan los resultados de dicha prueba.

**Tabla 6.11**  
**Resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov para los puntajes pre-test y pos-test del BDI-II**

Medición	Z de K-S	Significancia
Puntaje pre-test BDI-II	0.204	0.200
Puntaje pos-test BDI-II	0.279	0.026

Como se puede observar, los datos de la medición pre-test no se ajustan a la distribución normal, por lo tanto, no es pertinente utilizar una prueba estadística paramétrica de comparación de medias.

La alternativa que se utilizará es la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon, que es una prueba relativamente poderosa, que se emplea en lugar de la prueba *t* para grupos correlacionados, cuando no se adecuan los datos a la distribución normal (Pagano, 1998). Así mismo, es una prueba que toma en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia obtenida, por lo que podemos saber, en caso de que haya habido un cambio, cual fue la tendencia del cambio.

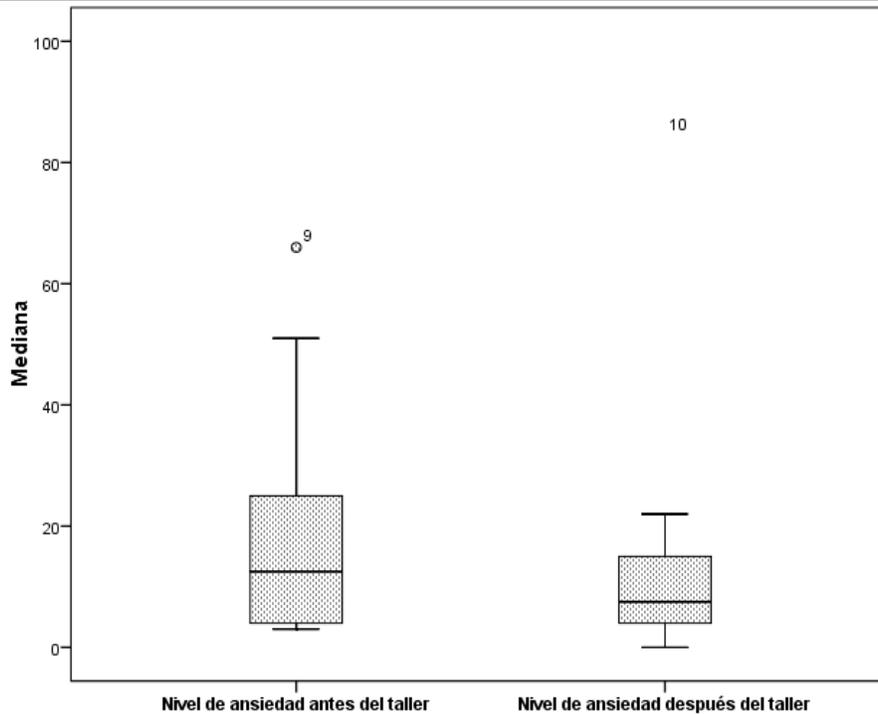
En la tabla 6.12 se presentan los resultados de la prueba de Wilcoxon para los puntajes pre-test y pos-test de BDI-II.

	<b>Valores</b>
<b>Valor Z</b>	-2.703
<b>Significancia</b>	0.007

El nivel de depresión de los participantes al taller cambió ( $z = -2.703, p < 0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes y después del taller psicoeducativo. Por lo que podemos afirmar que el nivel de depresión disminuyó después de la asistencia al taller.

A continuación, se presentan los resultados de la comparación entre las puntuaciones pre-test y pos-test en el nivel de ansiedad de los participantes. En primera instancia se presentarán las gráficas de caja donde se observa la dispersión de los datos obtenidos en las aplicaciones del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y así visualizar si existieron diferencias. La figura 6.2 muestra dicha comparación.

**Figura 6.2**  
**Comparación del nivel de ansiedad antes y después del taller psicoeducativo**



*Figura 6.2 En los diagramas de caja se puede apreciar la diferencia en los niveles de las medianas obtenidas en la medición pre-test y pos-test. Como puede observarse tanto en la medición pre-test como en la medición pos-test se identificaron datos atípicos a la distribución del resto de los participantes.*

Se examinó la adecuación de los datos a la distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, los resultados se muestran en la tabla 6.13.

**Tabla 6.13**  
**Resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov para los puntajes pre-test y pos-test del BAI**

Medición	Z de K-S	Significancia
Puntaje pre-test BAI	0.224	0.169
Puntaje pos-test BAI	0.169	0.006

Como se puede observar la medición pre-test no se ajusta a la distribución normal, por lo que se procederá a realizar una prueba estadística no paramétrica para comparar las diferencias.

En la tabla 6.14 se presentan los resultados de la prueba de Wilcoxon para los puntajes pre-test y pos-test de BAI.

---

**Tabla 6.14**  
**Resultados de la prueba de rangos señalados y pares**  
**igualados de Wilcoxon para los puntajes pre-test y**  
**pos-test del BAI**

---

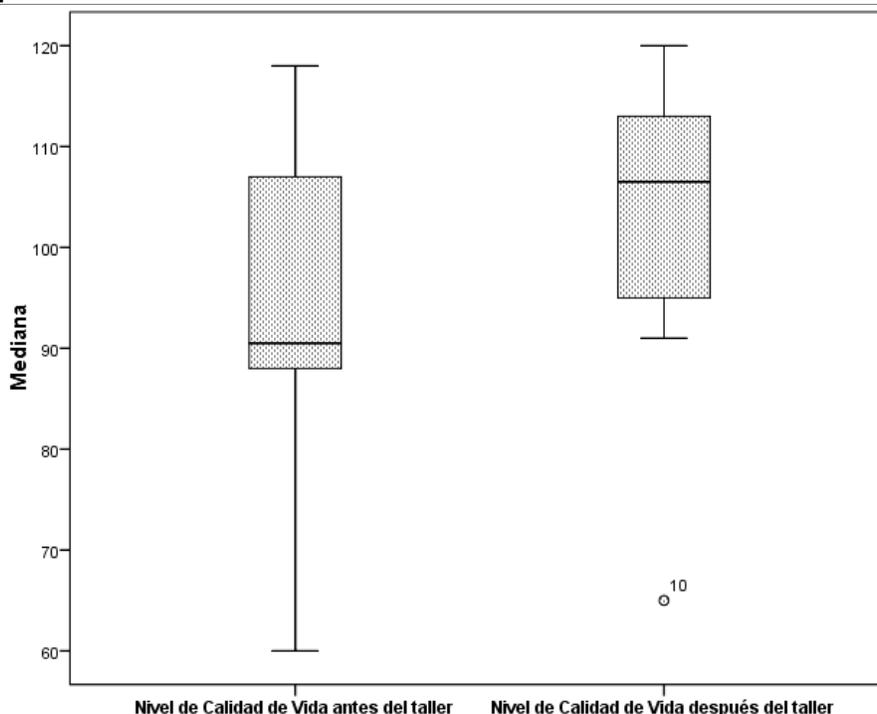
	<b>Valores</b>
<b>Valor Z</b>	-1.424
<b>Significancia</b>	0.154

---

El nivel de ansiedad de los participantes al taller no cambió ( $z = -1.424$ ,  $p > 0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes y después del taller psicoeducativo. Por lo que podemos afirmar que el nivel de ansiedad no disminuyó de forma significativa después de la asistencia al taller en forma significativa.

Con respecto al nivel de calidad de vida se siguió el mismo procedimiento que para las variables anteriores; evaluando la puntuación global del Índice de Calidad de Vida de la escala GENCAT de Calidad de Vida. En la figura 6.3 se presenta la gráfica de caja para la distribución de datos obtenidos en el pre-test y pos-test de los puntajes del Índice de Calidad de Vida.

**Figura 6.3**  
**Comparación del nivel de calidad de vida antes y después del taller psicoeducativo**



*Figura 6.3 En los diagramas de caja se puede apreciar la diferencia en los niveles de las medianas obtenidas en la medición pre-test y pos-test. Como puede observarse en la medición pos-test se identificó un dato atípico a la distribución del resto de los participantes.*

Se examinó la adecuación de los datos a la distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, los resultados se muestran en la tabla 6.15.

**Tabla 6.15**  
**Resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov para los puntajes pre-test y pos-test del Índice de Calidad de Vida**

Medición	Z de K-S	Significancia
Puntaje pre-test GENCAT	0.190	0.200
Puntaje pos-test GENCAT	0.269	0.039

Como se puede observar la medición pre-test no se ajusta a la distribución normal, por lo que se procederá a realizar una prueba estadística no paramétrica para comparar las diferencias.

En la tabla 6.16 se presentan los resultados de la prueba de Wilcoxon para los puntajes pre-test y pos-test del Índice de Calidad de Vida.

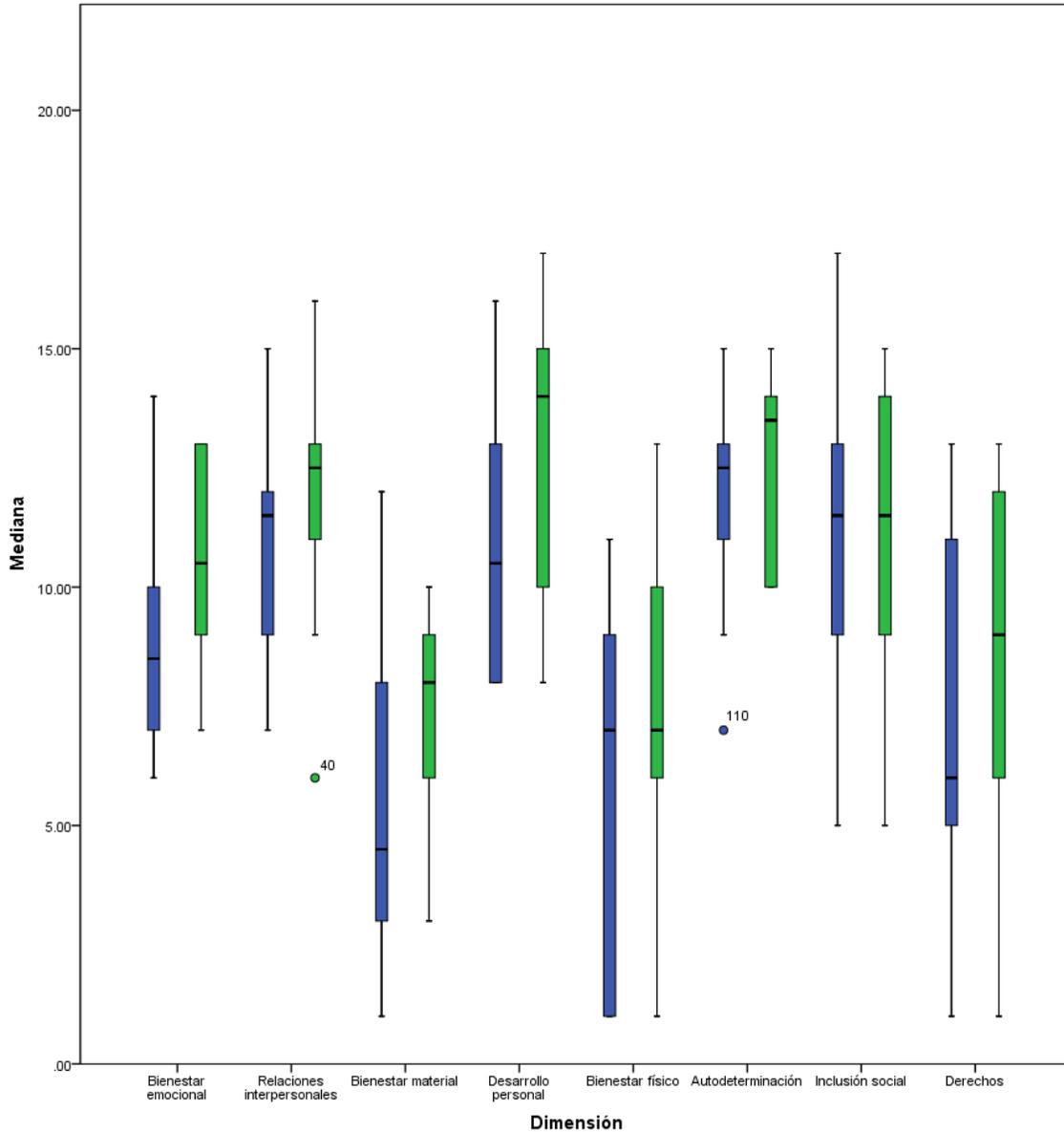
**Tabla 6.16**  
**Resultados de la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon para los puntajes pre-test y pos-test del Índice de Calidad de Vida**

	<b>Valores</b>
<b>Valor Z</b>	-1.960
<b>Significancia</b>	0.050

El nivel de calidad de vida de los participantes al taller cambió ( $z = -1.960$ ,  $p < 0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes y después del taller psicoeducativo. Por lo que podemos afirmar que el nivel de calidad de vida aumentó después de la asistencia al taller en forma significativa.

Para identificar si el cambio en el Índice de Calidad de Vida ocurrió en alguna de las dimensiones que mide la escala GENCAT de Calidad de Vida se hicieron las pruebas estadísticas de comparación apropiadas para cada una de las dimensiones de la escala. En la figura 6.4 se presentan los gráficos de caja que comparan las mediciones pre-test y post-test de cada una de las dimensiones.

**Figura 6.4**  
**Comparación de los puntajes en las dimensiones de la calidad de vida antes y después del taller psicoeducativo**



*Figura 6.4 Se presentan los puntajes pre-test (a la izquierda) y pos-test (a la derecha) de cada una de las dimensiones de la calidad de vida. En los diagramas de caja se puede apreciar la diferencia en los niveles de las medianas obtenidas en la medición pre-test y pos-test. También se observan los puntajes atípicos que ocurrieron en algunas dimensiones.*

Para identificar si ocurrieron diferencias significativas en las mediciones pre-test y pos-test se corrió la prueba de Wilcoxon en cada par de puntajes. En la tabla 6.17 se presentan los resultados obtenidos

**Tabla 6.17**  
**Resultados de la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon para los puntajes pre-test y pos-test de las dimensiones del Índice de Calidad de Vida**

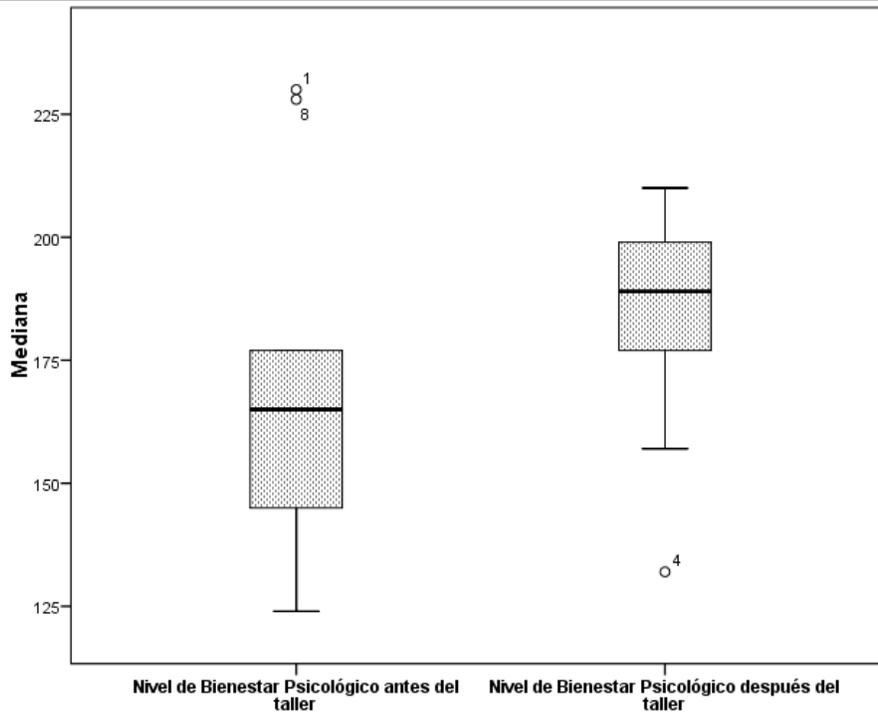
<b>Dimensión</b>	<b>Valor Z</b>	<b>Significancia</b>
<b>Bienestar emocional</b>	-2.257	0.024*
<b>Relaciones interpersonales</b>	-1.492	0.136
<b>Bienestar material</b>	-1.895	0.058
<b>Desarrollo personal</b>	-1.691	0.091
<b>Bienestar físico</b>	-0.847	0.397
<b>Autodeterminación</b>	-1.273	0.203
<b>Inclusión social</b>	-0.241	0.809
<b>Derechos</b>	-1.053	0.292

**Nota: (\*) indica que la diferencia es significativa a nivel  $p < 0.05$**

Como se puede observar en la tabla 6.17, la única dimensión en la que las variaciones pre-test y pos-test produjeron diferencias significativas es la de bienestar emocional. El nivel de bienestar emocional de los participantes al taller cambió ( $z = -2.257$ ,  $p < 0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes y después del taller psicoeducativo. Por lo que podemos afirmar que el nivel de bienestar emocional aumentó después de la asistencia al taller en forma significativa.

Finalmente, el análisis del nivel de bienestar psicológico siguió el procedimiento ya descrito para las variables anteriores. En la figura 6.5 se presenta la gráfica de caja para la distribución de datos obtenidos en el pre-test y pos-test de los puntajes del Índice de Bienestar Psicológico.

**Figura 6.5**  
**Comparación del nivel de bienestar psicológico antes y después del taller psicoeducativo**



*Figura 6.5 En los diagramas de caja se puede apreciar la diferencia en los niveles de las medianas obtenidas en la medición pre-test y pos-test. Como puede observarse tanto en la medición pre-test como en la pos-test se identificaron datos atípicos a la distribución del resto de los participantes.*

Se examinó la adecuación de los datos a la distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, los resultados se muestran en la tabla 6.18.

Medición	Z de K-S	Significancia
Puntaje pre-test Ryff	0.220	0.189
Puntaje pos-test Ryff	0.226	0.161

Como se puede observar ni la medición pre-test ni la medición pos-test se ajustan a la distribución normal, por lo que se procederá a realizar una prueba estadística no paramétrica para comparar las diferencias.

En la tabla 6.19 se presentan los resultados de la prueba de Wilcoxon para los puntajes pre-test y pos-test del Índice de Bienestar Psicológico.

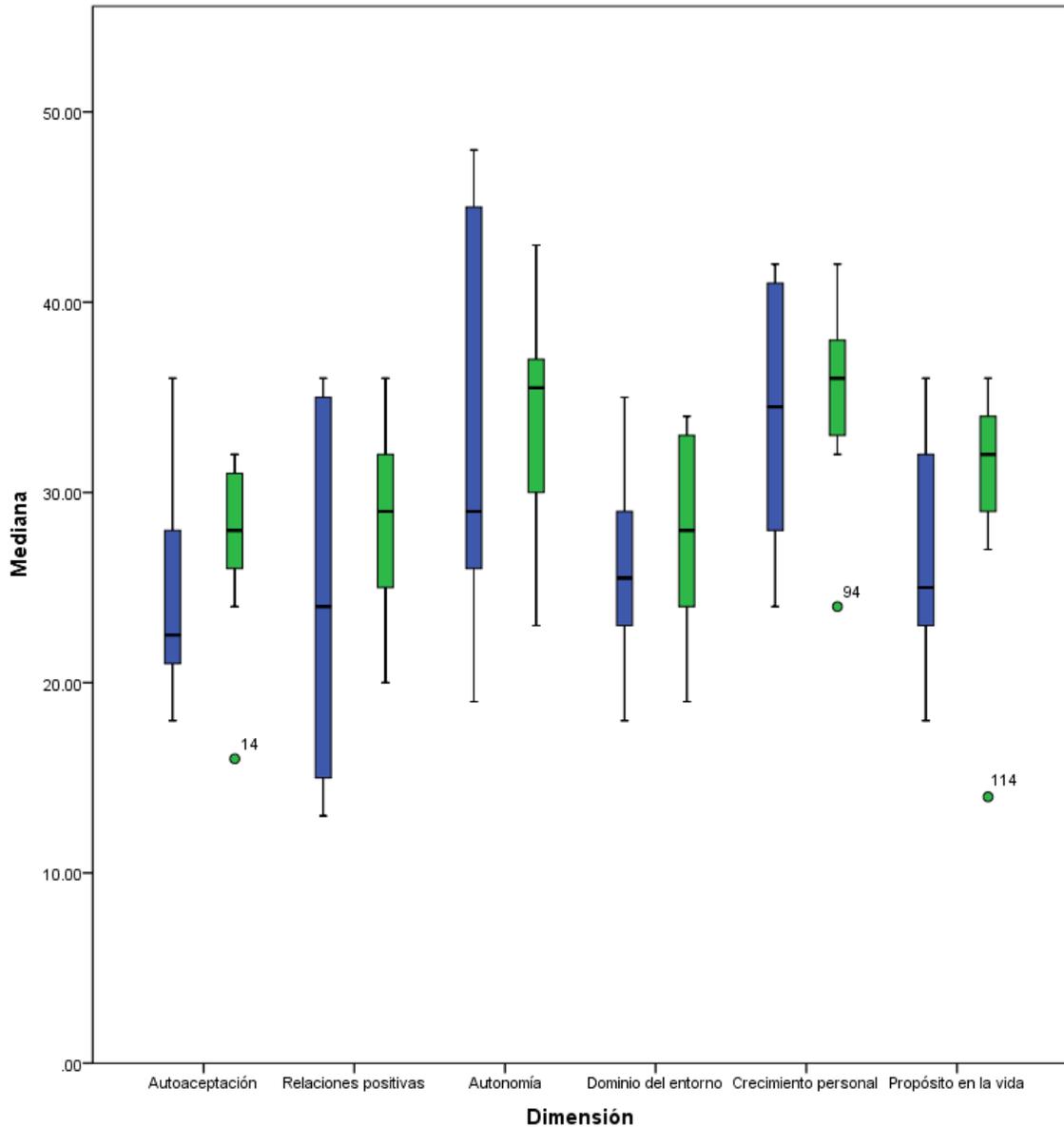
**Tabla 6.19**  
**Resultados de la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon para los puntajes pre-test y pos-test del Índice de Calidad de Vida**

	<b>Valores</b>
<b>Valor Z</b>	-1.428
<b>Significancia</b>	0.153

El nivel de bienestar psicológico de los participantes al taller no cambió ( $z = -1.428$ ,  $p > 0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes y después del taller psicoeducativo. Por lo que podemos afirmar que el nivel de bienestar psicológico no aumentó después de la asistencia al taller en forma significativa.

Para identificar si en alguna de las dimensiones evaluadas por la escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff ocurrieron cambios antes y después del taller se realizaron comparaciones estadísticas apropiadas para cada una de las dimensiones de la escala. En la figura 6.6 se presentan los gráficos de caja que comparan las mediciones pre-test y post-test de cada una de las dimensiones.

**Figura 6.6**  
**Comparación de los puntajes en las dimensiones del bienestar psicológico antes y después del taller psicoeducativo**



*Figura 6.6 Se presentan los puntajes pre-test (a la izquierda) y pos-test (a la derecha) de cada una de las dimensiones del bienestar psicológico. En los diagramas de caja se puede apreciar la diferencia en los niveles de las medianas obtenidas en la medición pre-test y pos-test. También se observan los puntajes atípicos que ocurrieron en algunas dimensiones.*

Para identificar si ocurrieron diferencias significativas en las mediciones pre-test y pos-test se corrió la prueba de Wilcoxon en cada par de puntajes. En la tabla 6.20 se presentan los resultados obtenidos

**Tabla 6.20**  
**Resultados de la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon para los puntajes pre-test y pos-test de las dimensiones del Índice de Bienestar Psicológico**

<b>Dimensión</b>	<b>Valor Z</b>	<b>Significancia</b>
<b>Autoaceptación</b>	-1.190	0.234
<b>Relaciones positivas</b>	-1.840	0.666
<b>Autonomía</b>	-0.561	0.574
<b>Dominio del entorno</b>	-0.614	0.539
<b>Crecimiento personal</b>	-0.491	0.624
<b>Propósito en la vida</b>	-1.725	0.084

*Nota: (\*) indica que la diferencia es significativa a nivel  $p < 0.05$*

Como se puede observar en la tabla 6.20, en ninguna de las dimensiones las variaciones pre-test y pos-test produjeron diferencias significativas. Por lo que podemos afirmar que no se produjeron aumentos significativos después de la asistencia al taller en las distintas dimensiones del bienestar psicológico.

## **6.5 Análisis cualitativo**

En esta sección del presente capítulo se presentarán los resultados del análisis de contenido de los registros obtenidos durante la realización del taller. Esta sección tiene por objetivo analizar la influencia del taller psicoeducativo en la experiencia de los participantes al observar la apropiación del contenido, los cambios en el discurso y comportamientos de los participantes, la calidad de la interacción grupal y la presencia de fenómenos grupales de interacción. Se presentará primero la integración de resultados por el proceso grupal y posteriormente la integración que se realizó por participante del taller. Ambas secciones siguen los pasos establecidos en el capítulo de metodología de esta investigación. En las líneas siguientes, que reflejan la integración de los datos, se enfatizan las categorías de análisis obtenidas utilizando la tipografía negrilla y se aportan verbalizaciones de los participantes en tipografía cursiva para ilustrar las categorías.

### **6.5.1 El proceso grupal**

El taller psicoeducativo se llevó a cabo durante ocho sesiones consecutivas, una cada semana con una duración aproximada de dos horas cada una. El análisis particular de esta sección se realizó analizando cada una de las sesiones por separado y en la integración de los datos se decidió mantener el análisis por sesión haciendo enlaces entre cada una de ellas.

## Sesión 1

Durante la primera sesión asistieron trece asistentes y el objetivo planteado para esta sesión fue generar un ambiente de cooperación e integración al interior del grupo, dar a conocer los objetivos y la forma de trabajo del taller, realizar la evaluación inicial y exponer el concepto de bienestar psicológico, sus componentes y su influencia sobre la salud mental.

El inicio de la sesión estuvo marcado por la presentación de los facilitadores y el **encuadre** realizado por los mismos, quienes comenzaron exponiendo los lineamientos que harían posible el buen funcionamiento del taller, en particular se hizo énfasis en la asistencia y la puntualidad de los asistentes. El encuadre pareció ser recibido de forma adecuada por el grupo y después de aceptar de forma escrita, en el consentimiento informado, su participación en el taller, los facilitadores exploraron las **expectativas** de los asistentes por participar en el taller.

Una gran parte de los asistentes mencionaron que tenían interés en el taller por los temas que se tocarían; compartiendo en el grupo poca información sobre sí mismos y colocando únicamente la **expectativa de conocer** más sobre el tema y aplicarlo en su vida.

Sin embargo, en algunos miembros del grupo se notó que su motivación iba más allá de solamente conocer los temas del taller, sino que compartieron con el grupo expectativas diferentes que partían de necesidades distintas. Algunos participantes hicieron mención sobre una **necesidad de autoconocimiento** mencionando: *“quiero aprender a conocerme más”* o *“poder entender lo que me pasa y saber que siento”*. Otros participantes aludieron directamente que esperaban que el taller les ayude en problemas relacionados con su estado de ánimo o sus situaciones personales, una **necesidad de manejar la depresión**; por ejemplo, mencionaron: *“ayudarme a salir del hoyo negro de malestar y confusión”*, *“abrazarme a la vida”*, *“ayudarme a enfrentar problemas de la vida”*, o *“entender lo que me hace sentir deprimida y poder analizarlo y solucionarlo”*. Finalmente, algunos participantes compartieron al grupo una expectativa cercana al enfoque de bienestar y la felicidad; haciendo referencia al título y tema del taller. Una **necesidad de ser feliz**, mencionando: *“quiero encontrar un camino correcto para dirigir mi vida”*, *“ayudarme a mantenerme en el lado de la felicidad”* o *“estar más informado de emociones y equilibrio para una vida sana”*.

Durante esas primeras reflexiones, los participantes también hicieron evidentes, en su discurso, algunas **causas** que les llevaron a asistir al taller. Su expectativa de que el taller sea un espacio de ayuda se hace patente cuando compartieron qué les trajo al taller; algunos compartieron **insatisfacción** como razón principal; exponiendo: *“quiero entender este malestar o confusión que no me deja vivir”* o *“quiero salir adelante en la vida”*. Otros mencionaron que las situaciones de su vida les han llevado a considerarse inseguros, incapaces para manejar la vida y conseguir lo que desean, su **identidad** parecía estar ligada a una concepción de inadecuación o fracaso; expresaron: *“me siento tonta por no salir adelante”*, *“quiero avanzar, aunque no encuentro como”*, *“quiero encontrar una forma para ser distinto”* o *“quiero ser mejor, para mí y mis hijos”*. Algunos participantes expresamente mencionaron **duelos** como causa de su asistencia: *“tengo un duelo que estoy pasando porque mi esposo murió recientemente”* o *“quiero salir de muchos duelos que han dañado mi seguridad, autoestima y profesionalismo”*. Algunos mencionaron su **estado de ánimo** como causa principal: *“tengo esta tristeza que siempre me acompaña”*, *“son mis inseguridades o que ya no pienso ni en avanzar”* o *“salir adelante y no sentirme tan triste”*.

Los facilitadores introdujeron un ejercicio para reflexionar con la intención de mover la perspectiva de los asistentes hacia el enfoque propio del taller. Inquirieron a los asistentes de la siguiente manera: “si se encontraran al genio de la lámpara y les diera a elegir entre dos deseos: a) disminuir todo lo negativo que les hace infelices su vida o b) aumentar lo positivo que les hace feliz en sus vidas, ¿qué elegirían?” La mayoría de los asistentes eligieron la primera opción empatizando con la perspectiva del taller y solo dos reconocieron que también desearían disminuir lo negativo. Se enfatizó el objetivo principal del taller de aumentar los aspectos que aumentan el bienestar y la calidad de vida y de que los participantes se involucren con **compromiso** en las dinámicas y ejercicios del taller.

Se mencionó el objetivo, la dinámica del taller y los temas que se revisarían; haciendo énfasis en los elementos del bienestar psicológico: **emociones positivas, involucramiento, relaciones interpersonales, significado y logro**. Se mostró a los participantes la importancia de trabajar en el bienestar para afrontar mejor la **depresión** y la **ansiedad** y se brindó un panorama general sobre la importancia de tratar estas condiciones; permitiendo así, que los asistentes se familiarizaran con los términos que se utilizarían a lo largo del taller.

Para ejemplificar el enfoque del taller se realizó un **ejercicio de reflexión** que consistió en que compartieran una historia personal que hubiera terminado positivamente y en la que ellos consideraran que hubieran puesto todo su esfuerzo. Las personas que escucharían la historia tratarían de identificar algunas **fortalezas** o cualidades que la persona que narraba hubiera utilizado para que se diera el desenlace. El ejercicio se discutiría durante la siguiente sesión.

Para finalizar la primera sesión se recapituló lo revisado.

## **Sesión 2**

En la segunda sesión asistieron catorce participantes, faltaron algunos que habían asistido durante la sesión anterior y como se integraron nuevos participantes se pidió que se presentaran al grupo. El objetivo de la segunda sesión era analizar el papel de las emociones positivas en el bienestar y plantear a los participantes las herramientas de la gratitud y el perdón para el manejo de las emociones.

Los trabajos propios de la sesión comenzaron con la revisión del **ejercicio de reflexión** realizado durante la sesión anterior. Los participantes comentaron los efectos de compartir sus historias personales a otros miembros del grupo y cómo fue centrarse en los aspectos positivos de la narración, así como en las **fortalezas** utilizadas para el desenlace.

Algunos comentaron efectos generales como *“me sentí bien compartiendo mi historia”*, pero otros señalaron los **efectos del grupo como audiencia positiva** compartiendo: *“me sentí escuchada con quien trabajé, me sentí importante”*, *“me hizo feliz emitir mis emociones y después que me dijeran mis fortalezas me ayudó a tenerlas presentes”* o *“no me había fijado en lo que pasó, me dijeron cosas que no había considerado en lo que hago”*. Inclusive un participante mencionó que el ejercicio tuvo el efecto de: *“me ayudó cuando me sentí mal en la semana... recordar el ejercicio me hizo sentirme bien”*.

Sin embargo, estos efectos positivos en la dinámica del grupo no se presentaron en todos los asistentes, un participante comentó que la persona con quien había trabajado no había puesto atención a su relato y que eso le limitaba para seguir trabajando con el grupo. A pesar de eso los facilitadores le animaron a continuar con el trabajo del taller. En este momento no se observó **cohesión** en el grupo, pues dejaron que la sesión continuara sin reforzar lo mencionado por los facilitadores o el participante.

Después de esa revisión inicial se dio paso al trabajo propio de la sesión y los facilitadores comenzaron a introducir a los asistentes a un **discernimiento emocional** en

el que identificaron diferentes formas de considerar la felicidad y qué características tienen las **emociones positivas** y las **emociones negativas**.

Se planteó a los asistentes dos situaciones en las que pudiera identificar las diferencias entre las sensaciones placenteras y la sensación de satisfacción. Durante el ejercicio los asistentes identificaron algunas características que las distinguían como: *“pueden traer un sentimiento de satisfacción diferente”, “en una situación pues estás solo y en la otra puedes compartir con otras personas”* o *“puede ser que si decides hacer algo placentero no lo disfrutas plenamente porque estás pensando en lo que tienes que hacer después”*. Incluso un participante introdujo al grupo la idea de **deberes sociales**, es decir, aquellas convenciones impuestas por la sociedad que influyen en cómo nos sentimos sobre lo que hacemos o cómo debemos sentirnos ante ciertas circunstancias, el participante lo discute de la siguiente manera: *“es que a veces no nos enseñaron que estudiar también nos puede dar la felicidad y ya creemos que eso no es... divertido”*.

Los facilitadores continuaron el trabajo de **discernimiento emocional** y plantearon un ejercicio en el que los participantes tenían que buscar diez formas de **emociones positivas** en un buscapalabras. A partir del ejercicio los facilitadores introdujeron al grupo a diez formas de emociones positivas: **alegría, gratitud, serenidad, interés, esperanza, orgullo, diversión, inspiración, asombro** y amor.

Los participantes al ir conociendo las diez emociones positivas participaron identificando situaciones en las que han sentido dichas emociones o aportan algunas características de las mismas. El grupo comentó algunos **efectos generales** como: *“están relacionadas con la salud”, “se contagian”* o *“te sientes bien cuando pasan”*.

Sin embargo, además de lo anterior, algunos miembros del grupo aportaron **ejemplos personales** de cuando han sentido dichas emociones; comentando: *“siento gratitud porque alguien va a venir a buscarme cuando salga del taller”, “agradezco a mi familia porque me permiten venir al taller”, “me da orgullo lograr retos que me propongo”, “me inspiran dos amigas porque piensan y actúan, me inspiran a tener valor porque dejaron lo seguro, dejaron el miedo atrás”* o *“siento amor cuando estoy con mis perros”*.

Otros miembros aplicaron de manera inicial lo visto al identificar las emociones en situaciones que han vivido cotidianamente y que no reconocían como tales; aplicando el **discernimiento emocional** y mencionando: *“cuando observo por las tardes que las aves se van a dormir, cuándo y cómo vuelan... no sabía que eso era interés”, “entiendo ahora*

*que mi hijo decía que ser orgulloso estaba mal, pero más bien hablaba de envidia” o “no pensé que sentirse orgulloso era bueno, mi hijo transformó sus ambiciones en metas y se siente bien... yo me siento orgullosa de él”.*

Así mismo, el ejercicio comienza a fomentar entre los miembros del grupo la **interrelación** entre ellos. Una participante mencionó que el ejemplo personal que había dado una compañera le había inspirado y consideró: *“quiero conocerme más y confiar en mi misma”.*

Se comentó a los participantes los efectos que tienen a largo plazo las emociones tanto positivas como negativas y se les introdujo a los ejercicios que tienen la finalidad de manejar dichas emociones. El primero, que es un **ejercicio de perdón** invita a los participantes a manejar las emociones negativas acumuladas; mientras que el segundo, la **carta de gratitud** tiene la finalidad de aumentar una emoción positiva de manera propositiva.

Los participantes recibieron la información, se les invitó a realizar la **carta de gratitud** para la siguiente sesión y se finalizó la sesión recapitulando lo visto.

### **Sesión 3**

En la tercera sesión asistieron trece participantes y ya no se agregaron nuevos participantes. El objetivo de la sesión fue analizar el papel del involucramiento y las fortalezas de carácter en el bienestar psicológico.

Al iniciar la sesión los facilitadores solicitaron a los participantes que comentaran sobre los temas que se han visto en las sesiones anteriores y se pudo observar una mayor **integración** del grupo. Conforme repasaban los contenidos de las sesiones anteriores, los participantes iban **suplementando** lo que mencionaban unos a otros. Se dirigían a otros por sus nombres e incluso mencionaron los ejemplos personales que había compartido; mostrándose mayor **cohesión** al interior del grupo.

Se solicitó que los participantes comentaran los ejercicios que se pidieron en la sesión anterior. Con respecto al **ejercicio del perdón** una participante comentó que inició el ejercicio, pero pronto pasó de *“perdonar a agradecer”*, puesto que se dio cuenta que había dado por hecho algunas cosas que le habían costado trabajo externar. El grupo en general se une a ella y comentan que es algo difícil que no están preparados para realizar. Se observó una mayor **cohesión** en el grupo y **apoyo emocional** con la compañera del taller.

En el caso de la **carta de gratitud**, se observó que tuvo mayor aceptación por parte del grupo. Algunos comentaron un **efecto positivo** al realizar el ejercicio como: *“la hice para mi padre... me sentí mejor a pesar del duelo que estoy viviendo”* o *“busqué a una amiga que me escuchó en un momento donde sentía que nadie me veía y ella sí lo hizo... me sentí contenta y aliviada”*. A otros el ejercicio los llevó a **reflexionar sobre sí mismos** y la implicación de ellos en cómo perciben las circunstancias de sus vidas; comentaron: *“al hacerla me fui dando cuenta como minimizo las cosas, lo vivido... no tomaba en cuenta que tengo personas a quien agradecerles... si hubo gente apoyándome y tiendo a no aceptar que están ahí”*, ante ese comentario otra participante comentó: *“yo también me di cuenta... no decimos las cosas porque las damos por hecho y que cuesta trabajo externarlo... me dieron ganas de llorar”*, alguien más continuó la reflexión mencionando: *“yo pensaba que yo era la que siempre escuchaba y no... también yo tengo alguien que puede escucharme”*.

Finalmente, en la reflexión sobre el ejercicio otros mencionaron que no pudieron hacerlo, aunque consideraron posibles beneficios posteriores como: *“no pude hacerlo, si ubiqué a las personas que quiero agradecerles, algunos ya no tengo forma de verlos... un maestro de primaria... pero fue muy importante para mí”* o *“yo quise hacerla para mi madre, pero ella ya no está... siento que puedo hacerlo y decírsela cuando esté sola”*.

Después de la reflexión sobre los ejercicios semanales, los facilitadores cerraron el tema sobre las **emociones positivas** proveyendo al grupo de algunos beneficios de experimentar dichas emociones y de herramientas que pueden fomentar el bienestar a través de utilizar las **emociones positivas**, en particular se propuso la técnica de “saborear”, **discernimiento emocional** y fomentar las circunstancias cuando aparecen.

Posteriormente, los facilitadores abordaron el tema de la sesión que se refiere al **involucramiento**, se expuso a los participantes que se refiere a utilizar las **fortalezas** y habilidades a las acciones que realizamos y que en particular nos aportan bienestar; particularmente aquellas actividades en las que no hay efecto de distracción, representan retos, se usan las habilidades y nos aportan mucha satisfacción por haber logrado algo importante y aporta a la autoestima. Se les indicó a los participantes que podrían nombrar este tipo de actividades como **actividades óptimas** y el grupo aporta la idea de que son como *“las pasiones personales”*.

Los facilitadores introdujeron al grupo un ejercicio para identificar sus propias **experiencias óptimas**; pidiéndoles que hicieran un listado de actividades donde se

hubieran sentido altamente involucrados, sin distracciones, profundamente concentrados y sin que percibieran el paso del tiempo. Una vez hecha la lista se reflexionó sobre la misma con todo el grupo.

Algunos participantes tuvieron problemas para identificar **experiencias óptimas**, sin embargo, al cuestionarlos un poco más nuevamente aparecieron en sus discursos los **deberes sociales**, pues consideraban que debido a que eran actividades que tenían que hacer o que se les había enseñado que no se disfrutaban, no las consideraban como fuentes de bienestar. Una participante comentó *“no puedo identificar que haga algo así, no lo he sentido... bueno, en mi trabajo... si estoy haciendo esas revisiones siento que podría hacerlo todo el día, no me canso, lo disfruto... pero eso es trabajo, ¿no?”* otra participante consideró que le sucedía cuando *“hago mi quehacer... ordenar mis cosas y... siento mucha satisfacción por tener todo bien”*.

Otros participantes no tuvieron problemas para identificar sus **experiencias óptimas** e incluso reconocieron actividades que socialmente tienen una carga que nos hace no tomarlas en cuenta; por ejemplo mencionaron: *“aunque me critiquen, a mí me encanta planchar, es mi tiempo, mi espacio y aprovecho para meditar... es mi refugio”*, *“la mía podría ser el juego, cualquier tipo de juego como tenis o juegos de mesa... me provoca adrenalina, me da placer, me hace sentir muy bien, desestresado, liberado”* o *“para mí, mi pasión es nadar... el tiempo pasa y no lo siento... utilizo mis habilidades”*

Posteriormente, los facilitadores continuaron exponiendo las ventajas de las **experiencias óptimas** y el grupo participó aportando sus experiencias personales; particularmente comprenden mejor que este tipo de experiencias pueden ser muy satisfactorias si involucran a otros, comparten en sus **relaciones personales** como: *“recuerdo que me gustaba lavar los trastes porque nos mandaban a mi hermana y a mí, era un tiempo en el que las dos nos podíamos dedicar a platicar mientras lo hacíamos”* o *“como me gustaba tanto me empeñé en que mis hijos también aprendieran y poco a poco lo fuimos compartiendo y lo disfrutamos mucho”*.

Después de dar el espacio de esta reflexión grupal, los facilitadores expusieron el concepto de **fortalezas de carácter** mencionando que son las capacidades que poseen las personas de manifestar lo mejor de cada uno en las actividades y relaciones personales. Se expusieron las categorías y las distintas fortalezas.

Los participantes comentaron que algunas de las **fortalezas de carácter** les son desconocidas o que no sabían que algunas fueran consideradas como fortalezas. Por ejemplo, una participante comentó: *“ser curioso es una fortaleza... no pensé que pudiera ser una fortaleza... cierto que a mí me gusta averiguar cosas, enterarme bien de lo que pasa alrededor... no pensé que fuera una fortaleza”*.

Se explicó el ejercicio semanal que involucraba identificar sus propias fortalezas, se resumió el contenido de la sesión y se despidió al grupo.

#### **Sesión 4**

Durante la cuarta sesión el grupo se redujo a solamente 9 asistentes, todos ellos formarían parte de la evaluación final. El objetivo de la sesión era analizar el papel de las relaciones interpersonales en el bienestar psicológico, en particular se analizarían los estilos de respuesta del modelo de Gable, algunas intervenciones positivas relacionadas con mejorar las relaciones interpersonales y analizar la práctica de la amabilidad.

Para dar inicio a la sesión, los facilitadores generaron una dinámica lúdica para recapitular lo visto en las sesiones anteriores y revisar el ejercicio semanal relacionado con las **fortalezas de carácter**. Los participantes se involucraron en la actividad mencionando las fortalezas que habían identificado durante la semana anterior y se observa su **compromiso** con el grupo y el trabajo con el taller. Algunos comentarios de los participantes sobre el ejercicio semanal anterior fueron: *“mi fortaleza es la trascendencia porque me consideran la chispa en mi familia y la uso para motivar a mi familia”, “mi fortaleza es la justicia, pues trabajo en equipo todos los días y la aplico todos los días. Creo que por eso mi trabajo me apasiona”* o *“tengo dos, amor por el aprendizaje y curiosidad, investigo y transmito toda la información que tengo, aunque me dé pena cuando me reconocen que soy buena”*.

Para cerrar el tema de las **fortalezas de carácter** se expuso a los participantes cómo utilizarlas propositivamente y cómo pueden contribuir al bienestar. Los participantes se muestran más participativos y muestran mayor **cohesión** entre ellos. Particularmente el grupo respondió a una participante con **apoyo emocional**, cuando comentó como usó sus fortalezas con respecto al manejo de la depresión que había sentido, ella comentó: *“hace dos años sufrí mucha depresión, me sentí muy mal, no quería hacer nada y lo único que me mantenía bien era leer y ver documentales, es... usar mi curiosidad o sabiduría para mantenerme bien”*. La participación de ella fue bien recibida por el grupo y esto estimuló

que los demás comenzaran a buscar en sus historias de vida como las **fortalezas de carácter** han tenido un papel en su **bienestar**, vivir mejor y manejar la **depresión**.

La participación de los miembros del grupo comenzó a **integrar** los contenidos que se revisaron en las sesiones anteriores y reflejó la comprensión y uso de lo visto con anterioridad. Una participante mencionó: *“creo que esta cuestión de las fortalezas es como lo que vimos de las emociones positivas, en exceso no nos llevan al bienestar”*. En otra participación, alguien más complementó: *“las fortalezas en exceso es como...cuando eres demasiado curioso o curiosa te hace ser una metiche ante otras”*.

Los ejercicios con las **fortalezas de carácter** llevaron a otras **reflexiones**, una participante comentó: *“esto me ha movido el tapete... me doy cuenta que las fortalezas son circunstanciales, que es... verte diferente, no como si has fallado, sino en lo que haces bien o eres bueno. Yo me sentí distinta al ver cuáles son mis fortalezas”*. Los participantes asintieron ante esos comentarios y validaron en grupo lo expuesto.

Los facilitadores introdujeron el tema de las **relaciones interpersonales** uniendo el tema de la sesión con los vistos anteriormente como las **emociones positivas** y las **experiencias óptimas**. Además, se introdujo el concepto de **redes de apoyo** mostrando su utilidad. Los participantes manifestaron su acuerdo en la importancia de tener personas en quienes apoyarse. Una participante agregó: *“es muy bueno estar cuando el otro lo necesita y pedir ayuda cuando se necesite”*. El resto del grupo asintió. Se puntualizó la importancia de compartir parte de nosotros para invertir en las relaciones, así como la importancia de estar con otros tanto en los tiempos buenos como cuando las cosas no van bien.

Se procedió a enseñar y ejemplificar a los participantes el modelo de Gable sobre los estilos de respuesta en las relaciones. Se solicitó a los participantes que identificaran los efectos de cada uno de los estilos de respuesta. Se observó una alta participación de los miembros del grupo tanto comentando los efectos positivos o negativos de los estilos de respuesta como compartiendo sus ejemplos personales en sus relaciones con sus parejas, hijos o amigos.

Algunos participantes comentaron historias de respuestas negligentes de parte de sus parejas comentando que durante sus matrimonios la persona no respondía a sus intentos por mantener una relación cordial y de apoyo. Mencionaron que crearon una relación con monotonía, con culpas y que incluso les llevo al divorcio. Se observa su

**comprensión** sobre el tema. Sin embargo, fue necesario redirigir la reflexión hacia el estilo de responder que cada uno de ellos utiliza en sus propias relaciones más que enfocarse en lo que reciben de otros como respuesta. Cambiar el foco de la reflexión fue difícil en el grupo, por lo que se optó por introducir el ejercicio de estilo de respuesta en las relaciones solicitando que los participantes compartieran una buena noticia con otro miembro del grupo y observaran el estilo de respuesta y retroalimentaran a sus compañeros.

El ejercicio fue bien recibido por los participantes y permitió cambiar el foco de la reflexión desde lo que hacen los otros hacia cómo responden cada uno de ellos. Los participantes comentaron su gusto por haber sido escuchados y comentaron que los efectos de que alguien responda activa y constructivamente al recibir la buena noticia permite la creación de confianza y lazos entre las personas. Los facilitadores puntualizaron la importancia de centrarse en lo que uno puede realizar y lo que puede tener control, que son los comportamientos propios; más que enfocarse en controlar o cambiar los comportamientos de las otras personas.

Los facilitadores continuaron el tema dirigiendo la atención de los participantes hacia las relaciones de pareja y se expuso algunas formas que toman las **interacciones negativas** con la pareja. Debido a que en el grupo existían participantes solteros, también se dio pie a ubicar estas interacciones negativas en otras relaciones y no solamente ubicarlas en la relación de pareja.

Los participantes comparten al grupo sus experiencias con estas interacciones negativas y los efectos que tuvieron en ellos; mencionando: *“siempre fue difícil con mi esposo, pues siempre era un muro, no podía hablar con él”, “a veces todo era a la defensiva... no se podía llegar a un acuerdo porque tenía que tener la razón”,* e inclusive alguien comentó *“por eso todas estamos solteras”*. Se observó la **comprensión** de los participantes sobre el tema y se redondeó exponiendo al grupo algunas herramientas que pudieran ocupar cuando se presentaran conflictos en las relaciones. Se pidió a los participantes comentar lo expuesto y se observó cómo aplicarían ellos las distintas herramientas.

Se resumieron los contenidos vistos durante la sesión y se dejó la **práctica de amabilidad** como ejercicio semanal para observar el efecto sobre las **relaciones interpersonales**.

## Sesión 5

En la sesión 5 el grupo se conformó por los 10 asistentes que realizaron la evaluación final del taller y a partir de esta sesión el grupo ya no tuvo adhesiones ni tampoco faltaron a las sesiones. El objetivo de la sesión fue analizar el papel del significado y sentido de la vida en el bienestar psicológico; utilizando la escala de valores de Schwartz y las fuentes de significado de Emmons para reflexionar acerca de lo que le da significado y sentido a la vida personal.

Se inició la sesión revisando la realización del ejercicio de la semana que fue la **práctica de amabilidad**. Los participantes que realizaron el ejercicio expresaron que tuvieron un efecto positivo al sentirse más **conectados con otras personas**, por ejemplo, una participante expresó: *“mi ejercicio lo hice muy sencillo, le di los buenos días a un señor que abre su tienda cuando yo voy de salida por la mañana... le decía buenos días con una sonrisa... me sentía muy bien y me veían como extraña, como si algo quisiera pero solo fue ser amable”*. Otra persona comentó que los beneficios de la amabilidad le permitieron mejorar su relación con su hija comentando: *“fue ayudarla o darle un detalle y ella al principio me decía si me pasaba algo... después ella comenzó a decirme si me ayudaba a lavar los trastes, como si nada... me sentí bien porque siento que mejoré el estar con ella”*. Otros estuvieron de acuerdo en que mejora las **relaciones interpersonales**.

También se observó que los asistentes unieron por sí mismos la **práctica de amabilidad** con los contenidos de las sesiones anteriores utilizando los conceptos que se habían visto de forma correcta. Se observó que conectaron el tema con las **emociones positivas**, las **relaciones interpersonales** y las **fortalezas de carácter**. Por lo que demostraron su aprendizaje de los contenidos del taller.

Los facilitadores continuaron la sesión puntualizando y enfatizando los beneficios de la amabilidad para mejorar las **relaciones interpersonales** y comentaron algunos puntos a tomar en cuenta. Un punto que permitió una reflexión grupal mayor fue que en ocasiones las personas no quieren ser ayudadas o que recibir ayuda puede serles incómodo. Una participante compartió al grupo su dificultad para pedir ayuda, pues sentía que era como mostrarse incapaz o *“tonta”* ante otras personas. Este comentario permitió al grupo discutir la importancia de pedir ayuda cuando se necesita y mostrarse vulnerable como algo natural, además permitió que comentaran el estado de ánimo cuando esto sucede y mencionaron que en general ocurría cuando se encontraban tristes o deprimidos, por lo que se enfatizó en la necesidad de pedir ayuda si esos sentimientos rebasan lo que cada quien puede

manejar. El grupo se mostró solidario y con **cohesión** al mostrar comprensión ante el tema y reflexionar sobre la importancia de las **redes de apoyo**.

Con esta reflexión grupal los facilitadores dirigieron la atención del grupo hacia el tema de la sesión introduciéndolos al sentido de la vida y la importancia que tiene en el bienestar. Expusieron que es un elemento que se va construyendo en el presente y que tiene un impacto más profundo en el futuro.

Los facilitadores ofrecieron a los participantes la idea de que el sentido de la vida tiene que ver con responder qué significa la vida propia o para qué se vive. La pregunta retó a los participantes y se observó silencio en el grupo y una dificultad para responderla. Ante esto, los facilitadores invitaron al grupo a reflexionar poco a poco sobre las implicaciones de darle un sentido a la propia vida. Se expuso al grupo los beneficios y aportaciones al bienestar que tiene el sentido de la vida.

Los participantes fueron comentando los puntos que se expusieron tanto en acuerdo como en desacuerdo a ciertos aspectos. Por ejemplo, se comentó que en ocasiones darle sentido a la vida propia tiene que ver con pertenecer a una institución con la que compartimos la ideología, un participante comentó: *“pero en mi caso, yo no creo en la iglesia o la religión”*, por lo que se tuvo que puntualizar que no siempre son las instituciones establecidas o tradicionales, que en ocasiones la misma familia cumple con ese sentido de pertenencia.

Otro ejemplo ocurrió cuando se mencionó que darle un sentido a la vida permite reconocer que somos importantes pues sin nuestra participación nadie cumpliría nuestra misión y permite construir nuestra autoestima. Una participante compartió una historia personal: *“en mi grupo de amigos yo soy quien está ahí para escucharlos, para apoyarlos, sé que recurren a mí y como... mi misión... pues es apoyarlos, ¿eso es tener sentido?... pues yo siento que soy valiosa por eso”*.

Se observó que los participantes comenzaron a comprender que tener un sentido de vida es darle una dirección a las acciones o comportamientos que realizamos cotidianamente.

Posteriormente se ejemplificó al grupo algunas personas famosas que encontraron su sentido de vida en sus profesiones, su labor con otras personas, sus aportaciones, etcétera. En seguida, los facilitadores expusieron que algo que puede guiar o dar sentido a la vida es dirigir nuestras acciones a través de **valores** y que los valores pueden indicarnos

si estamos viviendo conforme a lo que es importante para cada uno. Se expuso y ejemplificó la escala de valores de Schwartz y posteriormente los participantes realizaron un ejercicio para que identificaran los valores que guían su vida.

Durante el ejercicio los participantes identificaron algunos valores y como guían su vida. Algunos comentaron: *“yo creo que el valor que me guía es la benevolencia... siento que con mi familia yo cumplo el papel de ser quien apoya a los demás y si no lo hago... pues yo me siento mal, siento que no estoy haciendo lo que quiero”, “mi valor es la autodirección, quiero conseguir algunas metas, lograr ver a mis hijos crecer y que puedan estudiar o hacer lo que quieran, yo siento que para eso necesito hacer varias cosas más”* o *“algunas personas no creen en hacer bien las cosas, yo creo en el valor de la tradición... en que tengamos respeto por otras personas y no querer hacerles daño porque sí”*. El grupo apoya las participaciones de cada uno de los integrantes y se observa la **interdependencia** entre ellos.

Se expuso al grupo que hay otras fuentes que nos dan sentido y se les muestra el modelo de Emmons. A partir de las categorías se les invitó a reflexionar sobre sus propias experiencias personales.

Particularmente una participante comentó su caso personal y esto abrió la reflexión del grupo. Ella compartió: *“con mi hija siento que las cuatro son fuentes de sentido, pues ella tenía síndrome de Down y murió hace unos años... no he podido superarlo... pero le dio sentido a mi vida cuidarla y que estuviera bien, hoy es más lo espiritual, sentir que ella estuvo un momento conmigo y que nos tuvimos ambas... hoy es más ayudar a otros a que no tengan miedo de si sus hijos están mal, es apoyarlos”*. La historia de la participante permitió que el grupo reflexionara como una dificultad de la vida les retaba a no detenerse o continuar con la vida en congruencia con sus valores o lo que deseaban hacer.

El último ejercicio de la sesión fue la realización del **legado positivo**, los participantes comenzaron el ejercicio y debido al tiempo de la sesión no se discutió lo realizado. Se resumió el contenido de la sesión y se pidió que completaran el ejercicio del **legado positivo** como ejercicio semanal.

## **Sesión 6**

En esta sesión el grupo estuvo constituido por los 10 participantes que terminaron la evaluación final del taller. El objetivo fue analizar el papel de los logros y objetivos personales en el desarrollo del bienestar psicológico.

Al inicio de la sesión los facilitadores revisaron cómo los participantes habían finalizado la actividad del **legado positivo**. Los participantes comentaron de forma diversa lo que habían reflexionado durante la realización del ejercicio. Algunos participantes comentaron que les fue difícil completar la actividad debido a que encontraban muy prematuro “*dejar un legado*”, al explorar sus impresiones mencionaron que se habían dado cuenta en lo que se había revisado en el taller y que les faltaban muchas cosas por vivir y cambiar para poder sentir que podían dejar un legado a los suyos. Se observó que la reflexión la dirigieron hacia la **vida propia** y su **identidad**. De tal manera que se cuestionaban a sí mismos el lugar en el que estaban personalmente y la dirección que deseaban seguir; en algún sentido en la dirección que el taller se había propuesto promover en ellos.

Particularmente, con respecto a la **identidad** una participante comentó: *“lo que a lo mejor dirían de mí, a mí no me gustaría... no me gustaría que me recordaran como sumisa, trabajadora... pienso que sería diferente si pudiera llevarme bien con mi hija, me gustaría compartir más con mi mamá que está lejos, llevarme mejor con mi hija y con mi hijo todo es diferente, todo el tiempo le digo lo que quiero, platico con él”*. Se observó en la participante y en el grupo que estaban tomando en cuenta lo revisado en sesiones anteriores del taller con respecto a las **relaciones interpersonales**, el **involucramiento**, y las **emociones positivas** para sus experiencias personales.

Otra participante comentó su experiencia realizando el ejercicio al involucrar las fuentes que le dan **sentido** comentando: *“a mí me gustaría que me recordaran por lo que creo, alguna vez escribí como mi epitafio y me gustaría ser recordada como apasionada y que amé la vida”*. El grupo se sumó a esos comentarios y otra participante que al principio reportó no haber podido realizar el ejercicio comentó: *“a mí me gustaría que me recordaran como perseverante, triunfadora y guerrera... tengo que trabajar más en eso”*. Se observa **unión** en el grupo, **aceptación** de los comentarios de los compañeros, **apoyo emocional** y **alentamiento**.

Los facilitadores resumieron lo visto durante la sesión anterior sobre el **sentido** y sumaron los elementos del **bienestar** que se habían revisado en las sesiones anteriores. Posterior al resumen de las sesiones anteriores se centró el contenido de la sesión en el **logro** y se explicó a los asistentes que se refieren a las acciones que se realizan para conseguir metas y objetivos, aquello que se desea conseguir o hacer y que no necesariamente otorgan placer o gratificación.

Los asistentes comentaron algunas de las metas que habían realizado en el pasado y que no necesariamente les habían traído placer o gratificación como: *“integrar a mis sobrinos a la escuela, pues no habían ido nunca a la escuela y no fue fácil, fue frustrante y no dio placer”*, *“dejar de ser aprensiva y no preocuparme por todo”*, *“buscar ayuda profesional para tomar decisiones y sentirme independiente”*, o *“buscar cómo estudiar mis estudios truncos”*.

Posterior a los comentarios de los participantes, los facilitadores puntualizaron cómo la consecución de metas y objetivos aportan **bienestar**, la importancia que tienen y como formular objetivos que puedan cumplirse.

Se realizó un ejercicio escrito en el que los participantes anotaron tres objetivos que fueran importantes para ellos y después contestaron algunas preguntas que les permitirían reflexionar sobre ellos.

A partir de comentar las respuestas a las preguntas de reflexión del ejercicio, los participantes comentaron sobre sus propias reflexiones sobre sus objetivos y sus características. Algunos participantes comentaron sobre la posibilidad de cambiar los objetivos y ser **flexibles**: *“pues no hay como que uno se impulse y está bien... si no te gusta algo, pues está bien cambiar. Yo creo que está mal pensar que debes hacer algo que no quieres”*. Otros participantes coincidieron en la necesidad de **compromiso** y del **involucramiento** necesario para que los objetivos se realicen: *“creo que somos los responsables para preparar las condiciones para llegar a ese paso”* o *“si uno no da el primer paso, no se puede llegar a cumplir el objetivo”*.

Incluso los participantes comentaron la dificultad de centrarse en los objetivos personales debido a **deberes sociales** al compartir: *“pues yo veía mis objetivos y me sentí como egoísta por pensar en mí... es el miedo que tengo por no ser segura y pensar que no está bien tener lo que se desea...pero está bien querer hacer algo por uno mismo y lograr algo que uno quiere”*, *“qué tal si uno hace algo, pero los demás no lo toman en cuenta... yo le puse un librero a mi hijo, pero si él no le da valor, ¿se mengua el objetivo?”* o *“si es algo que ya no quiero hacer y otros dicen que tengo que terminar, ¿cuándo pasa eso qué es lo conveniente?”*. Ante estas reflexiones los facilitadores orientan a los participantes a tomar pausas, reflexionar sobre lo que están haciendo, buscar el sentido de cumplir con el objetivo y ser flexibles con cumplir o no los objetivos, siempre tomando en cuenta sus propios deseos.

Los facilitadores brindaron recomendaciones a los participantes para cumplir sus objetivos y exponen una historia para identificar cómo la consecución de objetivos brinda la oportunidad de cultivar los otros elementos del bienestar.

Los participantes realizaron un ejercicio al escribir una **historia personal de logro** en la que identificarían los elementos del bienestar. Debido al tiempo invertido en la discusión de los objetivos, la sesión debió terminarse. Se realizó un resumen de lo visto durante la sesión y se solicitó a los participantes que complementaran su **historia personal de logro** y realizaran el ejercicio semanal de hacer un **listado de objetivos** en el formato de “100 cosas que hacer antes de morir”. A lo cual los participantes se dijeron muy motivados a realizar y en expectación por compartir con los otros.

## **Sesión 7**

Los asistentes a la sesión fueron los 10 participantes que participarían en la evaluación final. El objetivo de la sesión fue analizar los obstáculos y mitos que interfieren con el desarrollo del bienestar psicológico.

La sesión inició revisando la **historia de logro** que los participantes realizaron durante la sesión anterior. En particular se solicitó que compartieran su historia y que identificaran los elementos del bienestar que hubiesen experimentado en esa anécdota.

En general los participantes compartieron sus historias e identificaron los elementos del bienestar adecuadamente. Particularmente dos historias recibieron gran aceptación por parte del grupo y se observó el impacto que tuvieron en todos los integrantes del grupo; mostrando la **unión, madurez y cohesión** del mismo.

La primera participante comentó las dificultades que tuvo después de que perdió su trabajo y tuvo que enfocarse en trabajar por su cuenta sin un contrato de por medio y con la inseguridad de tener que conseguir trabajos temporales y no recibir un salario fijo en un tiempo determinado. En su historia ella reconoció que a pesar de haber logrado que todo saliera tal y como ella lo deseaba, aún persistía el miedo y entendía lo que habíamos hablado sobre las **emociones negativas** que no le permitían disfrutar del proceso de alcanzar sus metas. Identificó que había utilizado sus **fortalezas de carácter** como el coraje y la sabiduría para lograr salir adelante y utilizar sus conocimientos para hacer que su trabajo funcionara. Así mismo, analizó que **lograr su meta** le daba **propósito** puesto que estaba acorde con lo que **valoraba** como importante, como la esperanza. En cierto modo retaba su historia personal porque había sido educada de forma tradicional y el papel de la

mujer que le habían enseñado era distinto a lo que hacía. En su familia le imponían mantenerse en la rutina de atender su casa y no era lo que precisamente ella realizaba. Al darse cuenta de eso se percató que estaba siendo quien ella creía a pesar de todo, por lo que podía decir que: *“no soy tan, tan, tan tonta”*.

La segunda participante comentó que no había visto su vida a través del **logro** hasta considerar escribir su historia personal. Comentó que había tenido una hija con Síndrome de Down y que había requerido mucho esfuerzo cuidarla y criarla. Consideró que fue gratificante verla crecer y fue una niña que le brindó muchos momentos **placenteros**. Ella consideraba que quería verla como una niña independiente y que fue criticada y mal vista. Esto lo consideraba como un reto a su **objetivo**, pero también se cuestionaba si estaba actuando con base en sus **valores**. Ella deseaba que su hija tuviera una vida normal y feliz e hizo todo para lograrlo. En el momento en el que escribió la historia reflexionó que, a pesar de sentir tristeza porque su hija había muerto ya, se sentía feliz y satisfecha porque había logrado ver que había hecho todo lo que había estado en sus manos para darle lo mejor a su hija. Consideró que había logrado usar sus **fortalezas de carácter** como la sabiduría, la humanidad, la trascendencia y la inteligencia entre muchas otras. Escribir la historia le había permitido verse a sí misma, pues en ese momento consideraba que: *“mi hija fue un espejo para mí, todo lo que di, ella me lo reflejaba. Era amorosa, agradecida y ordenada... así soy yo”*.

Ambas historias permitieron al grupo reflexionar sobre sus propias historias, se conmovieron, dieron palabras de aliento y **apoyo emocional**; además de que se observó a los participantes interactuar a través del enfoque del taller, que era focalizar sobre los aspectos que construyen al bienestar.

Posteriormente se dio paso a revisar el ejercicio semanal sobre el **listado de objetivos** en formato de “100 cosas que hacer antes morir”. En general los participantes consideraron que el ejercicio era difícil de completar en solo una semana; consideraron que el tiempo había sido muy corto y que era complicado decidirse. Una participante comentó que había reflexionado que eran pocos espacios (100 cosas) para realizar todo lo que quería y que había considerado usar esos espacios únicamente para objetivos que le trajeran **emociones positivas, buenas relaciones** o en los que usara sus propias **fortalezas**. Otra participante comentó que solo había puesto 20 cosas porque: *“genera compromiso... siento que si los escribo los tengo que cumplir”*.

Por lo que se aclaró con los participantes las desventajas de convertir los objetivos personales en obligaciones y no cumplirlos porque representan una satisfacción por sí mismos. Posteriormente los participantes compartieron algunos objetivos que ya habían formulado.

Para introducir a los participantes al tema de la sesión los facilitadores pidieron a los asistentes que comentaran aquellas cosas que creían podrían llevarse a trabajar si el taller terminara ese día.

Los participantes comentaron algunos elementos como: *“concretar mis objetivos”, “sentido y logro, me quedo en solo querer realizar las cosas”, “involucramiento y logro, me llevo las emociones positivas y trabajar en las relaciones interpersonales. Deseo trabajar en una de mis pasiones personales”, “trabajar en mis pasiones personales, se están moviendo muchas situaciones para que yo vuelva a ser yo misma... quiero levantar mi autoestima, mover cosas para mi superación personal, disfrutar de las emociones positivas y adaptarme a mis nuevas circunstancias”, “sentir placer y enfocarme en mis relaciones”, “trabajar más por mi sentido de vida, servir y sentirme útil... hoy empiezo a encontrar los cómo pero me falta porque quiero lograr una asociación o fundación inteligente”, “yo me llevo un poco de todo, pero más las emociones positivas para disminuir mi ansiedad, el involucramiento porque dejé de hacer cosas que me gustaban hacer y trabajar en el sentido pues es un conjunto de todo lo anterior” o “involucramiento y en el sentido, deseo estar más consciente de lo que quiero y trabajar en mis propósitos para tener plenitud”.*

Los facilitadores retomaron lo dicho por los participantes invitándolos a ser cada vez más específicos en lo que desean lograr para que puedan conseguirlo y les invitaron a reflexionar acerca de las dificultades que podrían encontrar para lograr lo que han deseado o formulado. Se les incita a pensar sobre estas dificultades como obstáculos a sortear y se les expone que en el tema del bienestar tres factores determinan el nivel de bienestar que experimentamos: las circunstancias, la predisposición y las actividades que realizamos propositivamente para aumentar nuestro nivel de bienestar.

Con respecto a esas actividades propositivas para aumentar el nivel de bienestar, los facilitadores enfocaron a los participantes a considerar sus propios pensamientos como obstáculos. Se les expuso el esquema de las creencias personales desarrollado por Ellis y Beck; ejemplificando la influencia de los pensamientos sobre las emociones, sentimientos y conductas; en particular con lo referente a la depresión y ansiedad.

Se explicó cómo las situaciones promueven una serie de pensamientos que son ideas, creencias, actitudes o juicios que interpretan lo que pasa a nuestro alrededor y que provocan emociones que influyen nuevamente en los pensamientos y en conductas. Se propuso un ejemplo específico y se invitó a los participantes a examinar sus propios pensamientos para evitar que continúe la influencia negativa de pensamientos negativos.

Se aclaró que solo algunos tipos de pensamientos provocan una reacción negativa y se expusieron las distorsiones cognitivas; ejemplificándolas. Durante esta exposición se observó el asentimiento y la aportación de ejemplos personales de los participantes. Una asistente comentó que la magnificación le ocurría cuando tenía que cruzar un puente peatonal y le *“llegan pensamientos malos, de que me va a pasar algo malo... sé que no... pero creo que me va a pasar”*. Incluso una participante comentó que ella: *“tengo todos... pero creo que todos tenemos nuestras “preferencias” o así es en mi caso”*.

Para ayudar a identificar las creencias personales o pensamientos automáticos los participantes llenaron un registro identificando la situación, sus pensamientos automáticos, emociones, comportamientos, consecuencias y pensamientos o interpretaciones alternativas.

Los participantes se involucraron activamente en el ejercicio y lo resolvieron concienzudamente. Después se propuso a los participantes a comentar su ejercicio. Dos participantes decidieron compartir al grupo sus registros.

En el primer caso la participante comentó que sufrió un accidente automovilístico hacía dos años y que a partir del mismo le llegaban pensamientos automáticos de que sufriría un nuevo accidente o de que algo malo sucedería. Como en su trabajo era necesario desplazarse, el miedo que le acaecía era muy frecuente. Esto le llevaba a sentirse cansada y adolorida cada vez que regresaba a su casa a pesar de que en ocasiones lograba calmarse escuchando música o viendo videos.

En el segundo caso, la participante profundizó en su temor por cruzar los puentes peatonales. Ella comentó que sentía pánico por cruzar un puente, que le llegaban pensamientos sobre que iba a morir y le provocaba taquicardia, sudoración y una imposibilidad para viajar en metro. Ella comentó que algunos pensamientos alternativos que le ayudaban a enfrentarse mejor a la situación era darse cuenta de que estaba segura y confiar en ella y en que estaba bien y a salvo.

Después de la discusión grupal de los registros se procedió a brindar a los participantes tres alternativas para manejar sus pensamientos automáticos: escribir sobre lo que se les dificulta, enfocarse en lo positivo tratando de cambiar de perspectiva y cuestionar sus pensamientos automáticos.

Los asistentes participaron comentando como podrían aplicar dichas alternativas en sus propios casos y eso consume el tiempo de la sesión, por lo que se les indica que el resto del tema de la sesión será tratado en la última sesión del taller. Se realizó un resumen de la sesión y se despidió al grupo.

### **Sesión 8**

A la última sesión del taller asistieron los 10 asistentes que realizaron la evaluación final y el objetivo planteado para esa sesión fue realizar el cierre del taller, recapitular los conceptos y ejercicios revisados y realizados a lo largo de las sesiones y focalizar y enfatizar los aprendizajes y enseñanzas logradas durante el taller.

Debido a que durante la sesión anterior no se logró revisar la totalidad de los temas planteados para dicha sesión se procedió a exponer a los asistentes lo referente a los **mitos de la felicidad**; definiéndolos en primera instancia como creencias compartidas por la sociedad sobre que ciertos logros de la vida adulta producirán una felicidad “para siempre” o que ciertos fracasos o adversidades producirán una infelicidad “eterna”.

En particular se expuso a los participantes los mitos relacionados con los vínculos interpersonales, lo que se consigue a partir del trabajo y el dinero y como se juzgan los eventos del pasado y el futuro.

Los participantes se involucraron en comentar sus experiencias personales con estos mitos, particularmente compartieron reflexiones relacionadas con los vínculos de pareja y familia: *“mi familia espera que me case y creen que soy infeliz por no encontrar con quien casarme... hoy ya no me importa tanto”* o *“siempre me pasó que me preguntaban cuando me casaba, después que me casé ahora eran los hijos y eso de ser felices no pasaba”*.

Una vez revisados todos los contenidos del taller se solicitó a los asistentes realizar la evaluación final del taller volviendo a responder los instrumentos iniciales y respondiendo brevemente sobre lo más importante que había tenido el taller para ellos, qué cambios habían observado en su vida, con qué actividad revisada durante el taller podrían comprometerse, qué se llevaban del taller y algunos comentarios finales libres.

Para dar cierre al taller se pidió a los asistentes que comentaran sobre su experiencia. A continuación se presentan algunos comentarios de los participantes:

**Participante 1:** *“siento que el taller es una apertura para ver las cosas desde otro punto de vista, tengo muchas tareas a largo plazo y herramientas para el logro de objetivos. Siento que aprendí a dejar el pasado y sé que tengo que vivir el presente. Me he dado la oportunidad de recibir la ayuda que necesitaba y entender que la felicidad no está en las cosas materiales. Dar gracias a Dios y tratar de hacer lo mejor para mí y para quien me rodea”.*

**Participante 2:** *“Entiendo que no puedo fincar mi felicidad en cosas materiales y la importancia de las creencias. Hoy descubrí eso... si no me caso a cierta edad pues... ¡qué importa! Aprendí que tengo que ser más tolerante conmigo y siento que he dado un paso fuerte [se interrumpe por el llanto]... Gracias por insistir en cosas que me cuestan trabajo como tomar decisiones, ahora sé lo que debo hacer”.*

**Participante 3:** *“El taller me ha dado herramientas, me siento más segura, aunque estoy de lleno en el duelo. He aprendido cosas, hoy cambié de ruta para que el taxista tomara una ruta más segura y así relajarme. Sé que dentro de toda la oscuridad, siempre hay un rayito de esperanza. Me siento dueña de mi propia vida... Sé que no hay casualidades, sino causalidades y estamos juntos por una razón. Gracias por compartir experiencias y hoy sé que está bien permitirse... o ser flexibles y llevar un estado de paz”.*

**Participante 4:** *“Gracias a todos, se nutre uno de las experiencias del grupo”.*

**Participante 5:** *“Me da tristeza de que se acaba el taller. Me quedo con ganas de llorar... Saber que lo que me pasa se parece o... les pasa a otros es enriquecedor y... gracias por estas sesiones”.*

**Participante 6:** *“Me llevo el recordar que las herramientas las tengo yo, que voy bien y que algunas cosas las tengo que corregir”.*

**Participante 7:** *“Les doy las gracias a todos, las pláticas me han ayudado mucho. Entiendo lo que hice mal y que todo lo que hice fue por algo y no debo seguir culpándome. Reparar si se puede y tratar de ser mejor”.*

**Participante 8:** *“Pues además de darles las gracias, yo les comparto... [se interrumpe por el llanto]... sentía que era la única que había fallado y hoy me siento liberada. Me dieron material para cambiar actitudes y reconocirme como importante... gracias”*

**Participante 9:** *“Estoy muy contenta. Las sesiones fueron muy agradables. Me llevo muchas situaciones como herramientas. Me gustó... me llevo el bienestar conmigo. Me gustaría otro taller como este. Estoy contenta por tener herramientas para crecer”.*

**Participante 20:** *“Me siento rara hoy... estoy satisfecha con las clases, excepto esta... tengo miedo... pero me gustó mucho venir, me sentí parte de algo. Siempre me sentí como la rara del grupo [llora]... siento que los demás tienen cosas más importantes que decir... pero aun así me llevo mucho del taller”.*

Los facilitadores se despidieron agradeciendo la asistencia, entrega y compromiso de los participantes y terminaron la sesión.

### **6.5.2 Análisis por participante**

A continuación se presenta el análisis de contenido de la participación de cada uno de los asistentes al taller a lo largo de las sesiones que asistieron. Para realizar este análisis se ha tomado en cuenta el involucramiento de cada uno por separado del grupo; considerando las bitácoras de observación de las sesiones, las anotaciones de los facilitadores y las evaluaciones inicial y final en la que los asistentes tuvieron la oportunidad de expresar por escrito sus percepciones acerca de sí mismos y de los contenidos del taller.

En esta sección se han utilizado los pseudónimos asignados a los participantes para identificar mejor el proceso y se ha omitido información personal que pudiera identificar quienes fueron los participantes de la investigación.

#### **Sarah**

Es una mujer de 53 años de edad, casada, madre de dos hijos, con un grado de escolaridad de licenciatura y cuya actividad principal actual es el hogar, puesto que es jubilada.

Durante la primera sesión Sarah comentó que quería asistir al taller para informarse sobre las emociones, puesto que consideraba que las enfermedades surgen de las emociones y es necesario tener un equilibrio emocional para tener una vida sana.

El interés de Sarah por las **emociones** se observó en distintos momentos durante el desarrollo del taller. En principio de cuentas, expresaba que poder nombrar sus emociones y compartirlas con el grupo le hacía feliz y poder escuchar las opiniones de otras personas le parecía muy importante. Se notaba que aplicaba el **discernimiento emocional** en las ocasiones en las que podía participar en los ejercicios, nombrar sus propias emociones y considerar las implicaciones o consecuencias de actuar lo que sentía. Así

mismo, se observó que su involucramiento con las actividades relacionadas a las emociones le permitió trabajar situaciones que le provocaban rencor. Con el ejercicio de la **carta de perdón** logró reflexionar la situación que le provocaba rencor y logró observar su situación desde otro punto de vista y agradecer que a través de esa experiencia dolorosa pudo crecer y cuidarse mejor; además de expresar sus emociones libremente.

Con respecto a las **fortalezas de carácter** su participación en la dinámica grupal permitió que el grupo considerara que en ocasiones las fortalezas son elementos que obviarnos al estar enfocados en lo que nos hace falta o las experiencias negativas que vivimos. En su experiencia, ella obviaba frecuentemente su capacidad para amar a otras personas y estar pendiente de lo que necesitaran. Sin embargo, su reflexión en el grupo le había llevado a considerar que tenía que quererse a sí misma y también hacer cosas para su persona, como cuidar su salud.

Cuando se tocó el tema del **logro** y los objetivos personales, tanto Sarah como los demás asistentes se movieron a la reflexión sobre los objetivos que deseaban conseguir en su vida. Sarah se mostró muy interesada en las formas en las que podría continuar sintiéndose motivada para cumplir con sus metas a pesar de que en ocasiones no se sintiese tan motivada para realizar actividades que le llevaran a cumplir con dichos objetivos. La posibilidad de ser flexible en sus metas le pareció una buena opción para aplicarlo en su experiencia personal y comentó que había dejado de hacer algunas actividades relacionadas con su salud, solamente porque le costaba trabajo observar los resultados de las medidas que ella implementaba, por lo que ser flexible le permitiría ir trabajando poco a poco en sus objetivos sin perder la motivación que necesitaba para cumplirlos.

Con lo anterior, Sarah llegó a la conclusión personal de que si perdía la emoción por un objetivo, era porque había creado una expectativa que al final no se había cumplido, más que trabajar en un **logro** que le trajera satisfacción a pesar de la dificultad de conseguirlo.

En su reflexión final del trabajo del taller consideró al **sentido** como un elemento muy importante que le proveyó el taller. En particular consideró que ella no se había cuestionado varios aspectos que se trataron en el taller y que en particular sentía el compromiso de buscar **trascendencia** en su vida al cuidarse a sí misma y abrazar a sus seres queridos.

Consideró que el taller le permitió valorarse a sí misma y comenzó a conocerse. Durante el taller se fue cuestionando quien estaba para apoyarle cuando ella era quien apoyaba a quienes le rodeaban. Valorarse a sí misma le permitiría cuidarse y obtener el **bienestar emocional** y **bienestar físico** que necesitaba en ese momento de su vida.

Para ella el impacto que le causó elaborar la **carta de perdón** y la **carta de agradecimiento** fueron las actividades que más le influenciaron y le aportaron sentimientos de seguridad y bienestar.

### **Hortensia**

Es una mujer de 56 años de edad, casada, madre de tres hijos, con una escolaridad de preparatoria trunca y que en la actualidad se desempeña como empleada. La motivación inicial que compartió al grupo y los facilitadores para acudir al taller fue obtener ayuda para cambiar actitudes de sí misma y sentirse más tranquila y feliz. Posteriormente, cuando se sintió en confianza para hablar abiertamente con el grupo comentó un duelo que sentía por la muerte de una de sus hijas, quien padecía Síndrome de Down.

La participación de Hortensia al interior del grupo fue muy breve durante las primeras sesiones. Hizo algunas anotaciones poco personales sobre los temas iniciales. Con respecto a las **emociones positivas** aportó al grupo que deseaba sentir más alegría en su vida y que esto le aportaría salud.

Su participación fue mayor cuando se trató el tema de las **experiencias óptimas**, consideró que hacer actividades que le apasionaban le conectaba con otras personas. En particular recordó las actividades que compartía con su hermana cuando eran más jóvenes y esto le permitió reflexionar acerca de cómo había dejado de realizar algunas actividades que le traían bienestar debido a las críticas que le daban y le cuestionaban lo que debía ser (**deberes sociales**).

Hasta que se discutió el **sentido** de la vida, Hortensia pudo compartir con los miembros del grupo que en su **legado** aún habría muchas cosas que cambiar para que ella se sintiera a gusto con él. En particular, compartió que se cuestionaba sobre si tenía egoísmo y aunque había dedicado mucho tiempo a ser madre, se preguntaba si le gustaría ser recordada como sumisa o trabajadora. Consideró que sus hijos se llevaban mal la mayor parte del tiempo y que ella en particular no tenía una buena relación con su hija a diferencia de con su hijo. Lo cual le llevaba a pensar en invertir más en sus **relaciones interpersonales** para que su legado tomara mejor forma.

En una sesión posterior Hortensia compartió al grupo que tenía un duelo que no había trabajado pues había tenido una hija con Síndrome de Down que había muerto hacía algunos años y ella no había superado su muerte. Consideró que su **sentido de vida** se había focalizado en hacer que su hija se desarrollara como independiente a pesar de las críticas que había recibido por buscar tener una vida “normal”. En su historia personal identificó las **fortalezas de carácter** que había utilizado como la sabiduría, la humanidad y la trascendencia, así como los **valores** que ella poseía y le habían guiado en la crianza de su hija. Observarse desde una perspectiva positiva le permitía cuestionarse sobre hacia donde quería dirigir su vida a partir de ese momento, por lo que quería encontrar un nuevo **sentido**.

En su **listado de objetivos** ella anotó 20 cosas que le gustaría realizar, aunque aún no se sentía lista para anotar todo lo que quería lograr en su vida, pues sentía que se vería comprometida a cumplir lo escrito de forma forzosa. Sin embargo, la reflexión le permitió considerar que podría ser flexible sin importar si los cumplía o cambiaba de opinión en el futuro.

Finalmente compartió al grupo que haber hablado sobre lo que había sucedido con su hija le estaba ayudando a reconocerse como una persona importante y liberada de la tristeza y ansiedad que le causaba dicha situación. Consideró que antes del taller se sentía como la única que había fallado en su vida y al finalizar el taller había comenzado a cambiar de actitudes.

En su evaluación final consideró que durante el taller se habían removido recuerdos desde su niñez hasta lo que había vivido con su hija. Poco a poco el taller le había proveído de herramientas que le permitían hacerse consiente de que es valiosa y que tiene cualidades, logros y metas que cumplir para redirigir su vida. El cambio que ella consideró que el taller promovió en ella fue valorarse más y valorar a su familia y compañeros. Así como decirles a sus hijos que los amaba, cosa que había dejado de hacer por los conflictos que tenía con ellos. Su compromiso mayor fue con la búsqueda de su **sentido de vida** al lograr sus metas, conocerse más a sí misma y trabajar con las emociones para aplicarlas a su vida diaria.

## **Sol**

Se trata de una mujer de 56 años de edad, casada, con tres hijos, dedicada principalmente al hogar y cuya escolaridad era licenciatura. Su motivación inicial para asistir al taller fue que necesitaba conocerse más y así entender lo que le hacía sentirse triste o deprimida.

En las primeras sesiones se mostró muy interesada en conocer cómo distinguir las **emociones**, en particular las relacionadas con la depresión y la ansiedad. Poco a poco fue aplicando el **discernimiento emocional** al compartir al grupo anécdotas en las que nombraba las emociones y sus efectos en su estado de ánimo.

Con respecto al **involucramiento** y las **experiencias óptimas** consideró que había ocasiones en las que ella no realizaba las actividades que le gustaban debido a que dejaba que le ganara una sensación de “no poder” realizar las cosas bien.

Cuando se discutió el **logro** como parte del bienestar, Sol comentó que aunque cumplía algunas de sus metas le desanimaba mucho que otras personas, en particular sus hijos, no lo tomaran en cuenta. La reflexión grupal le permitió cuestionarse si las metas que lograba o se proponía eran **objetivos intrínsecos** o **extrínsecos** y que el valor más importante podría venir de ella misma. Aún con estas reflexiones, Sol reflexionó que aún le hacía falta trabajar más con sus metas debido a que no realizaba acciones para cumplirlas y que se quedaba en querer o desear lograr cosas.

En su evaluación final del taller Sol consideró que había aprendido a que debía responsabilizarse de su propio bienestar y no menospreciarse ante los demás. Consideró que había reflexionado sobre la importancia que cada persona tiene y que cada quien cuenta con virtudes, fortalezas y herramientas para ser feliz, aunque eso signifique distintas cosas para cada quien. Ella considera que el cambio que trajo el taller a su vida fue tomar en cuenta cada momento del día y que, aunque su vida no es fácil, le ha surgido un sentimiento de que vale la pena vivirla. Lo que considera que puede llevar a cabo a partir del taller es cuestionar sus pensamientos automáticos que le causan sentirse deprimida y al preguntarse por ellos, ha podido cuestionarlos y considerar su propio valor como persona al no dejarse caer.

## **Mara**

Es una mujer de 29 años de edad, soltera, con un grado de escolaridad de licenciatura y que en la actualidad se encontraba laborando por su cuenta propia. Su motivación principal para acudir al taller era que se sentía triste la mayor parte del tiempo, aunque en ocasiones

sentía que la tristeza había remitido. Así mismo, se sentía muy insegura de sí misma y consideraba que no podía avanzar en su vida. Estos sentimientos le afectaban en su vida personal y profesional.

Mara se involucró de forma muy temprana con las actividades del taller y participaba activamente en las discusiones que se proponían. Expresaba que se sentía cómoda con expresar sus **emociones** y recibir la retroalimentación del grupo.

Le fue significativo lograr denominar las **emociones positivas** y observar sus efectos en los comportamientos que ella tenía en su vida cotidiana. Compartió que podía entender la diferencia entre los **placeres** y las **satisfacciones** con respecto a lo que vivía en su trabajo, pues le demandaba mucho tiempo y en ocasiones se encontraba estresada, pero al final se sentía muy satisfecha de lo que lograba. Durante la discusión sobre el papel de las emociones positivas fue logrando un **discernimiento emocional** mayor al identificar cuando podía sentir cada una de las emociones y los efectos que lograban en ella. Por ejemplo, mencionó lo importante que era para ella admirar a sus amigos y cómo se sentía inspirada a confiar más en ella y hacer lo que ella deseaba.

Aunque le costó trabajo identificar **experiencias óptimas** que viviera en su vida personal, Mara comenzó a reflexionar sobre su propio trabajo y encontró que le daba satisfacción y le proveía de retos que le hacían desarrollar sus propias habilidades. Observar su propio trabajo como una fuente de bienestar más allá de lo económico le permitió cuestionar su propia **identidad** como una persona que vivía en la monotonía.

Así mismo, al revisar las **fortalezas de carácter** compartió al grupo que había algunas de las fortalezas que se expusieron que ella poseía, sin embargo, no consideraba que fueran **fortalezas**. Posteriormente reflexionaría que ella misma no tomaba en cuenta que poseía cualidades o fortalezas y se minimizaba a sí misma. Darse cuenta que ella misma minimizaba sus propias características personales fue significativo e incluso compartió que otras personas reconocían más sus cualidades que ella. Reflexionando posteriormente sobre el uso de las **fortalezas de carácter**, compartió al grupo que cuando se sentía más deprimida, lo que le permitía salir de esa depresión era utilizar su sabiduría y curiosidad para salir adelante.

La reflexión sobre las **redes de apoyo** también le fue significativa debido a que consideró la importancia de sus amigos y cómo ellos tienen una mirada positiva sobre ella

a pesar de que ella no la tenga. Consideró importante cómo responder ante las interacciones y que deseaba invertir más tiempo en sus **relaciones interpersonales**.

En su reflexión sobre el **sentido de la vida** logró identificar que deseaba dedicarse a ayudar a otras personas a encontrar empleo y actuar con respecto a sus **valores**. Lo cual se complementó en la discusión sobre el **logro**. Compartió ejemplos personales que permitieron observar su comprensión sobre lograr **metas** que le proporcionen gratificación.

Al compartir su **historia de logro** se observó que había identificado los distintos elementos del bienestar que se habían discutido a lo largo del taller. Aunque reconocía que los elementos del bienestar estaban presentes en su historia, que para que esa historia hubiera sucedido se requería de que ella se hubiera comprometido con su realización y que tanto sus amigos como los compañeros del taller le reconocían su logro y actuación, a Mara le costaba trabajo reconocerse a sí misma y darse el mérito de dicho logro. El cuestionamiento posterior llevó a reforzarle que era ella misma quien se minimizaba o devaluaba; observándose un nuevo entendimiento de su situación personal.

La discusión sobre los **pensamientos automáticos** llevó a Mara a considerar sus propias interpretaciones sobre lo que le sucede y sobretodo sobre sí misma y sus sentimientos.

En su evaluación final consideró que durante el taller había aprendido a conocer sus propias cualidades, lo que le permitió verse a sí misma de una manera diferente. Consideró que las sesiones le permitieron sentir que había esperanza y así sentirse más optimista, puesto que compartía los contenidos con sus personas cercanas. Particularmente, los ejercicios relacionados con sus objetivos personales y sus metas le ayudaron a definir con claridad lo que deseaba y comprometerse con ellas. En sus comentarios finales consideró que el taller le brindó la oportunidad de conocerse más, desde otro punto de vista y sentirse esperanzada.

### **María**

Es una mujer de 37 años de edad, soltera, con una escolaridad de preparatoria y dedicada principalmente al hogar, donde atiende a sus padres y hermanos. Su interés inicial en el taller fue encontrar una forma de mantenerse más cercana a la felicidad.

Como con otros participantes, el nivel de participación de María fue gradual y al final del taller logró compartir sus experiencias de forma más libre al interior del grupo. María comenzó sus participaciones en el tema de las **emociones positivas** al considerar que

compartir las emociones le permitía sentirse liberada. Con el ejercicio de la **carta de gratitud**, María pudo reflexionar sobre situaciones del pasado que no había tenido oportunidad de considerar. Compartió al grupo que tendía a minimizar las cosas positivas que otras personas hacían por ella y, al hacer un recuento de las cosas por las que podría agradecer, se dio cuenta que en su historia personal había muchas personas que le habían apoyado y le habían aportado experiencias positivas. Aunque en ocasiones ella no aceptaba su contribución positiva en su vida.

Al considerar las **fortalezas de carácter** se dio cuenta de que ella poseía cualidades que no siempre eran reconocidas. Comentó en la dinámica grupal que su fortaleza era la trascendencia puesto que motivaba a sus familiares a mantenerse unidos y que se preocupaba por “romper” las tensiones o conflictos que podían ocurrir.

En la reflexión sobre las **relaciones interpersonales**, María continuó la consideración de su papel como mediadora de los conflictos en su familia recordando la forma de responder ante las interacciones de sus familiares. Se observó su entendimiento sobre las diferentes formas de responder cuando surgen conflictos aportando un ejemplo personal.

En la reflexión sobre el **logro**, María comentó que no se había cuestionado sobre lo que deseaba alcanzar en su vida y que pocas veces se había planteado tener objetivos. En el **listado de objetivos** solamente había escrito 14 objetivos, sin embargo, comentó que había decidido colocar solamente aquellos que le brindaran mucho bienestar. Su ejemplo permitió observar su entendimiento sobre los elementos del bienestar que se habían revisado durante el taller. Comentó que había dejado de hacer varias actividades que le reportaban satisfacción. En particular asistir a clases de baile de salón, donde aprendió mucho sobre la coordinación de su cuerpo. Hizo amistades, utilizaba sus habilidades y se pudo relacionar con otros hombres, con quienes le costaba trabajo y con quienes tenía que bailar cerca. Así, ella consideraba que había encontrado un **objetivo** que también le brindaría un **sentido de vida** pues había considerado enseñar a otras personas con problemas de coordinación a bailar; incluso con la formulación de este objetivo logró observarse como una persona paciente y que desea apoyar a otros, aportando a su **identidad** una versión positiva de sí misma.

Al revisar los **pensamientos automáticos** y las **distorsiones cognitivas**, María aportó un ejemplo personal y consideró que en muchas ocasiones su forma de pensar le llevaban a sentirse angustiada ante situaciones que no tenían tanta importancia.

Con la revisión de los **mitos de la felicidad**, María se vio muy identificada con la creencia de que si no se casa a cierta edad será muy infeliz. Compartió la presión de sus familiares por que elija a una pareja para casarse y, aunque el taller le había reforzado la idea de que no podía fincar su felicidad ni en aspectos materiales ni en si se casaba o no, la presión social le era muy incómoda. Algo que tendría que continuar manejando para evitar que fuera un obstáculo para su bienestar o algo que le causara angustia.

En su evaluación final sobre el taller consideró que las sesiones le habían ayudado a comprenderse, aceptarse y entenderse mejor; aunque también le había hecho ver que conseguir su propio bienestar era un proceso que requería de tiempo, trabajo personal y aceptación de ciertas circunstancias. Comentó que al principio las sesiones le habían provocado mucha tristeza por sentirse cercana a sus recuerdos y formas de pensar; después, la reflexión sobre los aspectos positivos le había ayudado a pensar mejor las cosas y tener mucha paciencia consigo misma. Particularmente encontró muy útil la reflexión sobre las **relaciones interpersonales** y consideró que debía comprometerse con sus propios **objetivos**. En sus reflexiones finales consideró que estuvo a punto de abandonar el taller porque lo que se revisaba en las sesiones le confrontaba y le hacía examinar sus emociones y creyó que no podría con todo lo que sentía. Sin embargo, al realizar sus ejercicios poco a poco sintió que le fue significativo y pudo terminar el taller.

### **Azucena**

Es una mujer de 57 años de edad, casada, con hijos, con una escolaridad de licenciatura y trabajando como empleada en un cargo afín a sus estudios. En la actualidad sufre una enfermedad crónica que le dificulta la movilidad y esto le ha ocasionado fuertes sentimientos de inseguridad y depresión.

Expresó que su motivación inicial para acudir al taller era, precisamente, su situación de salud y por la cual sentía estaba saliendo de ese duelo y de algunas otras pérdidas que le hacían sentir insegura, con falta de autoestima y le dificultaban la realización de su trabajo. Esperaba que el taller le orientara para tomar decisiones.

Azucena se integró durante la tercera sesión del taller por lo que durante esa sesión se realizó un resumen de lo visto con anterioridad y se brindó el material que se había

utilizado para trabajar el tema de las emociones positivas. El tema de la sesión era el **involucramiento** y se reflexionó sobre las **experiencias óptimas**. Azucena recordó y compartió al grupo cómo encontró una actividad que consideraba su tiempo y su espacio y que utilizaba realizar esta actividad para meditar sin presiones. Aunque compartió que algunas personas cercanas le criticaban porque consideraban que dicha actividad no podría ser lúdica o traerle alguna satisfacción, que más bien era una actividad que se catalogaba como un deber, un “quehacer” del hogar que no era por sí mismo algo que pudiera disfrutarse o sacar más provecho que el de cumplir un deber. Lo anterior permitió al grupo analizar con mayor detenimiento los **deberes sociales** que se nos imponen y que impiden sacar provecho de las actividades cotidianas que realizamos.

Su participación en esa sesión permitió que otras asistentes le integraran al grupo y se motivara a continuar asistiendo al taller.

Durante la reflexión sobre las **fortalezas de carácter**, Azucena identificó como sus fortalezas personales la sabiduría, el gusto por aprender y la valentía. Después de lo que había vivido consideraba que era importante saber más sobre su condición física y creía que tenía que afrontar su nueva condición con valentía. Así mismo, consideró que al revisar las distintas **fortalezas de carácter** podía entender que se poseían todas, pero no al 100% y puso el ejemplo personal de que creía que le faltaba humildad y que aunque lo había platicado con otros miembros de su familia, se le dificultaba reconocer sus propios errores y, aunque se consideraba justa, era muy transparente y señalaba los errores de otros, lo que le había provocado hasta perder un empleo.

Lo anterior le llevó a preguntarse si era necesario enfocarse en desarrollar las fortalezas que le hacían falta o fomentar las que tiene claras. Esto llevó al grupo al reconocimiento de que somos diferentes también en los aspectos positivos y que, en este sentido, podemos centrarnos en usar con mayor frecuencia las fortalezas que poseemos.

De forma espontánea, también reconoció que el uso de las fortalezas le permitía cambiar su estado de ánimo y no enfocarse en las dificultades que le traía su enfermedad. Así mismo, consideró que la reflexión sobre las fortalezas le había traído un nuevo entendimiento sobre cómo puede adaptarse a diferentes situaciones que le suceden en su vida cotidiana y mantenerse con un buen estado de ánimo.

Azucena también tuvo reflexiones importantes durante la discusión sobre la importancia de las **relaciones interpersonales** como fuente de bienestar. Consideró que

la forma de responder e interactuar cuando queremos señalar los errores o equivocaciones de otros puede llevar a la ruptura de la relación. Los estilos de respuesta de las relaciones interpersonales le llevaron a considerar una forma distinta para interactuar con los miembros de su familia.

El ejercicio sobre el **legado** le confrontó pues consideró que por su situación de salud había dejado de realizar algunas actividades y le faltaba mucho por hacer y dejar un legado. No se sentía preparada para escribirlo, pero había reflexionado que necesitaba realizar algunas cosas para trascender.

Con la exposición sobre el **logro**, consideró que anteriormente se había comprometido con hacer un cambio en su forma de reaccionar ante las situaciones de la vida, pues anteriormente se angustiaba por todo y aunque había trabajado mucho en eso, a veces le ocurría angustiarse por cosas sin importancia. Incluso en su actividad sobre el **listado de objetivos** sintió que era egoísta por pensar en lo que quería lograr por si misma sin tomar en cuenta a las personas que le rodean. La reflexión le permitió considerar que también puede incluir sus objetivos personales en busca de su bienestar y, podría incluir las expectativas de otros sin tener que renunciar a lo que desea.

En su reflexión final sobre el taller consideró que había aprendido a que tenía que dejar el pasado y vivir el presente y que había comenzado a cambiar su historia a través de darle un sentido positivo a cada circunstancia. Consideraba que el taller había sido un primer paso para recibir ayuda profesional y que su vida comenzaba a tener un sentido distinto. En sus comentarios finales compartió que lo que las sesiones le habían aportado era tener alternativas para pensar sus circunstancias y buscar superar sus obstáculos.

### **Rafaela**

Se trata de una mujer de 62 años de edad, casada, con hijos, con escolaridad de secundaria terminada y que su ocupación principal era el hogar. Comentó que su motivación para asistir al taller era porque deseaba obtener ayuda para superar problemas que tiene en su vida cotidiana y para saber afrontarlos mejor y así ayudar a otras personas.

En sus participaciones a lo largo del taller, la señora Rafaela compartía frecuentemente sus experiencias personales por lo que se mostraba como una persona abierta a discutir y expresar sus emociones y vivencias de forma muy libre.

Desde las primeras sesiones hizo patente que deseaba experimentar más **emociones positivas** en su vida, debido a que se había limitado de muchas experiencias

por dedicarse desde edad muy temprana a su papel como madre. Comentó que le gustaba sentir alegría porque se contagiaba a otras personas y disfrutaba de ver felices a sus hijos.

Su necesidad de experimentar más **emociones positivas** le motivó a la realización de la **carta de gratitud**, sin embargo, no la realizó debido a que la persona a quien quería dirigirla, su madre, ya había fallecido y se cuestionó sobre si era válido realizarlo. Esto lo comentó abiertamente en el grupo y se pudo discutir la importancia de expresar el agradecimiento a las personas que tenemos cerca de nosotros y resolvió que podría escribir la carta y leerla pensando en su madre en otro momento.

En la reflexión sobre las **fortalezas de carácter** pudo identificar las que ella utiliza con más frecuencia y consideró que en ocasiones usarlas para lograr un fin que uno desea puede ir en contra de lo que otros colocan como expectativas sobre nosotros. Comentó que reflexionar sobre eso le aclaraba algunos comportamientos de uno de sus hijos.

La importancia que le daba a las **relaciones interpersonales** se manifestó con mayor claridad en la sesión correspondiente. Al hablar de los estilos de respuesta de las relaciones comentó su experiencia personal con su marido, quien frecuentemente le ignoraba o mostraba una actitud indiferente. Al comentar al grupo se centró particularmente en culpar a su esposo por su comentario y el efecto negativo sobre su relación. Por lo que el grupo y la dirección de los facilitadores le ayudaron a centrarse en su propia forma de responder ante esa relación. Rafaela misma reflexionó sobre los efectos de “ponerse a la defensiva”, actitud que había tomado con su esposo durante muchos años y observó lo distinto que era con respecto a sus hijos.

Otro momento donde se hizo patente su enfoque sobre otras personas más que en ella, fue al revisar lo relacionado con el **logro** y los objetivos personales. Sus objetivos personales se enfocaron en que sus hijos consiguieran sus metas más que en metas que ella deseara alcanzar por sí misma. Aunque reflexionaba sobre la importancia de ser flexibles por si las metas dejaban de ser significativas, al considerar las experiencias personales de sus hijos, le fue difícil formular un objetivo que no estuviera centrado en las acciones de otra persona.

Con la ayuda del grupo, recordó que había tenido metas personales antes de casarse y que había logrado estudiar para ser secretaria y trabajar por nueve años. La reflexión anterior le permitió considerar que podía dejarse formular algunos objetivos, aunque le fuera difícil despegarse de su papel de madre.

En la última sesión volvió a compartir parte de su historia personal al comentar que se había casado joven presionada por la idea social de que si no lo hacía sería infeliz. A pesar de que se dio cuenta que era un mito, el matrimonio le trajo otras alegrías como el nacimiento de sus hijos y la crianza. En la actualidad, a pesar de que la relación con su marido no era buena, consideraba que tenía una familia unida. Compartió al grupo que había reflexionado sobre haber dejado sus metas y sueños por sus hijos y el trabajo en el grupo le había hecho darse cuenta que por alguna razón había tomado esas decisiones, por lo que había aceptado lo que había hecho en el pasado.

En su evaluación final compartió que el taller le había ayudado a valorar su vida y que, aunque muchas cosas las había hecho por sus hijos más que para ella, había logrado lo que había querido. Consideró que lo que más le había servido del taller era la reflexión sobre los estilos de respuesta en las relaciones y se proponía a buscar una relación más constructiva y activa con los suyos.

### **Doris**

Es una mujer de 44 años de edad, soltera, con dos hijos, con una escolaridad de licenciatura y que tenía un empleo relacionado con su educación académica. Su interés principal era mejorar sus relaciones personales pues deseaba tener una relación de pareja satisfactoria.

Sus participaciones en el taller fueron muy puntuales a lo largo de las sesiones y se integró al grupo poco a poco. Con respecto al tema de las **emociones positivas** consideró que deseaba experimentar más amor en su vida y que particularmente sentía esa emoción cuando se encontraba cercana a sus perros, lo cual le ponía de buen humor y le hacía sentirse serena y sin angustia.

Con respecto a las **experiencias óptimas** compartió al grupo que había dejado de trabajar un tiempo porque su anterior trabajo no le representaba satisfacción y en ocasiones ni siquiera en lo económico le permitía sentirse tranquila; por lo que se arriesgó a buscar un trabajo más acorde a lo que había estudiado y se sentía muy satisfecha con su labor profesional. Era una actividad que le retaba y hacía que desarrollara sus habilidades. No había considerado que tener un trabajo que le brindara satisfacciones fuera tan importante en construir su bienestar y sentía agradecimiento por haber encontrado un lugar para desarrollarse.

Con la reflexión de las **relaciones interpersonales** compartió su deseo de tener una relación de pareja y compartió las dificultades de mantener una relación que le fuera satisfactoria.

Compartió al grupo que tenía varios **objetivos personales** y que sabía que eran difíciles de lograr pero que se sentía encaminada. Consideraba que le había hecho falta reflexionar sobre priorizarlos y trabajar por ellos poco a poco. También creía que le era de utilidad partir sus metas más grandes en objetivos pequeños. Así mismo, sentía la necesidad de concretar lo que se había propuesto.

En su evaluación final comentó que había reflexionado estar más satisfecha con su vida de lo que decía y se sentía más segura de sí misma con el trabajo realizado en el taller. Consideró que le había sido de mucha utilidad trabajar en cambiar las **distorsiones cognitivas** pues sentía que muchas de sus situaciones personales partían de interpretar erróneamente lo que le sucedía.

### **Keren**

Es una mujer de 44 años de edad, soltera, con dos hijos, con escolaridad de preparatoria trunca y que en la actualidad se desempeñaba como empleada administrativa. Su motivación principal para acudir al taller era que deseaba adquirir herramientas para vivir mejor debido a que estaba en un proceso de duelo porque su esposo había fallecido meses atrás.

En sus primeras participaciones se pudo observar su compromiso con el taller al realizar los ejercicios semanales que se indicaban, aunque compartía poco con el grupo. Realizó su **carta de gratitud** a su padre, a quien consideró no había agradecido apropiadamente y sintió que su estado de ánimo mejoró, aunque seguía sintiéndose triste por el fallecimiento de su esposo. Consideró que las **emociones positivas** le ayudaban a tener un balance que le permitían hacer sus actividades, incluso estar al pendiente de sus hijos.

En la reflexión sobre las **fortalezas de carácter** identificó que utiliza la justicia pues su trabajo consiste en trabajar en equipo para poder dar un buen servicio a los clientes de la empresa y trata de lidiar con los conflictos que surgen de manera justa. Considera que también su trabajo es una **experiencia óptima** pues le apasiona y junto con usar la fortaleza le permiten funcionar adecuadamente en el día a día.

Consideró que la reflexión sobre las **experiencias óptimas** le había motivado a fijarse en sí misma, su trabajo y sus metas. A pesar del duelo, se había replanteado hacer actividades que le llevaran a su superación personal pues consideraba que la muerte de su esposo le había sacado de su zona de confort y deseaba adaptarse a nuevas circunstancias.

Con respecto al **logro** consideró que había reflexionado sobre ponerse metas que le ayudaran a desarrollarse y apoyar a sus hijos en sus propias metas.

Al analizar las implicaciones de los **pensamientos automáticos** y las **distorsiones cognitivas** compartió al grupo un accidente automovilístico que tuvo y cómo en la actualidad sus pensamientos sobre la posibilidad de volver a sufrir un accidente le provocaban pavor y muchas dificultades para realizar su trabajo. Reconoció su propia forma de reaccionar e interpretar lo que sucedía a su alrededor y posteriormente puso en marcha una modificación de sus acciones y pensamientos para que la situación no le afectara. Esto lo reportó en la siguiente sesión.

En su evaluación final consideró que el taller le había proveído de herramientas que iba a incorporar en su vida poco a poco conforme fuera trabajando su duelo. Había reflexionado que había logrado tomar consciencia de lo que significaba estar viva y lo importante que era analizar sus conflictos para evitar engancharse. Consideró que había logrado ver sus propias virtudes a través del taller y que puede potencializarlas cada vez que hace lo que le apasiona, pues el taller le había permitido descubrirse nuevamente. Así mismo, comentó que estaba aplicando los estilos de respuesta en las relaciones para no responder con “visceralidad” y vivir sin miedo al futuro.

### **Pedro**

Pedro fue el único hombre del grupo que terminó el taller y realizó la evaluación final. Es un hombre de 42 años de edad, soltero, sin hijos, estudiante de preparatoria cuya ocupación principal era el estudio.

Ante el grupo se presentó diciendo que acudía al taller por curiosidad sobre los temas y por escrito expuso que deseaba tener apoyo para “*salir del hoyo negro de malestar y confusión*” en el que se encontraba.

Al principio se mostró abiertamente renuente a participar ante el grupo y compartir sus experiencias e hizo señalamientos sobre que no le gustaba que los facilitadores pidieran elegir una opción sobre otra. Sus participaciones fueron esporádicas, aunque se

mostraba muy interesado en las participaciones de otros miembros del grupo. Cuando se le pedía trabajar con otro miembro del grupo lo hacía sin poner resistencia.

En muchas ocasiones hizo patente su disgusto por considerar que la sociedad imponía ciertas visiones que él no compartía. Cuando se discutió la diferencia entre los placeres y las gratificaciones, Pedro comentó que la sociedad imponía que viéramos ciertas actividades como incapaces de ser fuente de satisfacción y felicidad; por lo que imponían que una persona tenía que dedicarse a otras cosas.

En su ejercicio de la **carta de gratitud** comentó que no había podido hacerla debido a que le costó trabajo pasar a la acción, había identificado a personas a quienes deseaba agradecer su contribución a su vida, pero no escribió la carta. A lo cual los facilitadores le animaron a realizarla en cuanto tuviera la oportunidad.

Con respecto a las **experiencias óptimas** comentó que para él era el juego, cualquier clase de juego que le provocase adrenalina puesto que le permitía sentirse liberado y sin estrés. En esa ocasión volvió a compartir su insatisfacción con respecto a la sociedad y que impusiera que el juego era una actividad destinada a los niños y no para los adultos, aunque se pudiera disfrutar y sentir felicidad por lo mismo.

En las **relaciones interpersonales** logró identificar las consecuencias de las formas de respuesta y participó activamente en la discusión; sin embargo, no aportó información personal o ejemplos particulares.

En su evaluación final del taller comentó que había recordado situaciones que le sucedieron en el pasado y que había considerado que era demasiado duro consigo mismo y no tomaba en cuenta sus propias cualidades y fortalezas. Sentía que le costaba mucho trabajo digerir la información y llevarla a la práctica. Las actividades que más le resultaron significativas era la **carta de gratitud** y los registros sobre los **pensamientos automáticos** y las **distorsiones cognitivas**.

## Capítulo 7. Discusión y conclusiones

*El mundo es redondo, y cualquier lugar que pueda parecer el fin, puede ser el principio*  
Ivy Baker

### 7.1 Discusión

El objetivo central de esta investigación fue evaluar la influencia de un taller psicoeducativo sobre el bienestar psicológico subjetivo en la calidad de vida, niveles de depresión, ansiedad y bienestar psicológico de adultos que identifican la presencia de síntomas de depresión o ansiedad.

A partir de la revisión teórica sobre los temas ejes de la investigación, la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y el bienestar psicológico, y de considerar las características y condiciones contextuales tanto de la población a la que sería dirigida la intervención y el escenario de aplicación, se diseñó un taller psicoeducativo que integrara y abordara los componentes del modelo de bienestar psicológico de Seligman (2016) y los propósitos y supuestos de la Psicoterapia Positiva (Rashid, 2015).

Como se pudo observar en la sección de resultados, el taller psicoeducativo tuvo el efecto de disminuir los niveles de depresión, aumentar la calidad de vida en general y en su dimensión de bienestar emocional, en los participantes después de su participación en el taller. Mientras que, los niveles de ansiedad y el bienestar psicológico no exhibieron cambios estadísticamente significativos. En esta sección se analizarán a detalle estos hallazgos, integrando los análisis cuantitativos y cualitativos realizados y se explicarán los mismos a partir de la revisión de la literatura apropiada.

Para la realización de este estudio se conformó un grupo que en su mayoría identificaba la presencia subjetiva de síntomas de depresión en niveles categorizados como moderados o severos. Como se muestra en la sección de resultados, el taller psicoeducativo tuvo el efecto de disminuir significativamente las puntuaciones obtenidas en la medición pre-test ( $z = -2.703$ ,  $p < 0.05$ ). Estos resultados son similares a los obtenidos en diversas investigaciones que han utilizado intervenciones basadas en las propuestas de la Psicoterapia Positiva (Asgharipoor, Farid, Arshadi & Sahebi, 2010; Lü, Wang & Liu, 2013; Rashid, Anjum et al., 2013; Seligman et al., 2006) o las de la Psicología Positiva (Bay &

Csillic, 2012; Cuadra-Peralta et al., 2010) para el tratamiento grupal de poblaciones con depresión.

En esta investigación la población participante estuvo constituida en su mayoría por mujeres. La Organización Mundial de la Salud (2017) estima que la proporción de mujeres que padecen un episodio depresivo a lo largo de la vida es el doble en proporción a los hombres. Kessler (2003) establece que, aunque los hombres y mujeres tienen tasas de trastornos bipolares similares, las tasas de depresión mayor en mujeres son dos veces más altas que las presentadas en hombres; incluso si se examinan dichas tasas en diversas regiones mundiales, razas o etnias y clases sociales.

Por un lado, se ha considerado que es más probable que las mujeres busquen tratamiento para la atención de síntomas depresivos que los hombres y que están dispuestas a discutir con mayor apertura sus estados emocionales, así mismo, los profesionales podrían exhibir prejuicios de género en el diagnóstico de trastornos del estado de ánimo, respaldados por los sistemas de diagnóstico, y los hombres podrían exhibir síntomas de maneras distintas a las consideradas en los manuales diagnósticos y ser poco diagnosticados (Campo-Arias & Herazo, 2013; Pla, Adam & Bernabeu, 2013).

Por otro lado, Rieker y Bird (2005) argumentan que hay evidencia sólida de las diferencias entre hombres y mujeres que pueden explicarse desde múltiples factores que varían entre aspectos biológicos y psicosociales. En primera instancia las tasas más altas parecen ocurrir durante los años reproductivos y pudieran deberse a influencias hormonales y genéticas que se asocian con la depresión (Xing, et al, 2006). Goldberg (2006) argumenta que el sistema del neurotransportador o la interacción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal podrían ser factores biológicos factibles de explicar las diferencias entre ambos sexos, debido a su implicación en los cambios relacionados con el desarrollo de la pubertad, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia.

Así como los factores anteriores, se ha considerado que los aspectos sociales o psicológicos provocan diferencias de género, principalmente al influenciar roles tradicionales para la mujer que conducen a falta de oportunidades y sentimientos de indefensión que provocan una situación de mayor vulnerabilidad para el padecimiento de depresión, ansiedad y otros problemas mentales. Las conductas tradicionalmente asociadas al rol femenino como la gentileza, la emotividad o la subordinación ante las figuras que ostentan autoridad podrían conducir a falta de reconocimiento de las personas

que las rodean y la exhibición de conductas menos asertivas y enérgicas que las promovidas para el rol masculino; aspectos que aumentan la vulnerabilidad (Campo-Arias & Herazo, 2013).

Otro factor influenciado por las diferencias de género, que tiene que ver con un mayor riesgo de padecer depresión, es la mayor frecuencia de abuso sexual que sufren las mujeres durante la infancia y la vida en general en comparación con la frecuencia observada en los hombres (Gallego, Medina & Montoya, 2008). Así mismo, es importante señalar que las mujeres son quienes tienden a hacer uso de los servicios de atención psicológica con mayor frecuencia y esto influye en un subregistro de estas condiciones de salud mental en los hombres; debido a que esta investigación se realizó en un escenario que brinda servicios especializados para la atención psicológica, este factor pudiera haber influido de manera especial en la conformación de la muestra y por lo tanto en los resultados presentados.

Gracias al análisis de contenido realizado en la parte cualitativa del estudio se pudieron identificar varios elementos que explican íntimamente la influencia de los aspectos de género señalados anteriormente, en el desarrollo de sintomatología depresiva.

Al interior del grupo conformado en esta investigación se hizo patente que algunas de las participantes identificaron dificultades para cumplir con las expectativas señaladas socialmente como parte del papel de la mujer en la sociedad, como casarse, mantenerse en pareja, cuidar la relación de pareja a pesar de la insatisfacción que se experimenta, negar sus propios deseos en pos de los deberes adquiridos al convertirse en esposas o madres, entre otros. A lo largo del taller identificaron la influencia negativa que pueden ejercer los roles estereotípicos sobre el estado de ánimo y cómo el cumplimiento de dichos roles sin cuestionarlos induce asumir una identidad asociada a la indefensión.

La mayoría de los participantes del grupo se encontraban en la etapa de adultez media conforme a su edad cronológica. Las teorías del desarrollo de la personalidad durante esta etapa de la vida enfatizan aspectos socioemocionales que pueden contribuir a experimentar depresión. Petersen (2002) considera que la adultez media se ha considerado como una crisis debido a que las personas se encuentran suspendidas entre el pasado y el futuro tratando de lidiar con esta brecha que amenaza la continuidad de la vida. Vaillant (1977) considera que se trata de un tiempo de reevaluar y recordar el pasado y que se tiende a exagerar la existencia de una crisis que puede conducir a dificultades. Santrock (2010) puntualiza que para un gran número de personas no se experimenta una

crisis y que, al contrario, muchas habilidades cognitivas se encuentran al máximo desarrollo posible, que cosechan éxitos de diversa naturaleza y que muchos alcanzan los puestos más altos de trabajo durante esta etapa de la vida. Se ha considerado, incluso, que en esta etapa de la vida se reportan niveles altos de bienestar y satisfacción con la vida (Martin, Grunendahl & Martin, 2001).

Más que entender esta etapa como una crisis que debe vivirse en forma normativa, se puede abogar que la forma, en la que cada individuo experimenta los eventos de la vida durante esta etapa, depende de varios factores como la salud física, el apoyo familiar, la forma de adaptarse a la vida, los estilos de afrontamiento que utiliza, el contexto en el que se desarrolla el individuo y el contexto social e histórico en el que le ha tocado vivir (Qian, 2009; Serido, 2009).

Aunque la mayoría de los individuos durante la adultez media no experimentan una crisis como tal, es innegable que puede constituir una etapa de reflexión sobre lo que se ha conseguido en la vida y hacia donde se pueden dirigir los esfuerzos personales. La evaluación que realice el individuo puede influenciar su estado emocional.

Otro factor relacionado con la adultez media es el estrés. Se considera que los adultos experimentan estresores diariamente más que los adultos en plenitud; sin embargo, durante la adultez media podrían tener que lidiar con una sobrecarga de estresores que involucran manejar diferentes actividades al mismo tiempo, particularmente con los provenientes de fuentes interpersonales, aunque se vuelven menos reactivos a los estresores provenientes de fuentes laborales (Neupert, Almeida & Charles, 2007). El estrés es un factor de riesgo para la depresión, particularmente el que proviene de las relaciones interpersonales. La presencia de eventos estresantes interpersonales, como tener que depender de otros o tener discusiones con familiares o amigos, suelen presentarse antes de la aparición de síntomas depresivos, agravar la presencia de los mismos o ser un factor importante en la recurrencia después del tratamiento (Hammen, 2009).

Nuevamente, el análisis cualitativo nos permite entender de forma cercana las experiencias de los participantes y la influencia de los factores señalados anteriormente sobre los estados emocionales que reportaron. Entre los participantes se hicieron manifiestos tales factores de estrés y de riesgo para la presencia de depresión. Varios participantes comentaron su interés por mejorar sus relaciones interpersonales y la influencia de relaciones conflictivas o poco satisfactorias en su estado de ánimo general.

Esto destaca la importancia de que en los tratamientos para la depresión se promuevan acciones para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales.

Es importante considerar que el horario en el que se ofreció el taller fue un factor muy relevante para que la muestra quedara conformada principalmente por adultos, y que las condiciones en las que se convocó la formación del grupo permitió o limitó a quienes pudieran asistir en tales condiciones y, en consecuencia, en los resultados mostrados.

El trabajo grupal permitió que algunos beneficios que se reportan para los formatos de terapias grupales para la depresión se presentaran en este grupo. Observando los resultados del análisis de contenido, se puede observar que los participantes reportaron, al desarrollarse la sesiones, una disminución en los sentimientos de soledad, impotencia y depresión que experimentaban antes de la intervención; lo que puede explicarse al haber favorecido la cohesión y la normalización de los efectos y consecuencias de la depresión como lo proponen Thimm y Antonsen (2014). El grupo actuó como una audiencia positiva en la que se favoreció la cohesión y la interrelación entre sus miembros, por lo que se promovieron actitudes, cogniciones y acciones encaminadas a disminuir los síntomas depresivos.

Así mismo, el grupo proveyó un escenario para expresar los sentimientos depresivos y mostrarse vulnerable ante diversas circunstancias de la vida, y, al mismo tiempo, promovía el aspecto positivo que permitía cultivar diversos factores que promueven el bienestar y lidiar con aspectos negativos asociados a la depresión, como lo propone Rashid (2015).

A diferencia de lo observado con los niveles de depresión, el taller psicoeducativo no promovió una diferencia significativa en los niveles de ansiedad de los participantes antes y después del mismo ( $z = -1.424, p > 0.05$ ). Esto puede deberse principalmente a que la puntuación media que poseía el grupo antes de la intervención del taller era de 20.3 puntos, lo cual en general indica la presencia de síntomas de ansiedad leve o baja, incluso ausente. Por tal motivo, difícilmente se podría observar un cambio en el pos-test. Goodwin (2010) examinó los niveles de ansiedad y de satisfacción con las relaciones interpersonales de un grupo bajo Psicoterapia Positiva en personas que identificaban sintomatología moderada e intensa de ansiedad, observando la disminución significativa de la ansiedad en la medición pos-tratamiento, no así en la satisfacción con las relaciones interpersonales. El autor argumenta que los síntomas de ansiedad intensos focalizan la atención de los

participantes en los aspectos que desorganizan la vida de quien padece ansiedad y que el tratamiento podría permitir a los pacientes organizar sus experiencias de vida.

En el caso de esta investigación los participantes no se encontraban experimentando síntomas de ansiedad intensos. Revisando el análisis de contenido de las sesiones, cuando se discutían aspectos relacionados a la misma, se evidenciaba que tenían algunas estrategias de afrontamiento para lidiar con tales síntomas. Es particularmente destacable que, durante la sesión dedicada a la reestructuración cognitiva, las estrategias de afrontamiento a la ansiedad y la presencia de sintomatología relacionada a la misma fueron el centro de la discusión grupal. Vázquez (2002) considera que esto puede deberse a que el tratamiento de naturaleza cognitivo-conductual se enfoca en evaluar la forma en la que los individuos evalúan los acontecimientos vitales o sucesos cotidianos que les van ocurriendo a lo largo de la vida. De esta manera las técnicas que buscan reevaluar la forma en la que se piensa cotidianamente pueden focalizar la atención de los sujetos tanto en cómo han lidiado con sus problemáticas como en los pensamientos que surgen ante estos mismos. Por lo tanto, el efecto de este tipo de intervenciones podría observarse a un plazo más largo del que se ha observado a los participantes del taller.

Con estos resultados se hace patente la necesidad de investigar en futuras ocasiones si las intervenciones positivas tienen o no efecto en el tratamiento grupal de síntomas de ansiedad moderados o severos en la población mexicana.

Con respecto a la calidad de vida, el taller mostró su influencia al aumentar significativamente las puntuaciones obtenidas por los participantes en la evaluación posterior a la realización del taller ( $z = -1.960, p < 0.05$ ). Si bien en la medición pre-test de la investigación la mayoría de los participantes se encontraba satisfecho con las condiciones actuales de su vida, se encontraban en un nivel en el que podrían no estar desarrollando todas sus potencialidades o experimentaban limitaciones para conseguir sus metas personales. En el pos-test se evidencia un cambio en el que aquellas personas que presentaban un nivel deficiente de calidad de vida se movieron a un nivel aceptable y algunos cambiaron a un nivel deseable. Por tal motivo, puede interpretarse que el taller promueve que los participantes consideren acciones para desarrollar sus potencialidades, mejorar sus condiciones de vida y fomentar la consecución de metas a largo plazo. En general pocos estudios han examinado sistemáticamente la influencia de la Psicoterapia Positiva sobre la calidad de vida. Seligman et al. (2016) encontraron en una intervención

grupal un aumento significativo en la satisfacción con la vida y una disminución en algunos factores de estrés que podrían estar relacionados con la calidad de vida.

Al examinar la influencia del taller sobre las diversas dimensiones que componen el constructo de calidad de vida se encontró que la única dimensión que se había modificado significativamente, y que explicaría el cambio significativo en la calidad de vida en general, es la dimensión del bienestar emocional ( $z = -2.257, p < 0.05$ ). A este respecto, se puede afirmar que el taller permitió que los participantes se percibieran más satisfechos con su estado emocional, disminuyendo la presencia de sentimientos negativos, mejorando el afrontamiento al estrés y promoviendo un mejor autoconcepto.

El análisis cualitativo sistemático del contenido de las sesiones y las participaciones de los miembros del grupo permite observar el cambio en esta dimensión de la calidad de vida. El taller promovía sistemáticamente que los participantes experimentaran de forma más frecuente emociones positivas y enfocaran su atención en actividades que permitieran un balance distinto al que experimentaban antes del taller. Las actividades del taller buscaban que la balanza se inclinara hacia las experiencias que promueven una mayor satisfacción emocional, tal y como lo propone Diener (2012) y dicho balance aumenta el nivel general de satisfacción con la vida, que está relacionado con la calidad de vida y el bienestar psicológico (Seligman, 2016; Veenhoven, 2005)

Al observar el desarrollo y contenido de las sesiones también se hace evidente la importancia que tuvo el aspecto emocional para el resultado logrado al finalizar el taller. El grupo indujo a través de sus participaciones un ambiente en el que el discernimiento emocional se hizo patente. De acuerdo con Bisquerra (2009) la importancia de promover una educación emocional se encuentra en los problemas derivados de un pobre manejo de las emociones en la vida cotidiana, como baja autoestima, depresión, estrés, violencia, delincuencia, trastornos de la alimentación, consumo de sustancias adictivas, conducta sexual de riesgo, entre otras. El autor considera que la educación emocional desarrolla competencias emocionales que contribuyen al bienestar personal y social. Las competencias emocionales son un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la comprensión, expresión y regulación de fenómenos emocionales; incluyendo tanto emociones positivas como negativas. Estas concepciones son congruentes con lo realizado en la intervención de esta investigación, pues se proveyó al grupo conocimientos relacionados con el bienestar y se promovieron acciones para que

cada uno de los participantes del taller realizara actividades que pudieran repetir en su vida cotidiana para manejar sus emociones y desarrollaran un estado de bienestar.

Durante el taller se hizo patente el desarrollo de diversas competencias emocionales. Particularmente la conciencia emocional y la autogestión. La primera se refiere a la capacidad de las personas para percibir con precisión sus propios sentimientos y emociones, nombrarlas y comprender las emociones de otros (Bisquerra, 2009). El grupo participó activamente en identificar y nombrar sus emociones, además de las negativas que habían motivado su asistencia. A lo largo de las sesiones, su preocupación por experimentar más emociones positivas fue evidente y poco a poco se fue creando una tendencia a involucrarse en actividades que promovieran su propio bienestar; creando contextos más favorables para el bienestar emocional.

El trabajo grupal pudo influir en el desarrollo de la conciencia emocional, puesto que durante el desarrollo de la intervención la participación de los diferentes integrantes del grupo facilitaba la expresión emocional y la verbalización de experiencias significativas para cada uno de ellos. Los posibles beneficios obtenidos por los integrantes del grupo están en congruencia con los factores señalados por Yalom (2000) quien enfatiza el intercambio de experiencias y la dinámica grupal para que se presente catarsis emocional, cohesión del grupo y aprendizaje interpersonal, entre otros.

La autogestión se refiere al desarrollo de una autonomía personal que permite el desarrollo de autoestima, automotivación, actitud positiva, responsabilidad, análisis crítico de normas sociales, buscar ayuda y recursos y auto-eficacia emocional (Bisquerra, 2009).

En varias ocasiones los participantes del taller expresaron sentirse insatisfechos con su vida tanto en situaciones que se habían gestado a lo largo de su vida, sus relaciones o como se sentían consigo mismos, así como su necesidad de ser felices. Las actividades del taller pudieron proveer formas y herramientas específicas para mejorar cada uno de estos aspectos. El taller tuvo actividades encaminadas a los diferentes componentes del bienestar psicológico del modelo PERMA (Seligman, 2016): la positividad (el balance entre las emociones positivas y negativas), el involucramiento, las relaciones interpersonales, el significado y el logro o realización. Estos aspectos están fuertemente relacionados con la autogestión conceptualizada por Bisquerra (2009). Las actividades del taller, inspiradas en las intervenciones positivas, promovieron el bienestar psicológico y mostraron ser efectivos tal y como lo establecieron Parks y Biswas-Diener (2013).

En este caso en particular, como se observó en el análisis de contenido, el grupo facilitó el cuestionamiento de las normas sociales y su influencia en la identidad personal de los participantes al subrayar, mediante las actividades realizadas, a verse a sí mismos con características positivas y cualidades que van conformando la identidad. Más aún, el grupo pudo facilitar la construcción de una identidad en la que tuvieran cabida dichos aspectos positivos al permitir el diálogo y cuestionar las visiones restringidas que cada uno de los participantes daba por sentado sobre sí mismos. Esto es similar a lo propuesto por White (2016) quien considera que el trabajo grupal permite la construcción de una identidad alternativa en relaciones dentro y fuera del grupo terapéutico. El trabajo grupal permite a los integrantes del grupo mostrarse de maneras distintas, integrando partes de sí mismos que no habían sido exploradas, consideradas o reflexionadas previamente, integrarlas a su identidad y observarse en forma más balanceada. El autor subraya la importancia de poner atención tanto en las dificultades que cada integrante del grupo desea comunicar y no solamente centrarse en los aspectos positivos o logros, generando una visión más balanceada de la vida.

Tarragona (2006) propone, también, que el trabajo grupal permite conectar las historias que los miembros del grupo comentan y la vida personal fuera del espacio terapéutico. Así los logros, cambios en percepciones, actitudes y comportamientos son atestiguados por los miembros del grupo y esto se vuelve más significativo para quienes participan del trabajo grupal. Lo anterior permite fortalecer una identidad alternativa más balanceada que contrapone o contradice una identidad vista como negativa.

Todos los aspectos reseñados anteriormente promovieron el cambio en la dimensión de bienestar emocional en la calidad de vida al interior del grupo.

A pesar de que el contenido del taller estaba enfocado particularmente en los aspectos relacionados con la dimensión de bienestar emocional de la calidad de vida, se observaron aumentos cuantitativos, aunque no estadísticamente significativos, en las diferencias entre los niveles pre-test y pos-test. El aumento en estas dimensiones podría deberse a que el aspecto emocional que poseía el grupo influenciaba la valoración subjetiva que hacían de los otros aspectos de su vida. Tal y como lo considera Friedrickson (2013) la presencia de un balance donde predominan las emociones negativas sobre las emociones positivas influye en focalizar la atención de las personas sobre aspectos específicos e inducir un estado de alerta considerando lo que está mal ante la percepción del sujeto. Las intervenciones promovidas en el taller pudieran haber equilibrado el balance

o generado una inclinación hacia el predominio de las emociones positivas, lo cual tiene como efecto ampliar el repertorio de pensamientos y acciones del sujeto que promueven, entre otras cosas un afecto positivo, diversidad de pensamientos, mayor interacción social, etcétera; aspectos que pudieran haber mejorado la percepción de los otros factores que integran la calidad de vida y, en última instancia, haber aumentado las puntuaciones en la escala.

Al observar el análisis cualitativo se puede observar que los participantes, a partir de los trabajos del taller, consideraron incluir en sus reflexiones personales aspectos relacionados con estas dimensiones que conforman a la calidad de vida, aunque no fueran el foco central de lo tratado en el taller. Se observa que algunos participantes plantean la necesidad de realizar cambios en su salud, sus hábitos, sus relaciones interpersonales, su desarrollo personal, luchas por sus metas personales o involucrarse más en actividades que les contactasen con sus comunidades y grupos significativos, además de la familia. Aspectos que pertenecen a las otras dimensiones de la calidad de vida.

Estos aspectos evidencian la necesidad de trabajar de forma integral en todas las áreas que componen la calidad de vida para obtener una intervención más completa, además pone en relieve la importancia que tiene la salud mental y cómo podría ser un factor que atraviesa a lo largo de varios aspectos de la vida; puesto que el manejo principal del taller se enfocó en el bienestar emocional y permitió influenciar en las otras dimensiones de la vida.

Con respecto a los niveles de bienestar psicológico, no se observaron cambios significativos ni en los niveles generales ( $z = -1.428$ ,  $p > 0.05$ ) ni en ninguna de las dimensiones que componen al instrumento utilizado en la investigación, aunque si se observaron aumentos en las puntuaciones de todas las dimensiones entre las mediciones pre-test y pos-test. En general, aunque la mayoría de los participantes tenía puntuaciones categorizadas como altas en el pre-test, aquellos participantes que tenían puntuaciones categorizadas como moderadas en el pos-.test cambiaron a tener puntuaciones altas. Algo similar sucedió en cada una de las dimensiones que componen el bienestar psicológico.

A pesar de no observarse cambios en los análisis cuantitativos, en el análisis cualitativo de la participación de los miembros del grupo se pudieron observar algunos cambios en las dimensiones que evalúa el instrumento utilizado para determinar el nivel de bienestar psicológico.

Los participantes del taller mostraron mayor autoaceptación de sí mismos al participar en las actividades propuestas en la intervención, tal y como se discutió anteriormente al revisar la calidad de vida.

Particularmente la discusión grupal sobre el sentido de la vida mostró que el grupo pudo cuestionar aspectos que se daban por hecho en su experiencia de vida y les motivó a realizar una búsqueda más propositiva de fuentes que les otorguen sentido a sus vidas. La reflexión que realizó el grupo sobre los valores propios de cada participante y cómo es que ellos mismos actúan con base en dichos valores llevó al grupo a cuestionar su propia identidad y a buscar ejercer su propia autonomía. El taller cuestionó, por lo tanto, la dirección que cada persona da a su propia vida y aunque en las evaluaciones cuantitativas los participantes podían expresar que sabían sus propias metas de forma clara, que se consideraban responsables de los resultados de sus acciones, que tenían una gran capacidad para desarrollarse personalmente y que tenían buenas relaciones interpersonales, fue evidente que el trabajo grupal proveía de medios para cuestionarse aspectos que podrían contestarse de forma automática y sin gran consciencia de las implicaciones de cada aspecto; algo que es congruente en investigaciones que señalan al sentido de la vida como importante en el bienestar (Kashdan & McKnight, 2013; Steger, 2009)

El análisis del desarrollo del grupo provee evidencia de que se promovió en los participantes una mayor autonomía y compromiso con la propia vida, al cuestionar los deberes sociales y reflexionar sobre las metas u objetivos personales que se han tenido o se desean lograr. El apoyo del grupo y los factores que promueven el cambio grupal favorecieron la catarsis, la cohesión del grupo y el aprendizaje interpersonal necesario para empoderar a cada integrante y que cada uno se convierta en un agente de cambio en su propia vida (Yalom, 2000).

## **7.2 Conclusiones**

A partir de los resultados presentados y la discusión realizada a partir de ellos se puede concluir lo siguiente:

- El taller psicoeducativo diseñado en esta intervención tuvo el efecto de disminuir los niveles de depresión y aumentar la calidad de vida en general y en su dimensión de bienestar emocional.

- Las intervenciones positivas que fundamentan el trabajo tanto de la Psicología Positiva como la Psicoterapia Positiva pueden ser empleadas eficazmente en el tratamiento y manejo de la depresión en un formato de taller psicoeducativo en una muestra de población mexicana, abriendo la posibilidad de proveer un tratamiento centrado en el bienestar que permita la atención oportuna de un mayor número de personas que un formato de atención individual. Los resultados obtenidos por la investigación permiten considerar nuevas y futuras investigaciones que podrían tomar en cuenta formatos diferentes como las propias de la psicoterapia bajo el modelo de la Psicoterapia Positiva y evaluar su efecto en poblaciones más diversas de la conformada en esta investigación.
- Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la importancia de la consideración de aspectos psicosociales en la génesis y mantenimiento de la depresión y el tratamiento de la misma. Es importante considerar las condiciones de vulnerabilidad presentadas en las poblaciones, los aspectos relacionados con el estrés y las relaciones interpersonales que impactan negativamente en las personas y su manejo debe considerarse, junto con el manejo de los síntomas depresivos. El manejo integral de estos aspectos podría aumentar la adherencia y eficacia del tratamiento y así prevenir posibles recaídas.
- Para poder evaluar los efectos de las intervenciones propuestas en esta investigación sobre la ansiedad es necesario realizar investigaciones futuras en poblaciones que exhiban niveles de ansiedad significativos, de tal manera que pueda concluirse con mayor evidencia si son efectivas o no.
- Las intervenciones positivas pueden ser empleadas eficazmente en aumentar los niveles de calidad de vida en el formato de taller psicoeducativo en una muestra de población mexicana, particularmente en la dimensión del bienestar emocional. Es importante considerar que esta dimensión no es la única que define a la calidad de vida, por lo que en poblaciones en las que se desee aumentar la calidad de vida por medio de mejorar las condiciones de vida en las otras dimensiones, podría ser necesaria la combinación de intervenciones focalizadas en los aspectos que componen a las otras dimensiones con intervenciones similares a esta que mostró ser efectiva aumentando el bienestar emocional. Los resultados revelan la importancia de la conciencia emocional y la autogestión como competencias emocionales que deben promoverse tanto en el tratamiento y manejo de la depresión como en la promoción de

la calidad de vida y el bienestar psicológico. Será necesario, también, observar el efecto que tienen las intervenciones positivas sobre la calidad de vida en poblaciones que no se identifiquen con sintomatología depresiva y se desee mejorar el nivel de calidad de vida, para examinar sistemáticamente el efecto que los posibles cambios en el bienestar emocional ocasionen en las otras dimensiones.

- Los resultados presentados en la investigación con respecto al bienestar psicológico hacen patentes la eficacia de las intervenciones positivas en este aspecto. Futuras investigaciones podrían revelar efectos cuantitativamente significativos en poblaciones más diversas.
- Los resultados de la investigación permiten observar varias ventajas del trabajo grupal. El escenario grupal permite la interacción con otras personas con las cuales cada miembro del grupo se puede identificar, pueden hacer frente a los problemas que le aquejan con mayor tolerancia, apoyo y empatía que les proveen los otros miembros del grupo. En cuanto al bienestar, el trabajo grupal permite reflexiones que ayudan a cada uno de los participantes a considerar acciones pertinentes para cada quien en favor de promover una mejora en sus situaciones de vida y en la percepción particular que poseen de ellos mismos y sus circunstancias; por lo que el empuje y motivación que les brinda el grupo se convierte en un trasfondo positivo para impulsar dichos cambios. El trabajo grupal podría promover cambios más rápidos y posiblemente duraderos, lo cual debe examinarse propiamente en futuras investigaciones.
- El método empleado en esta investigación permite examinar y contextualizar los resultados presentados en la población investigada, puesto que no solamente se evidencia el resultado global de la intervención propuesta sino que se particularizan los efectos que tuvo en el grupo y sus miembros; lo cual enriquece el resultado global con la experiencia subjetiva de cada uno de los que participaron en la investigación.

### **7.3 Limitaciones**

El que en esta investigación se hayan considerado tanto aspectos cuantitativos como cualitativos para evidenciar la influencia del taller propuesto permite evaluar algunas limitaciones de la intervención y los alcances en cada uno de los participantes, lo que se mostrarán más adelante.

En primera instancia, dos participantes no presentaron cambios en sus puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck-II, por lo que sus puntuaciones, tanto

pre-test como pos-test se mantuvieron categorizadas como depresión severa, a pesar de haber aumentado significativamente su nivel de calidad de vida y bienestar psicológico. En uno de los casos, al considerar su participación en el taller en el análisis cualitativo individual, fue evidente que su mejora consintió principalmente en considerar aspectos personales que no había observado, la identificación de las emociones positivas, mejorar sus relaciones interpersonales y reconocer la presencia de una red de apoyo. Durante su participación en el taller comentó la necesidad de profundizar en aspectos que le causaban conflictos referentes a su familia, su situación de vida y su autoconcepto. Su autoconcepto se vio cuestionado por parte de los miembros del grupo y logró integrar aspectos positivos a la definición de su propia persona. Sin embargo, en su consideración final opinó que el taller había sido una apertura para trabajar sobre sí misma y conocerse más, aunque no era suficiente para sentirse totalmente satisfecha, por lo que consideraba que podría beneficiarse más si el taller pudiera continuar varias sesiones más. Su evaluación final del taller reflejaba más su deseo de continuar trabajando sobre los aspectos positivos de su propia persona, que su situación emocional actual. Lo anterior podría indicar que para algunos participantes es necesario un formato más amplio, que responda a las necesidades de atención con un tiempo más prolongado o posiblemente indefinido, lo cual pudiera ser proveído en un formato de psicoterapia más que en un formato psicoeducativo, como el que se conformó en esta investigación.

El segundo caso también tuvo mejoría en su de calidad de vida y bienestar psicológico, sin embargo, su participación al interior del grupo fue limitada, no se sentía identificado totalmente con los demás miembros del grupo y le resultó difícil llevar a la práctica las actividades del taller, lo cual es indispensable para beneficiarse de la discusión grupal y del contenido del mismo. Aunque consideró en la evaluación final que el taller le había hecho reflexionar sobre su propio autoconcepto, sus metas y fortalezas personales, pensaba que necesitaba profundizar en sus conflictos particulares y probablemente tener un proceso más personal de tratamiento. En este caso se revela la necesidad de fomentar la creación de grupos más homogéneos o la necesidad de revisar la inclusión de participantes con características más específicas que no necesariamente es posible en todos los escenarios de atención clínica.

Ambos casos evidencian algunas de las limitaciones que tienen los procesos grupales en general. En particular que el tiempo del grupo es limitado tanto para cada participante como para el grupo en sí mismo, por lo que los beneficios que provee el formato

de intervención son diferentes en cada participante y el progreso de cada uno es impredecible. El formato de trabajo hace difícil centrarse en las necesidades particulares de cada participante y para algunas personas pudiera ser difícil participar con mayor libertad compartiendo experiencias personales, cuestiones que el formato individual podría proveer. Estos aspectos ya han sido señalados por Whitfield (2010) y tal vez estos obstáculos pudieran solventarse alargando el tiempo de intervención o realizando una selección previa de participantes de la intervención, como se argumentó anteriormente.

Algunos aspectos que tienen que ver con la profundidad de cada proceso podrían mejorarse si el formato de intervención cambia de un taller psicoeducativo a un formato de psicoterapia como el propuesto por Seligman, Rashid y Parks (2006) y Rashid (2015), cuyas propuestas amplían el tiempo de desarrollo del proceso grupal, focalizan el trabajo en los cinco pilares del modelo PERMA en forma más pausada y evalúan de manera más puntual los efectos de cada una de las intervenciones positivas sesión a sesión; por lo que hay más vigilancia de los efectos de las intervenciones en cada participante y se brinda la posibilidad de modificar las intervenciones dependiendo del efecto que se obtiene en el grupo y sus integrantes.

Si la Psicoterapia Positiva es factible de ser aplicada en nuestra población, si sus propuestas pueden ser adaptadas y los posibles efectos benéficos que pudiera promover en pacientes mexicanos con depresión o ansiedad deben ser motivo de investigaciones posteriores.

Algunas limitaciones generales de esta investigación son las siguientes:

- El presente estudio estuvo integrado por un grupo pequeño, lo cual dificultaría la generalización de los resultados a la población general, para evaluar la pertinencia de los resultados y las conclusiones mostradas será necesario replicar esta investigación en un mayor número de grupos para corroborar la efectividad de las propuestas examinadas. Es importante señalar que la técnica empleada para la intervención no es adecuada para grupos grandes, por lo que la generalización solo se logrará a partir del empleo de la misma técnica en diversos grupos.
- Debido a las características del escenario en donde se llevó a cabo esta investigación, es posible que el grupo que se conformó en esta investigación haya sido muy homogéneo en sus características demográficas y de condiciones de vida, por lo que es necesario evaluar en diversos escenarios la eficacia de las propuestas examinadas.

Particularmente el grupo estuvo constituido principalmente por mujeres, por lo que algunos aspectos de género pudieran influenciar los resultados si se administrara la misma intervención en hombres o grupos constituidos principalmente por hombres.

- La conformación del grupo podría ser un factor determinante en los resultados obtenidos. El grupo se conformó de manera abierta y por interés personal, acudieron personas que identificaban subjetivamente la presencia de síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad, por tal motivo no había un diagnóstico clínico previo o la posibilidad de que tuvieran un tratamiento conjunto al ofrecido por el taller. Todos esos factores podrían cambiar la influencia del taller y modificar los resultados obtenidos en esta investigación, por lo que también es necesario diversificar las líneas de investigación e incluir estas variables en el examen de la eficacia de las intervenciones positivas.
- Como se mencionó en la discusión y en las conclusiones, una limitación de este estudio fue que la muestra conformada no presentó niveles de ansiedad altos como para evaluar el efecto de la intervención sobre los mismos, por lo que se hace necesaria la investigación posterior pertinente para examinar esta propuesta. Podría ser posible que la intervención tuviera efectos preventivos sobre la presencia de ansiedad a largo plazo, por lo que es necesario que se realicen estudios en donde se plantee el seguimiento de los casos.
- El examen de la calidad de vida permitió observar el efecto de la intervención sobre las dimensiones que la componen, en particular la de bienestar emocional, sin embargo, será necesario evaluar el efecto que podría tener esta intervención si se combina con intervenciones más focalizadas en las otras dimensiones.
- Más que ser una investigación concluyente del tema, este estudio se podría considerar como una apertura que podría traer nuevas investigaciones sobre el bienestar desde la propuesta del modelo PERMA en particular, futuros desarrollos teóricos en esta línea de pensamiento podrían influir en la interpretación de los resultados presentados.

Con los hallazgos obtenidos en la investigación y las limitaciones enunciadas anteriormente se podrían realizar las siguientes modificaciones a la estructura del taller que podrían mejorar el efecto mostrado:

1. Aumentar la duración del taller de 8 sesiones a 15 sesiones para favorecer los efectos cohesivos del grupo, la participación de los miembros y la integración de los mismos; así como, la profundización en los temas planteados y la revisión de las actividades propuestas en el taller.
2. Iniciar el proceso de intervención con dos sesiones introductorias. La primera se dedicaría a introducir a los participantes al formato de intervención y se realizarían las mediciones previas al taller. Mientras que una segunda sesión se dedicaría a la discusión de los aspectos relacionados con la depresión y se fomentaría la catarsis del grupo sobre sus propias problemáticas. En esta sesión se introduciría la perspectiva del balance positivo a los integrantes del grupo.
3. Subdividir los contenidos de cada elemento del modelo PERMA a dos sesiones, de tal manera que:
  - a. Con respecto a las emociones positivas se subdivida el contenido y se trate en la primera sesión la identificación y manejo de las emociones negativas y en la segunda sesión los mismos aspectos con respecto a las emociones positivas. La intervención central de la primera sesión sería “la carta de perdón” y en la segunda sesión “la carta de gratitud”.
  - b. Con respecto al involucramiento se subdividiría el contenido de tal forma que durante la primera sesión dedicada a este elemento se focalizara en las fortalezas de carácter y se hicieran ejercicios de identificación de fortalezas de carácter. La intervención central de dicha sesión sería el uso deliberado de la fortaleza de carácter identificada como principal por el participante durante los ejercicios de la sesión. La segunda sesión dedicada al involucramiento estaría focalizada en las experiencias óptimas y los ejercicios principales se enfocarían en la identificación de dichas experiencias y sus efectos.
  - c. En el elemento de las relaciones interpersonales la subdivisión se centraría en que una sesión se dedicaría a la creación de redes de apoyo y estrategias para invertir en las relaciones interpersonales. La segunda sesión se focalizaría en analizar las relaciones interpersonales de los participantes y las intervenciones se dirigirían a mejorar las interacciones, como la identificación de estilos de respuesta.
  - d. El elemento de significado y sentido de la vida se subdividiría en dos sesiones. En la primera se introduciría el concepto de sentido y propósito de

la vida y las intervenciones se centrarían en la identificación de valores y fuentes de propósito de la vida. La segunda sesión se centraría en el significado de la vida y la intervención central sería el legado positivo.

- e. Con respecto al logro, la primera sesión se dedicaría a la identificación de metas y su relación con el propósito de la vida. En esa sesión se focalizaría en las características de los objetivos que pueden cumplirse y la intervención central sería la realización de un listado de objetivos. La segunda sesión analizaría el enlace de los objetivos personales con los otros elementos del bienestar y la intervención central sería la historia de éxito.
4. Las últimas dos sesiones del taller se dedicarían a exponer las técnicas de reestructuración cognitiva y los mitos personales. Así como profundizar en las perspectivas de cada integrante del grupo con respecto a lo revisado a lo largo del taller.
  5. La última sesión se dedicaría al cierre.

## Referencias

- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87: 49-74.
- Adán-Manes, J. & Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Atención Primaria*, 42 (1): 47-49. doi:10.1016/j.aprim.2009.06.027
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh - Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist - Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo - Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. & Vollebergh, W.A.M. (2004), Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 21-27. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A. M. & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluviéjo. *Suma Psicológica*, 15 (2): 385-403.
- Apodaka, M. (2004). *Dinámica de grupos. Dinamización de metodologías y procesos para la democracia participativa*. España: Urtxintxa Eskola.
- Aragonés, E., Piñol, J. L. & Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depresión in non-depressed primary care. *Family Practice*, 23: 363-368.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2): 161-164.
- Arias-Cruz, A., González-Díaz, S., Macías-Weinmann, A., Ibarra-Chávez, J., Sánchez-Guerra, D., Leal-Villarreal, L. & Salinas-Díaz, M. (2018). Calidad de vida en urticaria crónica y su relación con el impacto económico y control dela enfermedad en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Monterrey, México. *Revista alergia México*, 65 (3): 250-258. doi: 10.29262/ram.v65i3.398

- Arrieta, K. M., Díaz, S., & González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Asgharipoor, N., Farid, A. A., Arshadi, H., & Sahebi, A. (2010). A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6: 33–41.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ávila-Espada, A. (2007). *Manual de psicoterapia de grupo analítico-vincular, vol. I y vol. II*. Madrid: Ed. Quipú.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation Program Planning*, 5: 69-79.
- Bairero Aguilar, M. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *MULTIMED*, 21(6): 971-982.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2012). The pursuit of meaningfulness in life. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology (2nd Ed.)* (pp. 608-618). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Bay, M. & Csillic, A. (2012). *Comparing positive psychotherapy with cognitive behavioral therapy in treating depression*. Unpublished manuscript. Paris West University Nanterre La Défense (Université Paris Ouest Nanterre La Défense).
- Beck, A. T. (1967). *Depression*. Nueva York: Harper and Row.
- Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 2(4), 239–251. doi: 10.1007/BF00434796

- Beltrán, M., Freyre, M. & Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30 (1): 5-13. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47 (1) suplemento: S4-S11.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. et al. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 32 (2): 155-63.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J. et al (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 50 (4):386-395.
- Berezon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M. E., Aparicio, V. & Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33 (4): 252-258.
- Bertisch, H., Rath, J., Long, C., Ashman, T., & Rashid, T. (2014). Positive psychology in rehabilitation medicine: A brief report. *NeuroRehabilitation*. 34 (3): 573-585. doi:10.3233/NRE-141059
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L. & Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation* (pp. 349-351). Nueva York: Academic Press.
- Bión, W. (1985). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. España: Editorial Síntesis.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public*, 13 (119): 1-20. doi: 10.1186/1471-2458-13-119
- Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.T., Hwang, I., de Girolamo, G., Medina-Mora, M.E., Sampson, N.A., Williams, D.R., & Nock, M.K. (2012). Prevalence and identification of groups at risk for twelve-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health

- Surveys. En M.K. Nock, G. Borges, & Y. Ono (Eds.), *Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys* (pp. 185-198). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Pub. Co., ONLINE ED: Published May 2001 by the NORC Library. Recuperado de <http://cloud9.norc.uchicago.edu/dlib/spwb/index.htm>
- Briones, Y., Glices, V. & Escobar, M. (2018). La participación del psicólogo clínico en la promoción y prevención de la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, (marzo): publicación en línea recuperada de: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/psicologo-clinico-saludmental.html>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G. de Graff, R., Demyttenaere, K, Hu, C., Iwata, N., Karam, A., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J.P., Levinson, D., Matschinger, H., Medina-Mora, M. E., Browne, M., Posada-Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9, 90. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Burns, J. H. (2005). Happiness and Utility: Jeremy Bentham's equation. *Utilitas*, 17 (1): 45-61. doi: 10.1017/S0953820804001396
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive behaviour therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26: 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México, 1984-2005*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Campo-Arias, A. & Herazo, E. (2013). Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4 (1): 9-10.
- Cano, A., Salguero, J. M., Mae, C., Dongil, E. y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevención, prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33 (1): 2-11.

- Carr, A. (2007). *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Cartwright, D. & Lippitt, R. (1979). La dinámica de grupos y el individuo. En, M. Kissen (Comp.), *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo* (pp. 19-36). México: Limusa.
- Catalino, L. I. & Fredrickson, B. L. (2011). Tuesdays in the lives of flourishers: The role of positive emotional reactivity in optimal mental health. *Emotion*, 11, 938-950. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024889>
- Chaboud, R. (Marzo de 2018). *À la recherche du bien-être au travail : les apports de la Psychologie Positive*. Trabajo presentado en un debate organizado por L'APIRAF, Association de Psychologues du Travail et des Organisations, Lyon, Francia. Resumen recuperado de <http://www.apiraf.org/images/apiraf/2018/20-03-2018/diaporama-renee-chaboud-psychologie-positive-20-03-2018>
- Cohn, M. A., & Fredrickson, B. L. (2010). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 355-366. doi: 10.1080/17439760.2010.508883
- Consuegra, N. (2011). *Diccionario de Psicología, 2a Edición*. Bogotá: ECO Ediciones.
- Crespo, J. M. (2011). Psicopatología de la afectividad. En: J. Vallejo, A. Balbuena & J. M. Menchón (Eds.) (pp. e94-e109), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier.
- Creswell, J. W. (2009). Mapping the field of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 3 (2): 95-108.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairos.
- Cuadra-Peralta, A., Medina, E. & Salazar, K. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite*, 11 (35): 56-67.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Pérez, M., & Zúñiga, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica*, 28, 127–134. doi:10.4067/S0718-48082010000100012

- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. & Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65 (6): 354-364. doi: 10.3109/08039488.2011.596570
- Davies, S. (2014). *Annual Report of the Chief Medical Officer 2013*. Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., et al (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005–1013.
- Di Paola, O. (2014). The philosophical thought of the School of the Sextii. *International Journal of Ontology, History and Critics*, 4 (1-2): 327-339.
- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Ed. Pax.
- Díaz, C., Ramírez, A. & Tejada, P. (2004). Factores condicionantes de depresión en trabajadores metalúrgicos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65 (1): 25-35.
- Diener, E. (2012). Positive psychology: Past, present, and future. En S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology (2nd Ed.)* (pp. 7-11). Nueva York: Oxford University Press.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (p. 213–229). Russell Sage Foundation.
- Diener, E. & Suh, E. M. (Eds.). (2002). *Culture and subjective wellbeing*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Duarte, R. E. (2017). *Fatiga, estilos de enfrentamiento y calidad de vida en médicos residentes* (tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México.
- Emmons, R. A. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 105-128). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Espada, P. (2007). *Técnicas de grupo*. Madrid: Editorial CCS

- Espinosa-Aguilar, A., Caraveo-Anduaga, J., Zamora-Olvera, M., Arronte-Rosales, A., Krug-Llamas, E., Olivares-Santos, R., Reyes-Morales, H., Tapia-García, M., García-González, J. y Doubova, S. (2007). Clinical Guideline for diagnosis and treatment of depression in elderly. *Salud Mental*, 30 (6): 69-80.
- Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bull*, 15:189-196.
- Fernández, L. (2013). *Pensando en la personalidad*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Forsyth, D. R. (2014). *Group Dynamics, 7th Edition*. Washington: Cengage.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303(1), 47–53. doi:10.1001/jama.2009.1943
- Francis, D. D., Diorio, J., Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (2002). Environmental enrichment reverses the effects of maternal separation on stress reactivity. *Journal of Neuroscience*, 22, 7840–7843
- Fredrickson, B. L. (2008). Promoting Positive Affect. En M. Eid & R.J. Larsen (Eds), *The Science of Subjective Well-Being (pp. 449-468)*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Vida positiva: cómo superar las emociones negativas y prosperar*. México: Norma.
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. In E. Ashby Plant & P. G. Devine (Eds.), *Advances on Experimental Social Psychology*, 47, 1-53. Burlington: Academic Press.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062.
- Gable, S. L. & Gosnell, C. L. (2011). The positive side of close relationships. En K. M. Sheldon, T. B. Kashdan & M. F. Steger (Eds.), *Designating positive psychology taking stock and moving forward*, 265-279. Nueva York: Oxford University Press.

- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J. L., & Alvarado, S. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 26 (1): 43-49.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A., & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12 (1): 51-58, doi: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n1.48903
- Gallardo, I. & Moyano-Díaz, E. (2012). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(3): 931-939.
- Gallego, C. L., Medina, M. T. & Montoya, L. P. (2008). Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia. 2007. *Revista CES Medicina*, 22 (1): 17-27.
- Gander F, Proyer RT, Ruch W. & Wyss T: Strength-based positive interventions: further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14 (4): 1241-1259. doi: 10.1007/s10902-012-9380-0
- García, A. & Froment, F. (2017). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos*, 0 (33), 3-9
- Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M. & McGuire H. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: 1465-1858. doi: 10.1002/14651858.CD005333.pub2.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1999) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine De Gruyter.
- Goldberg, D. (2006). The aetiology of depression. *Psychological Medicine*, 36: 1341–1347.
- González, J. (2015). Psicoterapia: ¿Promesa de bienestar? ¿Sanación de malestar? En T. Zohn, E. N. Gómez & R. Enríquez (coordinadores). *La psicoterapia frente al bienestar*. Guadalajara: ITESO.

- González, M. B. (2013). *Prácticas parentales, bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes* (tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México.
- González, S. (2005). *La salud mental en México*. Director General de los Servicios de Salud Mental, <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm> Consultado el 6/08/17
- Goodwin, E. M. (2010). *Does group positive psychotherapy help improve relationship satisfaction in a stressed and/or anxious population?* (Order No. 3428275, Palo Alto University). ProQuest Dissertations and Theses, 166. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/822195958?accountid=14707>. (822195958)
- Gosnell, C. L. & Gable, S. L. (2013). Attachment and capitalizing on positive events. *Attachment & human development*, 15 (3): 281-302. doi: 10.1080/14616734.2013.782655
- Greve, D. W. (2010). Terapia de grupo Gestalt. En H. Kaplan & B. Sadock, *Terapia de grupos, 6a edición* (pp. 136-149). Madrid: Médica Panamericana.
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., & Steiner, C. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial. *Neurology*, 75 (13): 1141–1149. doi: 10.1212/wnl.0b013e3181f4d80d
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid.
- Guadarrama, L., Escobar, A. & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49 (2): 66-72.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupos. Tipos, modelos y programas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gunnar, M. R., & Fisher, P. A. (2006). Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Development and Psychopathology*, 18(3), 651–677.

- Hammen, C. (2009). Adolescent depression: Stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18: 200–204.
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40 (Supl. 1), 21-45. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500003>
- Heinze, G. & Camacho, P. (2010a). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Heinze, G. & Camacho, P. (2010b). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Held, B. (2004). The Negative Side of Positive Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*. Vol. 44 (1): 9-46. doi: 10.1177/0022167803259645.
- Hernán, S. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40 (Supl.1): 9-20. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de talleres psicoeducativos. Una oportunidad para la prevención en salud mental*. Consultado el 12 de agosto de 2017. Página de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Disponible en: [psicología.academia.cl/documento3.doc](http://psicología.academia.cl/documento3.doc)
- Hewlett, E. & Moran, V. (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5): 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3 (2): 39-77. doi: 10.1111/1529-1006.00008
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136.

- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V. & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1: 1465-1858. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001848>.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2017). *Día mundial de la salud: Depresión. México*. Recuperado el día 1 de noviembre de 2018 de <https://www.gov.mx/imjuve/articulos/dia-mundial-de-la-salud-depresion-102720>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre) (comunicado de prensa núm. 455/19)*. Recuperado del sitio de internet del Instituto Nacional de Estadística y Geografía el día 16 de noviembre de 2019 [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019\\_Nal.docx](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.docx)
- Instituto Nacional de Salud Mental (2009). *Depresión. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos*. Publicación de NIH, num. SP 09 3561. Recuperado el 5 de noviembre de 2018 de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)
- Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E. & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35 (4):284–90.
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Day, A., Clerkin, E. M., Parks, A., Leventhal, A. M., & Brown, R. A. (2014). Positive psychotherapy for smoking cessation: Treatment development, feasibility, and preliminary results. *The Journal of Positive Psychology*, 9, 19–29. doi:10.1080/17439760.2013.826716
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). *Well-Being: The foundations of hedonic psychology*. Nueva York: Russell Sage Foundations.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2010). *Terapia de grupo*. Madrid: Ed. Panamericana.

- Kashdan, T. B., & McKnight, P. E. (2013). Commitment to a purpose in life: An antidote to the suffering by individuals with social anxiety disorder. *Emotion*, 13, 1150–1159.
- Katon, W. J. (2009). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216–226.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento: técnicas y comportamiento*. México: Editorial Interamericana
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74: 5–13
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health and human as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *The Journal of Personality and Social Psychology*, 82: 1007-1022.
- Khan, S., King, A.P., Abelson, J.L, & Liberzon, I. (2009). Neuroendocrinology of anxiety disorders. En M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kirsch, I., Moore, T., Scoboria, A., & Nicholls, S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, 5 (23): 1-11.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Koltko M. (2006). Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. *Review of General Psychology by the American Psychological Association*, 10 (4): 302–317.

- Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M., & Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24, 1123-1132.
- Kutash, I. L. & Wolf, A. (2010). Psicoanálisis de grupos. En H. Kaplan & B. Sadock, *Terapia de grupos, 6a edición* (pp. 136-149). Madrid: Médica Panamericana.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change 5a. ed.*, (pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lapierre, S., Dubé M., Bouffard, L. & Alain, M. Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(1):16–25. doi:10.1027/0227-5910.28.1.16.
- Layous, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The how, why, what, when, and who of happiness: Mechanisms underlying the success of positive interventions. In J. Gruber & J. T. Moskowitz (Eds.), *Positive emotion: Integrating the light sides and dark sides* (pp. 473-495). New York: Oxford University Press.
- Lecomte, J. (2012). Est-il justifié de parler de psychologie positive? *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 93, (1), 21-36. doi:10.3917/cips.093.0021.
- LeDoux, J. E. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York, NY: Penguin Books.
- Lehman A. F., Ward N. C. C., & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139(10):1271-1276.
- Levy, L. & Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Leyva, G., Bustos, A. & Romo, A. M. (2016). Life satisfaction and happiness in Mexico: Correlates and redundancies. En M. Rojas (Ed.) *Handbook of happiness research in Latin America* (pp. 579-611). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Lieb, R., Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4): 445-452.

- Lieberman, M. (2010). Grupos de autoayuda. En H. Kaplan & B. Sadock, *Terapia de grupos, 6a edición* (pp. 321-334). Madrid: Médica Panamericana.
- Locke, E. (2012). Setting goals for life and happiness. . En S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology (2nd ed.)* (pp. 299-312). Nueva York: Oxford University Press.
- Loredo-Figueroa, M., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A., Palomé-Vega, G. & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13 (3): 159-165. doi: 10.1016/j.reu.2016.05.002
- Lorenzo, B. M., Mirabal, G., Rodas, A. & Alfaro, N. (2018). Intervención de enfermería sobre calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Enfermería Investiga*, 3 (1):26-31. doi: 10.29033/ei.v3n1.2018.06
- López y López, L. R., Baca-Córdova, A., Guzmán-Ramírez, P. M., Ángeles-Acuña, A, Ramírez-del Pilar, R., López-González, D. S., Copca-Nieto, D. V., Santillán-Fragoso, W. J., Lagunas-Alvarado, M., Lázaro-Figueroa, J., Reyes-Jiménez, A. E., Alba-Rangel, D.L., Terán-González, J.O., & Castro-D'Franchis, L. J. (2017). Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. *Medicina interna de México*, 33(2): 177-184.
- Lozano, R., Gómez, H., Garrido, F., Jiménez, A., Campuzano, J. C., Franco, F., et al. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Mental*, 55 (6): 580-594.
- Lü, W., Wang, Z., & Liu, Y. (2013). A pilot study on changes of cardiac vagal tone in individuals with low trait positive affect: The effect of positive psychotherapy. *International Journal of Psychophysiology*, 88, 213–217. doi:10.1016/j.ijpsycho.2013.04.012
- Lyubomirsky, S. (2008) *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Urano.
- Lyubomirsky, S. (2014). *Los mitos de la felicidad*. Barcelona: Urano.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131 (6): 803-855, DOI: 10.1037/0033-2909.131.6.803

- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131. DOI: 10.1037/1089-2680.9.2.111
- MacKenzie, K. R. (1992). The Unique Social Climate Experienced in Group Psychotherapy. En, R. Dreikurs, *Classics in Group Psychotherapy* (pp. 95-102). Nueva York: The Guilford Press.
- Márquez-Caraveo, M. E., Arroyo-García, E., Granados-Rojas, A. & Ángeles-Llerenas, A. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 59 (4): 477-484.
- Martela, F. & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11:5, 531-545, DOI: 10.1080/17439760.2015.1137623
- Martin, M., Grunendahl, M., & Martin, P. (2001). Age differences in stress, social resources, and well-being in middle and older age. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56 (B): P214–P222.
- Mayring, P. (2000) Qualitative content analysis. *Forum qualitative social research*, 1 (2): 1-10.
- Mascayano-Tapia, F., Lips-Castro, Walter, Mena-Poblete, C. & Manchego-Souza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38 (1): 53-58.
- McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (1), 98–116. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.1.98>
- Medina-Calvillo, M. A., Gutiérrez-Hernández, C. Y. & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27: 25-30.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J. et al. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders

- in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35 (12):1773-1783
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, B. C. et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental*, 26 (4): 1-16.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025841
- Medina, M. E., Real, T. & Amador, N. (2015). La enfermedad mental en México. En, M. E. Medina, E. J. Sarti & T. Real (Eds.) *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. México: Academia Nacional de Medicina.
- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C. & Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 239–248. doi:10.1080/17439760.2012.677467
- Miller, C. A., & Frisch, M. B. (2009). *Creating your best life: The ultimate life list guide*. New York: Sterling Publishing Company
- Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N., Ortega-Ortega, M. & Natera, G. (2012). *Pero si no estoy loco... Nuevas miradas para entender nuestra Salud Mental*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (2006). Evaluación de la calidad de vida. En Buela-Casal G., Caballo V. & Sierra C (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1044-1070) España: Siglo Veintiuno Editores
- Morrison, J. (2015). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Müller, M. B., Landgraf, R. & Keck, M. E. (2000). Vasopressin, major depression and hypothalamic-pituitary-adrenocortical desensitization. *Biological Psychiatry*, 48: 330-333.
- National Alliance on Mental Illness (2018). *Trastornos de ansiedad*. Recuperado el 14 de noviembre de 2018 de: <https://www.nami.org/Find-Support/Diverse->

Communities/Latino-Mental-Health/La-salud-en-la-comunidad-latina/Trastornos-de-ansiedad

- Nelson, S. K., Layous, K., Cole, S., & Lyubomirsky, S. (2016). Do unto others or treat yourself? The effects of prosocial and self-focused behavior on psychological flourishing. *Emotion*, 16, 850-861. DOI: 10.1037/emo0000178
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva para América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34: 55-74.
- Neupert, S. D., Almeida, D. M., & Charles, S. T. (2007). Age differences in reactivity to daily stressors: The role of personal control. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62 (B): P316–P225.
- Nurmi, J. E. & Salmela-Aro, K. (2006). What Works Makes You Happy: The Role of Personal Goals in Life-Span Development. En M. Csikszentmihalyi & I. Csikszentmihalyi (Eds.) *A life worth living: contributions to positive psychology* (pp. 182-199). Nueva York: Oxford University Press.
- O'Donnell, P. (2000). *La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Ochoa, S. M. (2011). Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México. En J. J., García & F. J., Sales, *Bienestar y calidad de vida en México* (pp. 15-68). México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública / Universidad de Monterrey.
- Oei, T. P. S., & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107 (1-3): 5–21. doi:10.1016/j.jad.2007.07.018
- Olfson, M. & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1456–1463.
- Onwuegbuzie, A. J., & Johnson, R. B. (2006). The validity issue in mixed research. *Research in the Schools*, 13 (1): 48-63.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10)*.

- Washington: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario de Promoción de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Documento básico*, 43ª Edición. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. México: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Pabón, Y., Páez, K. S., Rodríguez, K., Medina, A., López, M., & Salcedo, L. (2015). Calidad de vida en el adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Duazary*, 12 (2): 157-163.
- Parks, A. & Biswas-Diener, R. (2013). Positive Interventions: Past, present and future. En Kashdan, T. & Ciarrochi, J. (Eds.), *Bridging Acceptance and Commitment Therapy and Positive Psychology: A practitioner's guide to a unifying framework*, pp. 140-165.
- Pawelski, J. O. (2011). Questions conceptuelles en psychologie positive. En *Traité de psychologie positive* (pp. 643–657). Bruselas: De Boeck.
- Pawelski, J. (2013). Introduction to philosophical approaches to happiness. En L. Boniwell, S. A. David & A. Conley (Ed.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 247-251). Oxford: Oxford University Press.
- Peng, J. H. (2011). Appreciation of Rollo May: A search for existential sensibilities. *Journal of Humanistic Psychology*, 51 (4): 516-522. doi: 10.1177/0022167811407502
- Pennebaker, J. W. (1994). *El arte de confiar en los demás*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez, M. (2012). La Psicología Positiva: Magia simpática. *Papeles del psicólogo*, Vol. 33 (3), pp. 183-201.

- Peterson, B. E. (2002). Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles, and caregiving. *Psychology and Aging*, 17: 161–168.
- Peterson, C. (2006a). *A primer in positive psychology*. Nueva York, Oxford University Press.
- Peterson, C. (2006b). The values in action VIA classification of strengths. En M. Csikszentmihalyi & I. Csikszentmihalyi (Eds.), *A life worth living: Contributions to positive psychology* (pp. 29–48). Oxford: New York, NY.
- Peterson, C. & Park, N. (2003). Positive psychology as the evenhanded positive psychologist views it. *Psychological Inquiry*, 14(2), 143–147. doi: <http://doi.org/10.1002/asi.5090140103>
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pezzano, G. (2001). Rogers, su pensamiento profesional y su filosofía personal. *Psicología desde el Caribe*, 7 (enero-julio): pp. 60-69.
- Pla, I., Adam, A. & Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental*, 9 (46): 20-28.
- Puig, M., Sabater, P. & Rodríguez, N. (2012). Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social. *Revista de Ciencias Sociales*, 54 (julio-septiembre): pp. 1-12.
- Qian, Z. (2009). Mate selection. En D. Carr (Ed.), *Encyclopedia of the life course and human development*. Boston: Gale Cengage.
- Rachmandani, P. & Stein, A. (2003). The impact of parental psychiatric disorder on children. *British Medical Journal*, 327 (7409): 242-243.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40.
- Rashid, T. & Seligman, M. E. P. (2013). Positive Psychotherapy. En D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 461–498). Belmont, CA: Cengage.
- Rashid, T., Anjum, A., Quinlin, D., Niemiec, R., Mayerson, D., & Kazemi, F. (2013). Assessment of positive traits in children and adolescents. In A. Linley & C. Proctor

(Eds.), *Research, applications and interventions for children and adolescents: A positive psychology perspective* (pp. 81–116). Amsterdam: Springer.

Rashid, T., Uliaszek, A., Stevanovski, S., Gulamani, T., & Kazemi, F. (2013). *Comparing effectiveness of positive psychotherapy (PPT) with dialectical behavior therapy (DBT): Results of a randomized clinical trial*. Poster presentado en el Tercer Congreso Internacional de Psicología Positiva en Los Ángeles, California. Recuperado de: <http://www.tayyabrashid.com/site/page?view=ppt> el 10 de agosto de 2017.

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1171–1178.

Rapp, C. A. & Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities (2a Ed.)*. Nueva York: Oxford.

Requena, E. (2010). Trastornos del estado del ánimo. En A. Jarne & A. Talam (Comps.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 495-528). Barcelona: Herder.

Rieker, P. P., & Bird, C. E. (2005). Rethinking gender differences in health: Why we need to integrate social and biological perspectives. *Journal of Gerontology*, 60: S40–S47.

Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe.

Rodríguez-Marín, J., Cañadas, I., García, J. A. & Mira, J. J. (2007). El diseño de un programa de intervención. En A. Blanco & J. Rodríguez-Marín (Coord.), *Intervención psicosocial* (pp. 46-74). Madrid: Pearson Educación.

Rogers, C. R. (1973). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.

Roldan, G. M., Salazar, I. C., Garrido, L. & Cuevas-Toro, A. M. (2015). Intervención psicológica grupal, basada en la aceptación y el entrenamiento en comunicación, con familiares de personas con trastorno mental grave. *Anales de Psicología*, 31 (3): 759-772.

Rosenberg, T. & Pace, M. (2006). Burnout among mental health professionals: Special considerations for the marriage and family therapist. *Journal of marital and family therapy*, 32, 87–99.

- Rose, S. (2010). Terapia de grupo cognitivo-conductual. *Terapia de grupo, 6a edición* (pp. 224-233). Madrid: Médica Panamericana.
- Rosenbaum, M. (2010). Terapia de grupo con abordaje Humanista-Existencial. En H. Kaplan & B. Sadock, *Terapia de grupo, 6a edición* (pp. 258-267). Madrid: Médica Panamericana.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychological*, 52: 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35 (4), 1103-1119. doi: 10.1016/j.ssresearch.2006.01.002
- Sacks, J. M. (2010). Psicodrama. En H. Kaplan & B. Sadock, *Terapia de grupo, 6a edición* (pp. 234-249). Madrid: Médica Panamericana.
- Salas, E. & Glickman, A. S. (1990). Comportamiento organizacional, teoría de sistemas sociotécnicos y calidad de vida laboral: una experiencia peruana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22: 69-82.
- Sandoval, J. M. & Richard, M. P. (2004). *La Salud Mental en México*. México: Cámara de Diputados, LIX Legislatura, Servicio de investigación y análisis de la División de Política Social.
- Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J., García-Avilés, M., León-Álvarez, G., Quezada-Bolaños, S. & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45 (1) suplemento: S140-S152.
- Santrock, J. W. (2010). *Life-span development, 13th edition*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sarmiento, S. & Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21 (1): 25-30.
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation

- Schalock, R.L., Gardner, J.F. & Bradley, V.J. (2007). *Quality of Life. For People with Intellectual and Other Developmental Disabilities. Applications across Individuals, Organizations, Communities, and Systems*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21.
- Secretaría de Salud (2005). *Comunicado de prensa 422, del 16 de agosto de 2005*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2010). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2013). *Programa de Acción Específico en Salud Mental, 2013-2018*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2016). *Conductas agresivas, tristeza permanente y aislamiento: puede ser depresión*. México. Recuperado el 1 de noviembre de 2018, de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conductas-agresivas-tristeza-permanente-y-aislamiento-puede-ser-depresion?idiom=es>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Kalam, E., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B., Posada-Villa, J., Sampson, N., Williams, D. & Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 785–795. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36
- Seligman, M. E. P. (2006). *La auténtica felicidad*. México: Zeta de Bolsillo.
- Seligman, M. E. (2014). *Aprenda optimismo: haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial España.
- Seligman, M. E. P. (2016). *Florecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Océano exprés.

- Seligman, M. E. P., Parks, A. C., & Steen, T. (2005). A balanced psychology and a full life. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne, *The science of well-being* (pp. 275-283). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Seligman, M. E., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60: 410-421.
- Serido, J. (2009). Life events. En D. Carr (Ed.), *Encyclopedia of the life course and human development*. Boston: Gale Cengage.
- Sheridan, S. M., Sjuts, T. M., & Coutts, M. J. (2013). Understanding and Promoting the Development of Resilience in Families. In S. Goldstein, & R. B. Brooks, (Ed.) *Handbook of Resilience in Children* (pp. 143-160). Springer
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26. doi:10.1186/1472-6963-10-26.
- Souzá, M. & Cruz, D. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina*, 53 (6): 17-23.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., Novy, D. M., Averill, P. M., Swann, A. C., Diefenbach, G. J., et al (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 309–319.
- Steger, M. (2012). Meaning in life. En S. Lopez, & R. Snyder (eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology*, (2nd ed.) (pp. 679-687). New York: Oxford University Press.
- Steger, M. F., Hicks, B. M., Krueger, R. F., & Bouchard, T. J. (2011). Genetic and environmental influences and covariance among meaning in life, religiousness, and spirituality. *The Journal of Positive Psychology*, 6, 181–191.
- Stein, M., Schork, N. & Gelernter, J. (2008) Gene-by-Environment (Serotonin Transporter and Childhood Maltreatment) Interaction for Anxiety Sensitivity, an Intermediate Phenotype for Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*, 33, 312–319. doi:10.1038/sj.npp.1301422

- Stone, W. N. (1990). On Affects in Group Psychotherapy. En, B. Roth, W. N. Stone & H. D. Kibel (Comps.), *The Difficult Patient in Group* (pp. 191-213). Connecticut: International Universities Press.
- Suárez, L., Bennett, S., Goldstein, C. & Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a “triple vulnerabilities” framework. En M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153–172). New York: Oxford.
- Talarn, A. (2009). Trastornos de ansiedad. En A. Jarne & A. Talarn (Comps.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 233-267). Barcelona: Herder.
- Tarragona, M. (2006). Las Terapias Posmodernas: Una breve introducción a la Terapia Colaborativa, la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones. *Psicología Conductual*, 14 (3): 511-532.
- Tarragona, M. (2010). Psicología positiva y psicoterapia. En A. Castro (Comp.), *Fundamentos de Psicología Positiva* (pp. 183-206). Buenos Aires: Paidós.
- Tarragona, M. (2011). Psicología Positiva y Terapias Constructivistas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31 (1): 115-125.
- Tarragona, M. (2014). *Tu mejor tú. Cómo la psicología positiva te enseña a subrayar las experiencias que fortalecen tu identidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Tarragona, M. (2016). El estudio científico del bienestar psicológico. En J. C. Gaxiola y J. Palomar (coords.), *El Bienestar Psicológico: Una mirada desde Latinoamérica* (pp. 11-30). Sonora: Universidad de Sonora/Qartuppi.
- Teva, I., Paz, M., Hernández-Quero, J. & Buela-Casal, G. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por VIH. *Psicología y Salud*, 14 (2): 229-235.
- The WHOQOL Group, (1995) The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41: 1403 – 1409.
- Thimm, J.C. & Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry*, 14 (292): 1-9. doi: 10.1186/s12888-014-0292-x

- Tucker, M., & Oei, T. P. S. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1): 77–91. doi: 10.1017/S1352465806003134
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21 (julio-diciembre): 76-86.
- Uribe, J. (2010). Voluntad y representación en Arthur Schopenhauer y su influencia sobre la obra de Sigmund Freud. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, 9 (34): 95-106.
- Urzúa, A. & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1): 61-71. doi: 10.4067/S0718-48082012000100006
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Vaimberg, R. (2012). *Psicoterapia de grupo. Psicoterapia de grupo online. Teoría, técnica e investigación*. Barcelona: Octaedro.
- Valdez-Huirache, M. G., & Álvarez-Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*, 17 (2): 113-121. doi: 10.19136/hs.a17n2.1988
- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del psicólogo*. Vol. 34 (2): 91-115.
- Vázquez, C. (2014). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (coords.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva* (pp. 6-26). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, F. L. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14: 516-522.
- Vallejo, A., Osorno, R. & Mazadiego, T. (2008). Sintomatología depresiva medida con las CES-D en adolescentes al norte de Veracruz. En P. Andrade, J. L. Cañas & D. Betancourt (Eds.), *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 45-70). México: Colección Montebello. UNICACH y UNAM.

- Veenhoven, R. (2005). Lo que sabemos de la felicidad. En: L. Garduño, B. Salinas & M. Rojas (Coords.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (pp. 17-55). México: Plaza y Valdés.
- Vera, A. & Covarrubias, G. (2005). *Reflexiones sobre la Psicoterapia en México y la suplantación profesional*. México: Ludoterapia Autocreadora, A. C.
- Véliz, A. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*, 11 (2): 143-163. doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-196.
- Verdugo, M. A. (2000) *PVD. Programa de Habilidades de la Vida Diaria. (Programas Conductuales Alternativos)*. Amarú: Salamanca.
- Verdugo, M. & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25 (4): 68-77.
- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L. & Schalock, R. L. (2009). *Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida*. Barcelona: Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6 (1): 123-136.
- Vinogradov, S. (1996) ¿Qué es la Psicoterapia? En, I. Yalom, *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. España: Editorial Paidós
- Virgen, R., Lara, A. C., Morales, G. & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Red Digital Universitaria, DGSCA, UNAM*, 6 (11): 1-11.
- Vos, T., Corry, J., Haby, M. M., Carter, R. & Andrews, G. (2005). Cost-effectiveness of CBT and drug interventions for major depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39: 683–692.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35 (1): 3-11.

- Warren, M. A., Donaldson, S. I., & Lee, J. Y. (2018). Applying positive psychology to advance relationship science. In M. A. Warren & S. I. Donaldson (Eds.), *Positive psychology of relationships: New directions in theory and research* (pp. 9-34). Santa Barbara, CA: Praeger.
- Watkins, C. E. (2010). The hope, promise, and possibility of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 195–201. doi:10.1007/s10879-010-9149-x
- Watson, D. & Naragon, K. (2012). Positive Affectivity. The disposition to experience pleasurable emotional states. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (2nd ed.) (pp. 106-119). Nueva York: Oxford University Press.
- Weiner, R. D. & Krystal, A. D. (2001). Electroconvulsive therapy. En G. O. Gabbard (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders* (pp. 1267–1293). Washington: American Psychiatric Press.
- Weinstein, T. (2015). *The 5 Aspects of Life That Contribute to True Happiness. A new model for well-being teaches that how you nurture body, heart, and spirit is just as important as what goes on in your head.* Recuperado de <http://www.sonima.com/meditation/true-happiness/>
- Whelan, D. C. & Zelenski, J. M. (2011). Experimental Evidence That Positive Moods Cause Sociability. *Social Psychology and Personality Science*, 3 (4): 430-437 DOI: 10.1177/1948550611425194
- White, M. (2016). *Mapas de la Terapia Narrativa*. Chile y México: Pranas.
- Whitfield, G. (2010). Group cognitive–behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16 (3): 219–227. doi: 10.1192/apt.bp.108.005744
- Wiersma, D., Jenner, J. A., Nienhuis, F. J., Stant, D. & van de Willige, G. (2004). Improvement of quality of life of schizophrenia patients with persistent auditory hallucinations by means of integrated treatment: is it cost-effective? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (421, suppl.): 58-69.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67 (4): 294-306.

- Wong, P. T. P. (2014). Viktor Frankl's meaning seeking model and positive psychology. En A. Batthyany & P. RussoNetzer (Eds.), *Meaning in existential and positive psychology* (pp. 149-184). Nueva York: Springer.
- Wood, A. M. & TARRIER, N. (2010). Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829.
- Xing, G., Zhang, L., Russell, S., & Post, R. (2006). Reduction of dopamine-related transcription factors Nurr1 and NGFI-B in the prefrontal cortex in schizophrenia and bipolar disorders. *Schizophrenia Research*, 84, 36–56.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Zueck, M. C., Blanco, H., Ornelas, M. & Peinado, J. E. (2015). Estudio de calidad de vida desde la perspectiva del factor laboral, en docentes de educación física contexto Chihuahua. *Revista Material Didáctico Innovador, Nuevas tecnologías educativas*, 11 (1): 9-15.

# Anexos

# **Anexo A.**

# **Instrumentos de**

# **evaluación**



## HOJA DE DATOS GENERALES



**Fecha:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_

**Brevemente compártanos porqué le interesó asistir a este taller:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)



### INSTRUCCIONES

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones, por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente elija una oración de cada grupo que describa mejor la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y procure contestar de forma veraz y sincera.

<p><b>Tristeza</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me siento triste.</li> <li>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</li> <li>2. Me siento triste todo el tiempo.</li> <li>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</li> </ol>	<p><b>Sentimientos de castigo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No siento que este siendo castigado(a).</li> <li>1. Me siento como si fuese a ser castigado(a).</li> <li>2. Espero ser castigado(a).</li> <li>3. Siento que estoy siendo castigado(a).</li> </ol>
<p><b>Pesimismo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. En general no me siento desalentado(a) por el futuro.</li> <li>1. Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.</li> <li>2. No espero que las cosas funcionen para mí.</li> <li>3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</li> </ol>	<p><b>Disconformidad con uno mismo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Siento acerca de mi lo mismo que siempre.</li> <li>1. He perdido la confianza en mí mismo(a).</li> <li>2. Estoy decepcionado(a) conmigo mismo(a).</li> <li>3. No me gusto a mí mismo.</li> </ol>
<p><b>Fracaso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me siento como un fracasado(a).</li> <li>1. He fracasado más que la mayoría de las personas.</li> <li>2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.</li> <li>3. Siento que como persona soy un fracaso total.</li> </ol>	<p><b>Autocrítica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual</li> <li>1. Estoy más crítico conmigo mismo(a) de lo que solía estarlo</li> <li>2. Me critico a mí mismo(a) por todos mis errores</li> <li>3. Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que sucede.</li> </ol>

<p><b>Pérdida de placer</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</li> <li>1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</li> <li>2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</li> <li>3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</li> </ol>	<p><b>Pensamientos o deseos suicidas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</li> <li>1. A veces pienso en matarme, pero no lo haría</li> <li>2. Desearía matarme</li> <li>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</li> </ol>
<p><b>Sentimientos de culpa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me siento particularmente culpable.</li> <li>1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</li> <li>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</li> <li>3. Me siento culpable todo el tiempo.</li> </ol>	<p><b>Llanto</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</li> <li>1. Lloro más de lo que solía hacerlo.</li> <li>2. Lloro continuamente.</li> <li>3. Siento ganas de llorar pero no puedo.</li> </ol>
<p><b>Agitación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.</li> <li>1. Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.</li> <li>2. Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto</li> <li>3. Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</li> </ol>	<p><b>Irritabilidad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No estoy más irritable de lo normal en mí.</li> <li>1. Estoy más irritable que lo habitual.</li> <li>2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.</li> <li>3. Estoy irritable todo el tiempo.</li> </ol>
<p><b>Pérdida de interés</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No he perdido el interés en actividades o personas.</li> <li>1. Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.</li> <li>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</li> <li>3. Me es difícil interesarme por algo.</li> </ol>	<p><b>Cambios en el apetito</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</li> <li>1. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</li> <li>2. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</li> <li>3. Mi apetito es mucho menor que antes.</li> <li>4. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</li> <li>5. No tengo apetito en absoluto.</li> <li>6. Quiero comer todo el día.</li> </ol>

<p><b>Indecisión</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</li> <li>1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</li> <li>2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</li> <li>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</li> </ol>	<p><b>Dificultad de concentración</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</li> <li>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</li> <li>2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</li> <li>3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</li> </ol>
<p><b>Desvalorización</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No siento que yo no sea valioso(a).</li> <li>1. No me considero a mí mismo(a) tan valioso(a) y útil como solía considerarme</li> <li>2. Me siento menos valioso(a) cuando me comparo con otros.</li> <li>3. Siento que no valgo nada.</li> </ol>	<p><b>Cansancio o fatiga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.</li> <li>1. Me fatigo(a) o me canso(a) más fácilmente que lo habitual.</li> <li>2. Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</li> <li>3. Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</li> </ol>
<p><b>Pérdida de energía</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tengo tanta energía como siempre.</li> <li>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</li> <li>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiadas actividades.</li> <li>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</li> </ol>	<p><b>Pérdida de interés en el sexo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</li> <li>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</li> <li>2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.</li> <li>3. He perdido completamente el interés en el sexo.</li> </ol>
<p><b>Cambios en los hábitos de sueño</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</li> <li>1. Duermo un poco más que lo habitual.</li> <li>2. Duermo un poco menos que lo habitual.</li> <li>3. Duermo mucho más que lo habitual.</li> <li>4. Duermo mucho menos que lo habitual.</li> <li>5. Duermo la mayor parte del día.</li> <li>6. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</li> </ol>	



## INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK-A



### INSTRUCCIONES

En este cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los síntomas atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy. Marque con una cruz (X) según la intensidad de la molestia.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y procure contestar de forma veraz y sincera.

SÍNTOMAS	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Gravemente
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Temblor en las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inseguridad				
Sentirse atemorizado o asustado				
Nervioso				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Inquietud				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				

<b>SÍNTOMAS</b>	<b>Poco o nada</b>	<b>Más o menos</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Gravemente</b>
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Rubor fácil, sonrojamiento				
Sudoración (no debida al calor)				



**GENCAT. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA**



**INSTRUCCIONES**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de usted. Por favor, marque con una cruz (X) la opción de respuesta que MEJOR le describa a usted y no deje ninguna cuestión en blanco.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y procure contestar de forma veraz y sincera.

	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Frecuente-mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
1. Me siento satisfecho con mi vida presente.				
2. Tengo síntomas de depresión.				
3. Estoy alegre y de buen humor.				
4. Tengo sentimientos de incapacidad o inseguridad.				
5. Tengo síntomas de ansiedad.				
6. Estoy satisfecho conmigo mismo(a).				
7. Tengo problemas de comportamiento.				
8. Me siento motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad				
9. Realizo actividades que me gustan con otras personas				
10. Mantengo con mi familia la relación que deseo.				
11. Me quejo de la falta de amigos estables.				
12. Valoro negativamente mis relaciones de amistad.				
13. Me siento poco valorado por mi familia.				

	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
14. Tengo dificultades para iniciar una relación de pareja.				
15. Tengo una buena relación con mis compañeros de trabajo.				
16. Me siento querido por las personas importantes para mí.				
17. La mayoría de las personas con las que interactúo tienen una condición similar a la mía.				
18. Tengo una vida sexual satisfactoria.				
19. El lugar donde vivo me impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad, etcétera).				
20. El lugar donde trabajo cumple con las normas de seguridad.				
21. Dispongo de los bienes materiales que necesito.				
22. Me siento descontento con el lugar donde vivo.				
23. El lugar donde vivo está limpio.				
24. Dispongo de los recursos económicos necesarios para cubrir mis necesidades básicas.				
25. Mis ingresos son insuficientes para permitirme acceder a caprichos o gustos.				
26. El lugar donde vivo está adaptado para mis necesidades.				
27. Tengo dificultades para adaptarme a las situaciones que se me presentan.				
28. Tengo acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono celular, etcétera).				

	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Frecuente-mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
29. El trabajo que desempeño me permite el aprendizaje de nuevas habilidades.				
30. Tengo dificultades para resolver con eficacia los problemas que se me plantean.				
31. Desarrollo mi trabajo de manera competente y responsable.				
32. Los servicios públicos a los que acudo toman en consideración mi desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.				
33. Participo en la elaboración de mis metas o actividades para desarrollarme personalmente				
34. Me muestro desmotivado en mi trabajo o actividades.				
35. Tengo problemas de sueño.				
36. Dispongo de ayudas técnicas (médicos, enfermeras, odontólogos, etcétera) si las necesito				
37. Mis hábitos de alimentación son saludables.				
38. Mi estado de salud me permite llevar una vida normal.				
39. Tengo un buen aseo personal.				
40. En el servicio médico al que acudo se supervisa la medicación que tomo.				
41. Mis problemas de salud me producen dolor y malestar.				
42. Tengo dificultad de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etcétera).				
43. Tengo metas, objetivos e intereses personales.				

	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
44. Elijo como pasar mi tiempo libre.				
45. En los servicios públicos a los que acudo toman en cuenta mis preferencias y deseos.				
46. Defiendo mis ideas y opiniones				
47. Otras personas deciden sobre mi vida personal.				
48. Otras personas deciden cómo gastar mi dinero.				
49. Otras personas deciden a la hora a la que me acuesto.				
50. Organizo mi propia vida.				
51. Elijo con quien vivir.				
52. Utilizo entornos comunitarios (cines, teatros, museos, bibliotecas, etcétera).				
53. Mi familia me apoya cuando lo necesito.				
54. Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan sentirme parte de mi comunidad.				
55. Carezco de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de mi comunidad.				
56. Mis amigos me apoyan cuando lo necesito				
57. A los servicios públicos a los que acudo fomentan mi participación en diversas actividades en mi comunidad				
58. Mis amigos son muy limitados.				
59. Soy rechazado o discriminado.				
60. Mi familia vulnera mi intimidad (lee mi correspondencia, entra sin llamar a mi puerta, etcétera)				

	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
61. En mi entorno soy tratado con respeto.				
62. Dispongo de información sobre mis derechos fundamentales como ciudadano.				
63. Muestro dificultades para defender mis derechos cuando éstos son violados.				
64. En los servicios públicos a los que acudo se respeta mi intimidad.				
65. En los servicios públicos a los que acudo se respetan mis posesiones y derecho a mi propiedad.				
66. Tengo limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto mis creencias, valores, etcétera).				
67. En los servicios públicos a los que acudo se respetan y defienden mis derechos (confidencialidad, información sobre derechos como usuario, etcétera).				
68. Los servicios públicos respetan la privacidad de la información.				
69. Sufro de situaciones de explotación, abuso o violencia.				



## ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF



### INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas al bienestar. Por favor, marque con una cruz (X) la opción de respuesta que MEJOR le describa a usted y no deje ninguna cuestión en blanco.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y procure contestar de forma veraz y sincera.

	Completa- mente de acuerdo	De acuerdo	Parcial- mente de acuerdo	Parcial- mente en desacuerdo	En desacuerdo	Completa- mente en desacuerdo
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2. A menudo me siento solo(a) porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						

	<b>Completa- mente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Parcial- mente de acuerdo</b>	<b>Parcial- mente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Completa- mente en desacuerdo</b>
<b>5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.</b>						
<b>6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.</b>						
<b>7. En general, me siento seguro(a) y positivo(a) conmigo mismo(a).</b>						
<b>8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.</b>						
<b>9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.</b>						
<b>10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.</b>						
<b>11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.</b>						
<b>12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.</b>						
<b>13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.</b>						
<b>14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.</b>						

	<b>Completa- mente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Parcial- mente de acuerdo</b>	<b>Parcial- mente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Completa- mente en desacuerdo</b>
<b>15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.</b>						
<b>16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.</b>						
<b>17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.</b>						
<b>18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.</b>						
<b>19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.</b>						
<b>20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.</b>						
<b>21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.</b>						
<b>22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.</b>						
<b>23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.</b>						
<b>24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.</b>						

	<b>Completa- mente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Parcial- mente de acuerdo</b>	<b>Parcial- mente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Completa- mente en desacuerdo</b>
<b>25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.</b>						
<b>26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.</b>						
<b>27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.</b>						
<b>28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.</b>						
<b>29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.</b>						
<b>30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.</b>						
<b>31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.</b>						
<b>32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.</b>						
<b>33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.</b>						
<b>34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.</b>						

	<b>Completa- mente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Parcial- mente de acuerdo</b>	<b>Parcial- mente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Completa- mente en desacuerdo</b>
<b>35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.</b>						
<b>36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.</b>						
<b>37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.</b>						
<b>38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.</b>						
<b>39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.</b>						



## EVALUACIÓN FINAL DEL TALLER



**Fecha:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Brevemente compártanos qué ha sido lo más importante, en su experiencia, que ha tenido el taller:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Ha habido cambios en su vida desde que toma el taller? ¿Cuáles?:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Si tuviera que comprometerse con hacer alguna de las actividades que se han revisado en el taller, ¿Cuál sería?:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Brevemente, compártanos, qué se lleva del taller:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Finalmente, si tiene algunos comentarios finales, compártanos sus ideas en las siguientes líneas:**

---

---

---

---

---

---

---

---

# **Anexo B.**

# **Cartas**

# **descriptivas**



**CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** "Claves para una felicidad duradera"  
 \_\_\_\_\_

**ELABORADO POR:** Nicolás Armando Torres y Torres  
 \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE ACADÉMICO:** Mtra. Karina Torres Maldonado  
 \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE SESIONES:** 8  
 \_\_\_\_\_

**FECHAS:** 13 de abril de 2018  
 \_\_\_\_\_

**OBJETIVO GENERAL:** Examinar los elementos que componen el bienestar psicológico subjetivo y discutir, a partir de la reflexión grupal, la pertinencia de estos elementos en las vidas de los participantes y utilizar algunas intervenciones positivas que puedan focalizar y cultivar aspectos positivos en las vidas de los participantes.  
 \_\_\_\_\_

**SESIÓN:** 1/8  
 \_\_\_\_\_

**OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Generar un ambiente de cooperación e integración al interior del grupo. Dar a conocer los objetivos y la forma de trabajo del taller. Evaluar de forma inicial al grupo al realizar las pruebas. Exponer al grupo el concepto de bienestar psicológico, sus componentes y su influencia sobre la salud mental.  
 \_\_\_\_\_

Tema	Objetivo	Actividades/Técnicas didácticas	Descripción/Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida. Presentación del grupo y encuadre del taller.	Conocimiento e integración del equipo de trabajo  Conocimiento de las expectativas sobre el	Presentación	El facilitador se presentará ante los participantes y pedirá que los participantes se presenten y dediquen un tiempo breve a mencionar sus expectativas sobre el taller.	Gafetes  Plumones	20 minutos

	<p>taller por parte de los participantes.</p> <p>Dar a conocer los temas que se tratarán en el taller y los logros que se piensan conseguir.</p>				
<p>Aplicación de instrumentos de evaluación y llenado de formatos de ingreso al Centro</p>	<p>Evaluar la depresión, ansiedad y calidad de vida percibidas por los participantes.</p>	<p>Aplicación de instrumentos de evaluación</p>	<p>El facilitador explicará a los participantes la importancia de la aplicación de los instrumentos de evaluación y se aclarará en todo momento los términos y aspectos de la evaluación. Se llenarán los documentos de ingreso al Centro Comunitario, junto con el consentimiento informado.</p>	<p>Instrumentos de evaluación: Inventario de Depresión de Beck-II (Beck-D), Inventario de ansiedad de Beck (Beck-A) y Escala Gencat de calidad de vida.</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Exposición: Bienestar psicológico</p>	<p>Realizar una breve exposición acerca de los componentes del bienestar psicológico y la influencia que tiene la falta de recursos positivos o la disminución de estos sobre los problemas de la depresión y la ansiedad</p>	<p>Exposición</p> <p>Preguntas dirigidas</p> <p>Preguntas para evaluar las concepciones de los participantes</p>	<p>El facilitador expondrá a los participantes la importancia del bienestar psicológico en la salud mental y el enfoque central de la psicoterapia positiva: el malestar psicológico es el resultado de la falta o disminución de recursos positivos.</p> <p>Se introducirá a los participantes a los componentes del bienestar psicológico y que serán los temas de las siguientes sesiones: emociones positivas, involucramiento, relaciones interpersonales, significado y metas alcanzadas.</p> <p>Se mostrará a los participantes la influencia de diversos factores sobre el bienestar psicológico.</p>	<p>Rotafolio</p> <p>Presentación</p> <p>Marcadores</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Ejercicio: Introducción positiva</p>	<p>A través de un relato personal, los participantes identificarán los recursos positivos que se</p>	<p>Ejercicio: Introducción positiva</p>	<p>Se solicitará a los participantes que escriban en una página sobre una historia de su vida real en la que se haya observado lo mejor de ellos y que haya terminado en forma</p>	<p>Hojas para el ejercicio</p>	<p>20 minutos</p>

	encuentran en el relato para estimar su influencia en un desenlace adecuado		positivo y no trágicamente. Se puede alentar a los participantes a través de una historia previamente seleccionada y que no sea una exageración de los aspectos positivos.		
Discusión y reflexión grupal	El grupo discutirá y reflexionará sobre lo visto en la sesión, se harán precisiones y se resolverán dudas particulares que incumban al grupo en general	Reflexión Discusión Preguntas dirigidas	Se solicitará a los participantes que comenten lo realizado en el ejercicio anterior y se realizarán precisiones sobre los recursos positivos que encontraron en su relato. Se identificarán los componentes del bienestar psicológico y se focalizarán los recursos personales. Se realizarán preguntas para confirmar el conocimiento adquirido por los participantes.	Ninguno	20 minutos
Cierre	El facilitador realizará una recapitulación de lo visto durante la sesión e invitará a los participantes a acudir a la siguiente sesión.	Resumen de la sesión	Se realizará el cierre de la sesión de trabajo retomando los aspectos relevantes revisados durante la sesión, el ejercicio realizado y se cerrará con la invitación para asistir a la siguiente sesión.	Ninguno	5 minutos



**CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN**

Analizar el papel de las emociones positivas en el bienestar psicológico. Plantear a los participantes las herramientas del perdón y la gratitud como transformadoras de emociones negativas como el rencor y el enojo y como cultivadoras de emociones positivas.

**SESIÓN:** 2/8

**OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** \_\_\_\_\_

<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades/Técnicas didácticas</b>	<b>Descripción/Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Dinámica de entrada y recapitulación de las sesión anterior	Realizar una actividad breve que busca la activación del grupo y la orientación de la atención y los recursos cognoscitivos a la tarea que será tratada durante la sesión. Permite contextualizar y recapitular los contenidos vistos con anterioridad.	Dinámica: recordando los nombres de los miembros del grupo.  Recordando lo visto en la sesión anterior	Los miembros del grupo irán recordando los nombres de los participantes del grupo uno a uno antes de colocarse los gafetes.  Mediante una lluvia de ideas, los participantes nombrarán los conceptos que recuerden haber visto la sesión anterior	Ninguno	10 minutos
Exposición: Las emociones positivas	Introducir a los participantes la importancia de las emociones positivas en el estado de ánimo y el bienestar psicológico; haciendo hincapié en su rol complementario con las emociones negativas.	Exposición	El facilitador expondrá al grupo los conceptos de emociones positivas y emociones negativas y subrayará el papel de las emociones positivas en el bienestar psicológico y el estado de ánimo.  El facilitador introducirá al grupo los distintos tipos de emociones positivas y describirá a qué se refieren.	Rotafolio	20 minutos

			Establecerá la diferencia entre las sensaciones placenteras y la satisfacción.		
Ejercicio 1: Identificación de las emociones positivas	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 1: Identificación de las emociones positivas	En un ejercicio buscapalabras, los participantes tendrán que ubicar las diez emociones positivas expuestas por el facilitador.	Ejercicio: buscapalabras de las emociones positivas	5 minutos
Exposición: El perdón y la gratitud	Introducir a los participantes la importancia del perdón y la gratitud como fuentes de emociones positivas útiles para el bienestar psicológico.	Exposición Preguntas dirigidas Preguntas reflexivas	El facilitador expondrá la importancia de los recuerdos o memorias en la generación de emociones positivas o negativas en la cotidianidad. Se subrayará la importancia que tienen los recuerdos, tanto agradables como desagradables en la perpetuación de emociones negativas o positivas. Se introducirá a los participantes la importancia del perdón y la gratitud como herramientas para transformar emociones negativas y cultivar emociones positivas o neutrales.	Rotafolio	15 minutos
Ejercicio 2: Ejercicio del perdón	Introducir a los participantes al perdón como herramienta de transformación de emociones negativas.	Ejercicio 2: Ejercicio del perdón	Los participantes describirán en una carta, una transgresión, las emociones relacionadas al evento y el compromiso de perdón para el transgresor. La carta no necesariamente se entregará, por lo que se aclarará esto al grupo.	Ejercicio del perdón	20 minutos
Discusión y reflexión grupal	El grupo discutirá y reflexionará sobre lo visto en la sesión, se harán precisiones y se resolverán dudas particulares que incumban al grupo en general	Reflexión Discusión Preguntas dirigidas	Se solicitará a los participantes que comenten lo realizado en el ejercicio anterior y se realizarán precisiones sobre los recursos positivos que encontraron en su relato. Se identificarán las emociones positivas de alto impacto y se discutirán los beneficios de practicar el perdón y la gratitud.	Ninguno	20 minutos

<p>Cierre y ejercicio para llevar a casa</p>	<p>El facilitador realizará una recapitulación de lo visto durante la sesión, dejará un ejercicio para llevar a casa e invitará a los participantes a acudir a la siguiente sesión.</p>	<p>Resumen de la sesión</p>	<p>Se realizará el cierre de la sesión de trabajo retomando los aspectos relevantes revisados durante la sesión y el ejercicio realizado. Se señalarán los puntos sobresalientes que los participantes discutieron o mencionaron durante la discusión grupal. Se dejará el ejercicio de la carta de gratitud para llevar a casa: se trata de escribir una carta agradeciendo a alguien que no se le ha agradecido apropiadamente. Se cerrará con la invitación para asistir a la siguiente sesión.</p>	<p>Ejercicio: Carta de gratitud</p>	<p>10 minutos</p>
--	---	-----------------------------	--	-------------------------------------	-------------------



**CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN**

**SESIÓN:** \_\_\_\_\_ **3/8**

**OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Analizar el papel del involucramiento en el bienestar psicológico.

<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades/Técnicas didácticas</b>	<b>Descripción/Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Dinámica de entrada y recapitulación de las sesión anterior	Realizar una actividad breve que busca la activación del grupo y la orientación de la atención y los recursos cognoscitivos a la tarea que será tratada durante la sesión. Permite contextualizar y recapitular los contenidos vistos con anterioridad.	Dinámica: Revisión de la tarea para casa.  Recapitulación de los temas revisados la sesión anterior.	El facilitador dará la bienvenida al grupo y les pedirá que realicen una lluvia de ideas sobre los temas revisados la sesión anterior. Posteriormente dará paso a revisar la experiencia de los participantes con el ejercicio dejado entre las sesiones.	Ninguno	10 minutos
Exposición: El involucramiento.	Introducir a los participantes la importancia del involucramiento y de las experiencias óptimas en el desarrollo del bienestar psicológico.	Exposición	El facilitador expondrá al grupo el concepto de involucramiento; haciendo énfasis en que son actividades que pueden ser cotidianas y no extraordinarias. Se introducirá al grupo los componentes de las actividades involucradas: metas, retroalimentación, habilidad, reto, concentración profunda, percepción distorsionada del tiempo y control sin esfuerzo aparente.	Rotafolio	20 minutos

Ejercicio 1: Identificación de actividades involucradas	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 1: Identificación de actividades involucradas	En un ejercicio por escrito, los participantes narrarán y describirán con detalle una actividad en la que hayan experimentado el involucramiento. A partir de esta narración identificarán los componentes del involucramiento.	Ejercicio: Identificación de actividades involucradas	15 minutos
Exposición: Las fortalezas del carácter	Introducir a los participantes el concepto de fortalezas de carácter y su papel en las actividades involucradas.	Exposición Preguntas dirigidas Preguntas reflexivas	El facilitador expondrá el concepto de fortalezas del carácter y cómo al utilizarlas favorecemos las actividades involucradas. Se presentará a los participantes una tabla con la clasificación de las fortalezas del carácter y se describirán para obtener una mejor comprensión de los conceptos.	Rotafolio	15 minutos
Ejercicio 2: Identificación de las fortalezas del carácter	Identificar las fortalezas del carácter de los participantes.	Ejercicio 2: Identificación de las fortalezas del carácter.	Los participantes, a partir de la tabla de fortalezas del carácter identificarán 5 fortalezas que consideren son las que están más presentes en su vida. En un breve relato describirán cómo está presente esta fortaleza, cómo se identifica en su comportamiento y qué actividades pueden realizar para que se exprese más en sus vidas.	Ejercicio: Identificación de las fortalezas del carácter	15 minutos
Discusión y reflexión grupal	El grupo discutirá y reflexionará sobre lo visto en la sesión, se harán precisiones y se resolverán dudas particulares que incumban al grupo en general	Reflexión Discusión Preguntas dirigidas	Se solicitará a los participantes que comenten lo realizado en los ejercicios realizados durante la sesión y se realizarán precisiones sobre los temas vistos. En esta parte de la sesión se entregará a los participantes algunas recomendaciones para aumentar las actividades involucradas y ejercitar las fortalezas del carácter.	Ninguno	20 minutos
Cierre y ejercicio para llevar a casa	El facilitador realizará una recapitulación de lo visto durante la sesión,	Resumen de la sesión	Se realizará el cierre de la sesión de trabajo retomando los aspectos relevantes revisados durante la	Ejercicio: Identificación de fortalezas del carácter.	10 minutos

	<p>dejará un ejercicio para llevar a casa e invitará a los participantes a acudir a la siguiente sesión.</p>		<p>sesión y los ejercicios realizados.          Se señalarán los puntos sobresalientes que los participantes discutieron o mencionaron durante la discusión grupal. Se dejará el ejercicio de identificación de fortalezas del carácter al pedir a dos personas (un familiar y un amigo) que mediante la tabla de fortalezas del carácter identifique las 5 fortalezas que más expresa el participante en su interacción con otras personas.</p>		
--	--	--	--	--	--



**CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN**

Analizar el papel de las relaciones interpersonales en el bienestar psicológico. Identificar los estilos de respuesta bajo el modelo de Gable. Identificar diversas estrategias para invertir en las relaciones interpersonales. Utilizar la práctica de la amabilidad en el incremento del bienestar psicológico.

**SESIÓN:** 4/8

**OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** \_\_\_\_\_

Tema	Objetivo	Actividades/Técnicas didácticas	Descripción/Procedimiento	Materiales	Tiempo
Dinámica de entrada y recapitulación de las sesión anterior	Realizar una actividad breve que busca la activación del grupo y la orientación de la atención y los recursos cognoscitivos a la tarea que será tratada durante la sesión. Permite contextualizar y recapitular los contenidos vistos con anterioridad.	Dinámica: Revisión de la tarea para casa.  Recapitulación de los temas revisados la sesión anterior.	El facilitador dará la bienvenida al grupo y les pedirá que realicen una lluvia de ideas sobre los temas revisados la sesión anterior. Posteriormente dará paso a revisar la experiencia de los participantes con el ejercicio dejado entre las sesiones.	Ninguno	10 minutos
Exposición: Las relaciones interpersonales.	Introducir a los participantes la importancia de las relaciones interpersonales en la generación del bienestar psicológico. Analizar las formas de responder ante las interacciones con las personas.	Exposición	El facilitador expondrá al grupo la importancia de las relaciones interpersonales; mostrando la influencia que tienen en el contagio social de las emociones y las redes de apoyo social.  Expondrá al grupo el modelo de Gable y colaboradores (2004) sobre	Rotafolio	20 minutos

			los estilos de respuesta en las relaciones.		
Ejercicio 1: Identificación de los estilos de respuesta en las relaciones	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 1: Identificación de los estilos de respuesta en las relaciones.	En un ejercicio por escrito, los participantes narrarán y describirán una ocasión reciente en la que hayan recibido o compartido buenas noticias e identificarán el estilo de respuesta de la persona que recibió la noticia, incluso si fueron ellos.	Ejercicio: Identificación de los estilos de respuesta en las relaciones.	15 minutos
Exposición: Inversión en las relaciones interpersonales.	Introducir a los participantes a la importancia de invertir tiempo y esfuerzo en las relaciones interpersonales cercanas y generales.	Exposición Preguntas dirigidas Preguntas reflexivas	El facilitador expondrá la importancia de la inversión de tiempo y esfuerzo en las relaciones interpersonales. Particularizará en las particularidades de las relaciones de pareja y las dificultades de este tipo de relaciones. Presentará a los participantes una serie de estrategias para invertir en las relaciones interpersonales.	Rotafolio	15 minutos
Ejercicio 2: Elección de estrategias para invertir en una relación interpersonal.	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 2: Elección de estrategias para invertir en una relación interpersonal.	Los participantes realizarán un ejercicio por escrito en el que identificarán una relación interpersonal importante para ellos en la cual deseen invertir tiempo y esfuerzo. Del listado de estrategias de inversión, elegirán una que consideren pueden realizar y mediante una encuesta preverán los pasos para ponerla en marcha y los posibles resultados que obtendrán.	Ejercicio: Elección de estrategias para invertir en una relación interpersonal.	15 minutos
Discusión y reflexión grupal	El grupo discutirá y reflexionará sobre lo visto en la sesión, se harán precisiones y se resolverán dudas particulares que incumban al grupo en general	Reflexión Discusión Preguntas dirigidas	Se solicitará a los participantes que comenten lo realizado en los ejercicios realizados durante la sesión y se realizarán precisiones sobre los temas vistos. En esta parte de la sesión se entregará a los participantes algunas recomendaciones para aumentar las	Ninguno	20 minutos

			actividades involucradas y ejercitar las fortalezas del carácter.		
Cierre y ejercicio para llevar a casa	El facilitador realizará una recapitulación de lo visto durante la sesión, dejará un ejercicio para llevar a casa e invitará a los participantes a acudir a la siguiente sesión.	Resumen de la sesión	Se realizará el cierre de la sesión de trabajo retomando los aspectos relevantes revisados durante la sesión y los ejercicios realizados. Se señalarán los puntos sobresalientes que los participantes discutieron o mencionaron durante la discusión grupal. Se dejará el ejercicio de práctica de la amabilidad. Los participantes buscarán realizar un acto de amabilidad diario durante el tiempo entre sesiones.	Ejercicio: Práctica de la amabilidad.	10 minutos



**CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN**

Analizar el papel del significado y sentido de la vida en el bienestar psicológico. Introducir a los participantes a la escala de valores de Schwartz y a las fuentes de significado de Emmons. Realizar el ejercicio del legado positivo como reflexión sobre el significado y sentido de vida personal.

**SESIÓN:** 5/8

**OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** \_\_\_\_\_

Tema	Objetivo	Actividades/Técnicas didácticas	Descripción/Procedimiento	Materiales	Tiempo
Dinámica de entrada y recapitulación de las sesión anterior	Realizar una actividad breve que busca la activación del grupo y la orientación de la atención y los recursos cognoscitivos a la tarea que será tratada durante la sesión. Permite contextualizar y recapitular los contenidos vistos con anterioridad.	Dinámica: Revisión de la tarea para casa.  Recapitulación de los temas revisados la sesión anterior.	El facilitador dará la bienvenida al grupo y les pedirá que realicen una lluvia de ideas sobre los temas revisados la sesión anterior. Posteriormente dará paso a revisar la experiencia de los participantes con el ejercicio dejado entre las sesiones.	Ninguno	10 minutos
Exposición: El sentido y propósito de la vida.	Introducir a los participantes la importancia del sentido y propósito de la vida.	Exposición	El facilitador expondrá al grupo la importancia del sentido y propósito de la vida en la construcción del bienestar psicológico. Conceptualizará el propósito de la vida y la actuación a través de los valores. Introducirá al grupo al concepto de valor y mostrará la tabla de valores propuesto por Schwartz (1994).	Rotafolio	20 minutos

Ejercicio 1: Identificación de los valores.	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 1: Identificación de los valores.	En un ejercicio por escrito, a los participantes se les entregará una tabla de los 10 valores propuestos por Schwartz (1994), elegirán los tres más importantes en su vida y a través de una encuesta semiestructurada identificarán por qué son tan importantes para ellos y cómo se manifiestan tales valores en su vida cotidiana.	Ejercicio: Identificación de los valores.	15 minutos
Exposición: Fuentes de significado y propósito de la vida.	Introducir a los participantes a las fuentes de significado de la vida y el propósito personal de la vida.	Exposición Preguntas dirigidas Preguntas reflexivas	El facilitador expondrá las fuentes de significado de la vida identificadas por Emmonds (2003) y enlazará el concepto con el propósito de la vida.	Rotafolio	15 minutos
Ejercicio 2: Legado positivo	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 2: Legado positivo.	Los participantes escribirán cómo les gustaría ser recordados y a través de ese relato identificarán planes que les gustaría cumplir para lograr ser recordados como lo desean	Ejercicio: Legado positivo	15 minutos
Discusión y reflexión grupal	El grupo discutirá y reflexionará sobre lo visto en la sesión, se harán precisiones y se resolverán dudas particulares que incumban al grupo en general	Reflexión Discusión Preguntas dirigidas	Se solicitará a los participantes que comenten lo realizado en los ejercicios realizados durante la sesión y se realizarán precisiones sobre los temas vistos. En esta parte de la sesión se entregará a los participantes algunas recomendaciones para aumentar las actividades involucradas y ejercitar las fortalezas del carácter.	Ninguno	20 minutos
Cierre y ejercicio para llevar a casa	El facilitador realizará una recapitulación de lo visto durante la sesión, dejará un ejercicio para llevar a casa e invitará a los participantes a acudir a la siguiente sesión.	Resumen de la sesión	Se realizará el cierre de la sesión de trabajo retomando los aspectos relevantes revisados durante la sesión y los ejercicios realizados. Se señalarán los puntos sobresalientes que los participantes discutieron o mencionaron durante la discusión grupal. Se dejará como ejercicio a casa completar o	Ejercicio: Completar o complementar los ejercicios realizados durante la sesión.	10 minutos

			complementar los ejercicios realizados durante la sesión.		
--	--	--	---	--	--



**CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN**

**SESIÓN:** \_\_\_\_\_ **6/8**

**OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Analizar el papel de los logros y objetivos personales en el desarrollo del bienestar psicológico.

<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades/Técnicas didácticas</b>	<b>Descripción/Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Dinámica de entrada y recapitulación de las sesión anterior	Realizar una actividad breve que busca la activación del grupo y la orientación de la atención y los recursos cognoscitivos a la tarea que será tratada durante la sesión. Permite contextualizar y recapitular los contenidos vistos con anterioridad.	Dinámica: Revisión de la tarea para casa.  Recapitulación de los temas revisados la sesión anterior.	El facilitador dará la bienvenida al grupo y les pedirá que realicen una lluvia de ideas sobre los temas revisados la sesión anterior. Posteriormente dará paso a revisar la experiencia de los participantes con el ejercicio dejado entre las sesiones.	Ninguno	10 minutos
Exposición: Las metas y el propósito de la vida.	Introducir a los participantes la importancia y diferencias entre las metas y el propósito de la vida en la construcción del bienestar psicológico.	Exposición	El facilitador expondrá al grupo la importancia y las diferencias entre las metas y el propósito de la vida en la construcción del bienestar psicológico. El facilitador introducirá al grupo las características que poseen los objetivos que pueden cumplirse: intrínsecos, auténticos, flexibles, adecuados y armoniosos. Enseñará el método propuesto por Lyubomirsky (2008) para formular objetivos	Rotafolio	20 minutos

Ejercicio 1: Identificación y trabajo con objetivos.	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 1: Identificación y trabajo con objetivos.	En un ejercicio por escrito, los participantes escribirán de uno a cinco objetivos que tengan en su vida personal. A partir de ellos trabajarán con el esquema de Lyubomirsky para reflexionar sobre la asequibilidad y cumplimiento de dicho objetivo.	Ejercicio: Identificación y trabajo con objetivos.	20 minutos
Exposición: Logros.	Introducir a los participantes al concepto de logro y su importancia en la construcción del bienestar psicológico.	Exposición Preguntas dirigidas Preguntas reflexivas	El facilitador expondrá la importancia del logro en la construcción del bienestar psicológico. Introducirá la importancia del logro como un factor que engloba los factores expuestos con anterioridad en el taller y focalizará en la característica de maleabilidad de los logros dependiendo de las circunstancias que enfrenta una persona.	Rotafolio	15 minutos
Ejercicio 2: Una historia de éxito.	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 2: Una historia de éxito.	Los participantes escribirán sobre una historia de éxito en su vida y a través de describirla y focalizar en algunos aspectos de la historia identificarán como están enlazados los distintos componentes del bienestar psicológico con el resultado final de la historia.	Ejercicio: Una historia de éxito.	15 minutos
Discusión y reflexión grupal	El grupo discutirá y reflexionará sobre lo visto en la sesión, se harán precisiones y se resolverán dudas particulares que incumban al grupo en general	Reflexión Discusión Preguntas dirigidas	Se solicitará a los participantes que comenten lo realizado en los ejercicios realizados durante la sesión y se realizarán precisiones sobre los temas vistos. En esta parte de la sesión se entregará a los participantes algunas recomendaciones para aumentar las actividades involucradas y ejercitar las fortalezas del carácter.	Ninguno	20 minutos
Cierre y ejercicio para llevar a casa	El facilitador realizará una recapitulación de lo visto durante la sesión,	Resumen de la sesión	Se realizará el cierre de la sesión de trabajo retomando los aspectos relevantes revisados durante la	Ejercicio: "Las 100 cosas por hacer antes de morir"	10 minutos

	<p>dejará un ejercicio para llevar a casa e invitará a los participantes a acudir a la siguiente sesión.</p>		<p>sesión y los ejercicios realizados.          Se señalarán los puntos sobresalientes que los participantes discutieron o mencionaron durante la discusión grupal. Se dejará como ejercicio a casa realizar el ejercicio "Las 100 cosas por hacer antes de morir" inspirado en el trabajo de Miller y Frisch (2009) y la selección de una para trabajar con el esquema de objetivos visto en la sesión.</p>		
--	--	--	--	--	--



**CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN**

**SESIÓN:** \_\_\_\_\_ **7/8**

**OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Analizar los obstáculos y mitos que interfieren con el desarrollo del bienestar psicológico.

<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades/Técnicas didácticas</b>	<b>Descripción/Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Dinámica de entrada y recapitulación de las sesión anterior	Realizar una actividad breve que busca la activación del grupo y la orientación de la atención y los recursos cognoscitivos a la tarea que será tratada durante la sesión. Permite contextualizar y recapitular los contenidos vistos con anterioridad.	Dinámica: Revisión de la tarea para casa.  Recapitulación de los temas revisados la sesión anterior.	El facilitador dará la bienvenida al grupo y les pedirá que realicen una lluvia de ideas sobre los temas revisados la sesión anterior. Posteriormente dará paso a revisar la experiencia de los participantes con el ejercicio dejado entre las sesiones.	Ninguno	10 minutos
Exposición: Los obstáculos del bienestar psicológico.	Explicar a los participantes la importancia que tienen las creencias personales sobre las emociones y los comportamientos y cómo interfieren en la construcción del bienestar a partir de generar recuerdos y emociones disruptivas.	Exposición	El facilitador expondrá al grupo el esquema de las creencias personales desarrollado por Ellis y Beck ejemplificando los componentes y la influencia que tienen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Se expondrán los principales estilos cognitivos que distorsionan la percepción de las personas e influyen en su estado de ánimo y sus comportamientos.	Rotafolio	20 minutos

Ejercicio 1: Identificación de creencias personales.	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 1: Identificación de creencias personales.	En un ejercicio escrito, los participantes identificarán una situación en la que sus creencias personales hayan influido en su estado de ánimo, su comportamiento o su percepción de una situación.	Ejercicio: Identificación de creencias personales.	20 minutos
Exposición: Mitos sobre la felicidad.	Introducir a los participantes a las principales creencias sobre vínculos interpersonales, el trabajo, el dinero y las expectativas del pasado o el futuro.	Exposición Preguntas dirigidas Preguntas reflexivas	El facilitador expondrá a los participantes las principales creencias que influyen de forma colectiva como obstáculos al bienestar subjetivo, subrayando la influencia que tienen éstos sobre la generación de expectativas extrínsecas al sentido y propósito de la vida personal y cuyo incumplimiento o cumplimiento puede no llevar a un resultado positivo para el sujeto.	Rotafolio	15 minutos
Ejercicio 2: Los mitos personales.	Fortalecer la comprensión de los conceptos relacionados con el tema visto durante la exposición	Ejercicio 2: Los mitos personales.	Los participantes escribirán sobre sus mitos personales y sobre la influencia de los mitos colectivos sobre sus objetivos, metas y propósitos.	Ejercicio: Los mitos personales.	15 minutos
Discusión y reflexión grupal	El grupo discutirá y reflexionará sobre lo visto en la sesión, se harán precisiones y se resolverán dudas particulares que incumban al grupo en general	Reflexión Discusión Preguntas dirigidas	Se solicitará a los participantes que comenten lo realizado en los ejercicios realizados durante la sesión y se realizarán precisiones sobre los temas vistos. En esta parte de la sesión se entregará a los participantes algunas recomendaciones para aumentar las actividades involucradas y ejercitar las fortalezas del carácter.	Ninguno	20 minutos
Cierre y ejercicio para llevar a casa	El facilitador realizará una recapitulación de lo visto durante la sesión, dejará un ejercicio para llevar a casa e invitará a	Resumen de la sesión	Se realizará el cierre de la sesión de trabajo retomando los aspectos relevantes revisados durante la sesión y los ejercicios realizados. Se señalarán los puntos sobresalientes que los participantes	Ejercicio: Completar o complementar los ejercicios realizados durante la sesión.	10 minutos

	los participantes a acudir a la siguiente sesión.		discutieron o mencionaron durante la discusión grupal. Se dejará como ejercicio a casa repasar los conceptos revisados durante el taller y complementar los ejercicios realizados durante la sesión.		
--	---	--	--	--	--



**CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN**

**SESIÓN:** 8/8

**OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:** Realizar el cierre del taller; recapitulando los conceptos y ejercicios revisados y realizados a lo largo de las sesiones y focalizar y enfatizar los aprendizajes y enseñanzas logradas durante el taller.

<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades/Técnicas didácticas</b>	<b>Descripción/Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Dinámica de entrada y recapitulación de las sesión anterior	Realizar una actividad breve que busca la activación del grupo y la orientación de la atención y los recursos cognoscitivos a la tarea que será tratada durante la sesión. Permite contextualizar y recapitular los contenidos vistos con anterioridad.	Dinámica: Revisión de la tarea para casa.  Recapitulación de los temas revisados la sesión anterior.	El facilitador dará la bienvenida al grupo y les pedirá que realicen una lluvia de ideas sobre los temas revisados la sesión anterior. Posteriormente dará paso a revisar la experiencia de los participantes con el ejercicio dejado entre las sesiones.	Ninguno	10 minutos
Cierre y reflexión grupal	Realizar un cierre del grupo al permitir que los participantes expresen dudas, cuestionamientos, reflexiones y aprendizajes obtenidos a lo largo del taller.	Reflexionar  Resumir participaciones	Se preguntará a los participantes sobre lo aprendido a lo largo del taller y se les pedirá que compartan: dudas, expectativas y tareas pendientes para ellos.	Ninguno	60 minutos
Cierre y reflexión final del facilitador	Recapitular los puntos más importantes desarrollados a lo largo	Reflexiones finales.	El facilitador realizará una reflexión final en la que destaque los puntos más sobresalientes sobre los temas	Ninguno	15 minutos

	del taller, dar respuesta a inquietudes expresadas por los participantes y recomendaciones para continuar el trabajo personal sobre la temática elaborada durante el taller.	Resumen de los contenidos.	desarrollados durante el taller. Retroalimentará el desempeño logrado por el grupo y realizará algunas recomendaciones para continuar con el trabajo personal sobre la temática del taller.		
Aplicación de los instrumentos de evaluación.	Se aplicarán nuevamente los instrumentos de evaluación aplicados durante la primera sesión.	Aplicación de instrumentos de evaluación.	Se realizará la aplicación de los instrumentos de evaluación realizados durante la primera sesión para evaluar posibles cambios en las mediciones y comparar los resultados previos y posteriores al taller.	Instrumentos de evaluación: Inventario de Depresión de Beck-II (Beck-D), Inventario de ansiedad de Beck (Beck-A) y Escala Gencat de calidad de vida.	20 minutos