



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Cuadra-Peralta, Alejandro; Veloso-Besio, Constanza; Ibergaray Pérez, Michelle; Rocha Zúñiga, Michel
Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión
Terapia Psicológica, vol. 28, núm. 1, 2010, pp. 127-134
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78516730012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión

Positive psychotherapy results in patients with depression

Alejandro Cuadra-Peralta

Constanza Veloso-Besio

Michelle Ibergaray Pérez

Michel Rocha Zúñiga

Universidad de Tarapacá, Chile

(Rec: 22 abril 2009 / Acep: 12 abril 2010)

Resumen

En la presente investigación preliminar se analiza la efectividad de la Psicoterapia Positiva, a través de talleres grupales en una muestra de pacientes diagnosticados con depresión, del consultorio Remigio Sapunar de la ciudad de Arica, en contraste con la terapia habitual en un diseño cuasi experimental. Se utilizaron los instrumentos BDI (Beck, 1979) y CES-D (Radloff, 1977), para síntomas depresivos, y la Escala de Satisfacción Vital (Cuadra, 2002). Los resultados arrojan diferencias de medias significativas en las medidas pre y post del grupo de terapia positiva. Además, se observa una clara tendencia en las diferencias de medias a favor de la eficacia de la psicoterapia positiva sobre la terapia habitual.

Palabras claves: Psicoterapia positiva, psicoterapia habitual, depresión, satisfacción vital.

Abstract

In this preliminary research, the effectiveness of Positive Psychotherapy was compared to a quasi-experimental behavioral therapy. Participants were patients diagnosed with depression at Remigio Sapunar Centre in Arica, Chile. Depressive symptoms and life satisfaction were assessed using BDI (Beck, 1979), CES-D (Radloff, 1977) and Life Satisfaction Scale (Cuadra, 2002). Findings shown significant means differences between pre and post measures in the positive therapy group. Also, a clear pattern was observed in the methods, highlighting the effectiveness of positive psychotherapy over behavioral therapy.

Key words: Positive psychotherapy, behavioral therapy, depression, life satisfaction.

Introducción

Resultado de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión

La depresión es uno de los principales problemas de salud pública en el continente americano, cuya prevalencia en América Latina se encuentra entre el 5 y 9% (Organización Mundial de la Salud, 2001). En Chile, actualmente la depresión es un trastorno que se hace cada vez más presente con un porcentaje de 7,5% en la población general, siendo más frecuente en edades que van desde los 20 a los 45 años, estando significativamente más presente en mujeres que en hombres, con una diferencia de dos a uno (Unidad de salud mental, 2002). La depresión es la segunda causa de discapacidad en mujeres en el país (Concha, et al., 1996).

Las terapias de orientación conductual, cognitivo conductual y la terapia interpersonal son las que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de la depresión, mediante estudios científicamente contrastables (Pérez y García, 2001). No obstante lo anterior, recientemente se está estudiando una nueva alternativa, una investigación de Seligman, Rashid y Parks (2006), plantea la existencia de un tratamiento diseñado desde la Psicología Positiva, el cual puede ser tan o incluso más eficiente que los tratamientos tradicionales para pacientes con depresión. Esta terapia se basa en la búsqueda de la felicidad, lo que hace unos años no era una temática de estudio.

La terapia en base a la psicología positiva para pacientes con depresión tiene un enfoque derivado de la felicidad y el optimismo, obliga a las personas a pensar en forma positiva y no centrarse en las patologías, como se hace tradicionalmente en psicología (Myers, 2000). Asimismo, la psicología positiva propone un cambio de visión frente a las enfermedades, buscando la felicidad e incrementando las emociones positivas. De esta manera, se busca educar al paciente con el objetivo de hacer este cambio permanente, transformando el estilo cognitivo de las personas y de este modo, disminuir las probabilidades de recaídas, las cuales son frecuentes en este trastorno (Vera, 2006).

Psicoterapia Positiva

La psicoterapia positiva proviene de la psicología positiva desarrollada por Seligman a partir de 1998 hasta la actualidad, a través de diversos estudios. Ésta es una nueva y revolucionaria corriente científica, que radica en la búsqueda de la verdadera felicidad, a la que Seligman (2003) define como la “identificación y el cultivo de las fortalezas más importantes de la persona y de su uso cotidiano en el trabajo, el amor, el ocio y la educación de los hijos” (p. 13). Así, al aplicar las fortalezas personales a lo largo de la vida, ayuda a desarrollar protección contra el infortunio, la depresión y las emociones negativas. Por lo tanto, el rumbo de la vida se orientará hacia ámbitos más positivos, potenciando

la creatividad, la tolerancia, la apertura a nuevas ideas y experiencias (Diener y Seligman, 2002).

Las técnicas utilizadas en el tratamiento en base a psicología positiva se pueden ordenar en la satisfacción con el pasado, futuro y presente, las cuales serán expuestas a continuación.

Satisfacción con el Pasado

Existen emociones que están determinadas por los pensamientos que se tienen de experiencias pasadas. Entre las emociones positivas relacionadas con el pasado, se encuentran principalmente la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad (Seligman et al., 2006).

En las emociones sobre el pasado es primordial la interpretación y el pensamiento que la persona tiene de éste, ya que guía a la emoción. Las personas al recordar sucesos pasados en sus vidas generan una emoción, que es anticipada por un pensamiento o una interpretación y que según ésta, la emoción será negativa o positiva (Seligman, 2003).

La gratitud es una potente herramienta que centra a los pacientes en los buenos recuerdos que tienen y que están asociados a personas significativas para ellos, aumentando el disfrute, la valoración y la satisfacción con la vida, incrementando la intensidad de dichos recuerdos impregnándolos de emociones positivas (Seligman et al., 2006), por ello es muy relevante incorporar ejercicios terapéuticos que incrementen esta emoción positiva (para más detalles ver Seligman, 2003).

El perdón es otra herramienta para disminuir la intensidad o neutralizar las emociones negativas que acarrear los malos recuerdos (Oyen, Ludwig y Vander, 2001), ya que estos pensamientos obstaculizan la felicidad y la satisfacción, impidiendo la serenidad y la paz. A través del perdón se logra cambiar esos pensamientos, bajar su intensidad y reescribir el pasado en una acción liberadora (Muñoz, Vinsonneau, Neto, Girard y Mollet, 2003).

Satisfacción con el Presente

En lo que respecta a la felicidad con el presente, existen dos aspectos importantes: los placeres y las gratificaciones. En los placeres no se emplean muchos recursos cognitivos o casi nada de pensamientos, sino son más sensoriales, emocionales y de poca duración. En cambio las gratificaciones tienen mayor duración, implican más interpretación y pensamientos, no son fáciles de convertir en hábito y se refuerzan por las fortalezas y virtudes.

Los placeres

Los placeres se diferencian en dos: los placeres corporales y los superiores. Los placeres corporales son más directos y momentáneos, como se mencionó anteriormente, no necesitan de gran interpretación. A través de los órganos

sensoriales se logra obtener emoción positiva al tocar, oler, saborear, escuchar, etc. El placer se deja de sentir cuando el estímulo externo desaparece, además las personas tienden a habituarse reduciendo su efecto. Los placeres superiores, al igual que los corporales son momentáneos, son de fácil habituación y desaparecen con el estímulo externo, pero se diferencian en que implican más recursos cognitivos (Seligman, 2003).

Un concepto importante para maximizar el placer es el saboreo (Bryant, 1989), que consiste en disfrutar de las cosas simples de la vida, tomar atención a cómo esas cosas nos dan placer mientras se disfrutan en el momento. Para favorecer el saboreo existen cinco técnicas:

Compartir con otros: Consiste en compartir con otras personas el momento y contarles lo que significa la experiencia.

- Guardarlo en memoria: Esta técnica busca establecer recuerdos a modo de fotografías mentales del momento o llevarse objetos del lugar para después recordar.
- Autoelogio: Consiste en aceptar el orgullo, pensar en la impresión de los demás y recordar el tiempo que se ha esperado para que el suceso ocurra.
- Agudizar la percepción: Básicamente busca que la persona se centre en el estímulo placentero presente en el momento y desatender los demás.
- Ensimismamiento: Consiste en centrarse solamente en sentir, no preocuparse por los deberes y evitar pensar.

Las gratificaciones

La gratificación es el gusto que se experimenta cuando se realiza una actividad específica, en la que se hace uso de las fortalezas y virtudes que se posee. Se diferencia principalmente con los placeres en que se emplean mayores recursos cognitivos, no es efímera, produce ausencia de emociones y exige esfuerzo para realizar las actividades. Los elementos tales como: ensimismamiento, suspensión de la conciencia y fluidez producen las gratificaciones. (Seligman et al., 2006).

Entre los componentes psicológicos de la gratificación se distingue que: la actividad representa un reto y exige habilidad; concentración; objetivos claros; respuesta inmediata; implicancia profunda y sin esfuerzo; existen sensaciones de control; el tiempo se detiene y el sentido del yo se desvanece (Moneta y Csikszentmihalyi, 1996).

Dentro de la teoría de la psicología positiva, se postula la existencia de la “vida comprometida”, que consiste en emplear las fortalezas propias en forma diaria y satisfactoriamente, con el fin de obtener mayores gratificaciones auténticas y fluidas (Csikszentmihalyi, 1990), lo cual incluye la implicación y la concentración en el trabajo, relaciones y ocio, es decir, el comprometerse en las actividades, cuya técnica de trabajo en las sesiones fue por medio

de la identificación de los talentos y fortalezas más altas de los pacientes, a través de un cuestionario que mide las fortalezas (VIA) y luego ayudar a reconocer oportunidades en donde se puedan utilizar.

Con respecto a la satisfacción con el presente, se incorporó una sesión de hacer y recibir cumplidos, que corresponde al manual de evaluación de entrenamiento de Habilidades Sociales de Caballo (2000). Los cumplidos son conductas verbales específicas que destacan características positivas que la persona posee. Además, los cumplidos o halagos, cumplen la función de reforzadores sociales, generando un ambiente agradable que facilita las relaciones interpersonales (Caballo, 2000). De esta manera, los pacientes obtendrán mayor emoción positiva al aprender a hacer cumplidos a ellos mismos y a los demás, sintiéndose responsables de poder generar dicha emoción.

Optimismo en el Futuro

El optimismo y la esperanza aumentan la resistencia de las personas a sufrir depresión, mejoran el rendimiento en el trabajo y los niveles de satisfacción vital (Shogren, López, Wehmeyer, Little y Pressgrove, 2006). Además, Seligman (2003), plantea que se explica por las dimensiones atribucionales de permanencia y ubicuidad (estabilidad y globalidad).

La permanencia consiste en que las personas pesimistas tienden a considerar las causas de hechos adversos o de sus fracasos como permanentes y que así será para toda su vida, en cambio, en las personas optimistas las causas de esos sucesos negativos las consideran transitorias.

En los sucesos favorables, las personas optimistas tienden a considerar las causas a características propias, al igual que las capacidades y rasgos, creyendo que son permanentes. Los pesimistas en cambio, consideran los sucesos positivos que les ocurren a aspectos temporales y circunstanciales.

Con respecto a la ubicuidad, consiste en que los pesimistas dan explicaciones universales a sus fracasos generalizándolos a varios aspectos de sus vidas, en cambio los optimistas dan explicaciones específicas sin provocar cambios en otras áreas, siendo fácil para éstos superar situaciones desfavorables. En los pesimistas, cuando les ocurre un hecho positivo tienen la particularidad de explicarlo de una forma específica. Los optimistas, por el contrario, tienden a explicarlo de una manera universal.

La esperanza consiste en encontrar causas permanentes y universales a los acontecimientos positivos, además de causas transitorias y específicas a los sucesos adversos (Seligman et al, 2006).

Para cambiar los pensamientos negativos y aumentar el optimismo, se cambian las respuestas negativas de la persona por otras más positivas (Seligman, 2003). Para lograrlo se deberán utilizar cuatro formas para rebatir dichos pensamientos pesimistas, que la propia persona deberá

ejecutar: Evidencia, que consiste en buscar pruebas reales que ayuden a la persona a darse cuenta de las distorsiones desastrosas y que desconfirman el pensamiento pesimista (Seligman et al., 2006). Otra forma de rebatir las creencias negativas es la de buscar causas alternativas a lo sucedido y no quedarse con la actual, ya que en muchas oportunidades estas creencias negativas no tienen evidencia.

Otras formas de refutar son chequear las implicancias de las creencias y su utilidad. Pueden existir casos en que las creencias actuales sean ciertas, en estos casos se debe profundizar en las implicancias de la creencia y evitar ser catastrofista. Luego de esto se tiene que volver a buscar la evidencia. Posteriormente se debe verificar la utilidad que esa creencia tiene para la existencia de la persona, que beneficio brinda y buscar aspectos que se puedan modificar a futuro.

Satisfacción vital

Como se ha mencionado anteriormente la felicidad esta relacionada con la satisfacción vital, siendo la valoración cognitiva global que la persona hace sobre su vida (Argyle, 1992)

Se ha comprobado que los pacientes con depresión poseen una baja satisfacción vital, ya que cuentan con mayores emociones negativas en relación a su presente, pasado y futuro. En la investigación realizada por Seligman et al., (2006) en donde se aplicó Psicoterapia Positiva, se obtuvo como resultado un aumento en la satisfacción vital y una disminución de los síntomas depresivos en los pacientes.

De acuerdo con todo lo anteriormente planteado, el objetivo de la presente investigación es evaluar el impacto de una intervención, basada en psicoterapia positiva grupal, en el nivel de depresión y satisfacción de pacientes diagnosticados con depresión.

Método

Participantes

Dieciocho pacientes del consultorio Remigio Sapunar, de los cuales ocho componían el grupo cuasi experimental, eran ingresos recientes o abandono temprano (1ª sesión) de terapia tradicional diagnosticados con depresión con anterioridad al comienzo de los talleres de psicoterapia positiva. De éstos, siete eran mujeres y un hombre, mientras que los diez restantes, conformaron el grupo cuasi-control, los que eran pacientes con tratamiento individual con los profesionales del consultorio, siendo mujeres en su totalidad. La técnica de muestreo utilizada fue de tipo no probabilístico por disponibilidad.

Variables

Variable independiente: intervención en base a psicoterapia positiva grupal.

Variables dependientes: depresión y satisfacción vital en los pacientes.

Instrumentos

Para medir el nivel de depresión de los pacientes se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck*, en el cual se pretende conocer el estado de ánimo y sentimientos del paciente en la actualidad, consta de 21 ítems, cada uno mide un síntoma; por ejemplo: humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etc. Cada reactivo se puntúa de 0 a 3 y se distribuyen en cuatro áreas, a) Somática, b) Autoestima, c) Estado de Ánimo, d) Social. Una puntuación mayor o igual a 28 se considera una depresión grave, entre 23 a 27 puntos depresión moderada, entre 13 a 22 puntos se considera depresión leve e inferior a 13 es ausencia de depresión (Beck, 1979). En la presente investigación se usó la traducción y adaptación de Sanz y Vásquez (1998), cuya confiabilidad por consistencia interna da un alfa de Cronbach de 0.83 y de correlación test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72. Además mostró índices de validez convergente con la Escala de Depresión de Zung entre 0,68 y 0,89, dependiendo de los subgrupos muestrales (Sanz y Vásquez, 1998).

Escala de Depresión CES-D, creada por Radloff (1977) en el Centro de Estudios Epidemiológicos, en el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU., la cual está diseñada para medir dimensiones múltiples de la sintomatología afectiva en cuatro dominios: afecto depresivo, afecto positivo, síntomas somáticos y relaciones interpersonales, durante la última semana. Consta de 20 ítems y cada uno se puntúa de 0 a 3, por lo tanto los puntajes totales varían entre 0 y 60. Este instrumento cuenta con normas nacionales y tiene una confiabilidad en la escala total de medida a través del alfa de Cronbach de 0,87 (Gempp, Avendaño y Muñoz, 2004). Los estudios internacionales reportan confiabilidades en torno a 0,85 a 0,90 (Gempp, et al., 2004).

Para medir satisfacción se utilizó la *Escala de Satisfacción Vital*, desarrollada por Cuadra (2002). El instrumento consta de 6 afirmaciones que evalúan la satisfacción con la vida en diferentes ámbitos, tales como: satisfacción con la vida actual, laboral/académica, económica, familiar, social, etc. Cada afirmación es medida en una escala subjetiva de acuerdo, mediante la asignación de porcentajes de 0 a 100, donde 0 por ciento representa a “nada”, “mientras que 100 por ciento equivale al “máximo” de satisfacción. Ejemplos de los reactivos son: “estoy satisfecho con mi vida actual” y “mis relaciones familiares me tienen muy conforme”. El instrumento posee una confiabilidad por consistencia interna, mediante Alfa de Cronbach, de 0.8 y validez constructo unifactorial, con un factor que explica el 46.5 % de la varianza, en una muestra de 1400 sujetos.

Procedimiento

Se trabajó con un diseño cuasi-experimental con un grupo natural, con medición antes después, con variables intervalares. Existiendo dos grupos, uno cuasi-control y el otro cuasi experimental. El grupo cuasi-control está compuesto por pacientes diagnosticados con depresión que se tratan en el consultorio Remigio Sapunar habitualmente, al que se le realizó sólo la medición post por motivos externos a los autores de la investigación, tales como: tiempo de atención a los pacientes por parte de los psicólogos del consultorio, características de los pacientes que asisten al consultorio, entre otras. La intervención al grupo cuasi experimental fue un tratamiento basado en la psicoterapia positiva, aplicado de forma grupal, a lo largo de 9 sesiones, con fecha de inicio el 24 de octubre hasta el 19 de diciembre de 2007, con duración aproximada de dos horas cada una, una vez por semana, en la cual se aplicaron los instrumentos ya mencionados antes de iniciar las intervenciones y al finalizar dicho proceso para poder evaluar los progresos existentes (pre y post).

La terapia en base a psicología positiva para pacientes con depresión del consultorio Remigio Sapunar (grupo cuasi-experimental) se estructuró con las siguientes sesiones:

Primera sesión

Orientación y compromiso. Presentación de los monitores y de los participantes, además de una breve explicación del objetivo de esta nueva terapia y comprometer a los pacientes con el proceso. Finalmente, se realiza la aplicación de los instrumentos.

Segunda sesión

Fortalezas. Al comenzar la sesión, se entregan los resultados del Test VIA a modo de resumen a los pacientes para que identifiquen sus fortalezas, ver si las reconocen como propias y además, recordar situaciones en que las han practicado y cómo se han sentido con la aplicación de éstas. La tarea consiste en realizar un autorregistro detallando la situación en donde se empleó la fortaleza, cómo se sintió y lo que ocurrió en el entorno luego de la aplicación de la fortaleza.

Tercera sesión

Hacer y recibir cumplidos. Se identifican cualidades y éxitos propios, con el fin de acostumbrar a los pacientes a hacer halagos a sí mismo. Luego, se instruye a las personas a ver los aspectos positivos de los otros, obligándolos, de esta manera, a pensar positivamente sobre los demás. La tarea consiste en escoger a dos personas para realizarles un cumplido, además de seguir con la práctica de sus fortalezas.

Cuarta sesión

Gratitud. La sesión se basa en enfocarse en los momentos agradables que nos dieron satisfacción en el pasado y de aquellas personas que fueron partícipes de éstos. Se enfoca la gratitud como un agradecimiento duradero. La tarea es escoger a una persona a la que se le tenga algo que agradecer y nunca se le haya hecho apropiadamente, escribiéndole una carta de agradecimiento la que posteriormente se le leerá en persona.

Quinta sesión

Cosas positivas. Se enseña a los pacientes a valorar las cosas positivas que les suceden día a día, las cuales no deben ser extraordinarias, más bien simples y cotidianas, ya que estas también son importantes e influyen de forma favorable. La tarea para el hogar consiste en realizar un diario, en el que se escriben tres cosas buenas las que pueden ser grandes o pequeñas, que les hayan sucedido durante el día.

Sexta sesión

Chequeo de sesiones. Se realiza un repaso de las temáticas tratadas, revisando los objetivos relacionados con el uso de las fortalezas. Los procesos y progresos son discutidos a modo de realizar una retroalimentación. Luego, se hace una revisión de tareas de gratitud y las tres cosas buenas del día. Finalmente, se realiza una introducción de la importancia del perdón, ya que será el tema de la próxima sesión.

Séptima sesión

Perdón. Se emplea como una fuerte herramienta capaz de convertir sentimientos negativos, como el odio o la amargura, en sentimientos neutros o positivos para algunos. Se discute la importancia de reconciliarse con el pasado para vivir un mejor presente. La tarea es pensar en una persona a la que se pueda perdonar por alguna acción del pasado y escribirle una carta en donde se manifieste el perdón.

Octava sesión

Saboreo. Se enseña a los pacientes el concepto de saborear y de la importancia de tomarse un tiempo en el día para realizar actividades simples y placenteras, como también, formas de hacerlo. La tarea consiste en planear y realizar actividades que les produzcan placer.

Novena sesión

Optimismo y esperanza. Se presenta el tema recordando que todos han pasado por momentos malos y dolorosos, pero que luego de esas experiencias, siempre aparece una esperanza o una luz en el camino, que anteriormente no es vista. Además se analizan las ventajas de ser optimistas. La tarea consiste en identificar, durante la sesión, tres oportunidades que se perdieron y luego tres oportunidades que se ganaron.

Resultados

Se realizó una comparación de medias antes y después a la aplicación de talleres psicoterapéuticos, en base a psicología positiva, con el objetivo de observar el efecto de esta terapia en los pacientes con depresión, pertenecientes al consultorio Sapunar.

En la tabla 1, se puede observar una disminución significativa de las medias de los instrumentos que miden síntomas depresivos (Beck: $t = 3,65$; $p < 0,05$; CES-D: $t = -5,71$; $p < 0,05$), como también un aumento significativo de las medias en la Escala de Satisfacción Vital ($t = 3,28$; $p < 0,05$).

En la tabla 2, se presenta una comparación de los resultados obtenidos, tras la intervención, entre los grupos cuasi experimental y cuasi control. Para las dos variables

dependientes medidas no se evidenciaron diferencias significativas, pero sí tendencias que pueden resultar de interés. Más específicamente, se tiene una disminución ($t = -1,38$; $p > 0,05$) de los síntomas depresivos en el inventario de Beck en el grupo de Terapia Positiva ($M = 13,75$) en comparación con el grupo de Terapia Habitual ($M = 18,30$), esto se repite en la escala de depresión CES-D ($t = -1,29$; $p > 0,05$), obteniendo mejor resultado el grupo de Terapia Positiva ($M = 18,75$) que el grupo de Terapia Habitual ($M = 26,70$). Con respecto a la satisfacción vital, los pacientes del grupo de Terapia Positiva obtuvieron un aumento ($M = 68,00$) mayor que el grupo de Terapia Habitual ($M = 56,60$), no obstante, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa ($t = -1,50$; $p > 0,05$).

Tabla 1. Prueba T para dos muestras relacionadas pre – post aplicación de talleres de terapia positiva

		Síntomas Depresivos				
		Media	N	Desviación Típica	<i>t</i>	Sig.
Beck	Pre	20,50	8	7,46	3,65	0,0040 (*)
	Post	13,75	8	7,53		
CES-D	Pre	31,75	8	13,76	-5,71	0,0005(*)
	Post	18,75	8	14,12		
Satisfacción Vital						
SV	Pre	49,75	8	18,28	3,28	0,0060(*)
	Post	68,00	8	15,52		

* Diferencia de medias significativa a un nivel de 0.05.

Tabla 2. Prueba para muestras independientes entre diferentes grupos de tratamiento (medición post tratamiento).

Síntomas Depresivos							
Test	Grupo	Media	N	Desviación Típica	<i>t</i>	Sig.	Diferencia de Medias
Beck	Terapia Positiva	13,75	8	7,53	-1,38	0,09	-4,55
	Terapia Habitual	18,30	10	6,46			
CES-D	Terapia Positiva	18,75	8	14,12	-1,29	0,10	-7,95
	Terapia Habitual	26,70	10	11,87			
Satisfacción Vital							
SV	Terapia Positiva	68,00	8	15,52	1,50	0,07	11,40
	Terapia Habitual	56,60	10	16,33			

* Diferencia de medias significativa a un nivel de 0.05.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación preliminar dan cuenta de una disminución significativa en los síntomas depresivos, como también un aumento significativo en la Satisfacción Vital, en los pacientes que asistieron a los talleres de psicoterapia positiva, obteniendo mejoría en la totalidad de la muestra y, en algunos casos, presentando ausencia de depresión luego de los talleres de psicología

positiva. En los pacientes que presentaban depresión grave o moderada al principio de la intervención, disminuyeron como mínimo a la categoría contigua inferior una vez finalizada la intervención, según el inventario de depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996).

No se obtuvieron diferencias significativas entre la terapia tradicional practicada en el consultorio Remigio Sapunar y los talleres de Psicoterapia Positiva. Sin embargo, todos los resultados señalan la existencia de una tendencia

a favor de la terapia positiva sobre la terapia tradicional. Por lo anterior, no es atrevido sugerir que con muestras más grandes, las diferencias entre la eficacia de ambos tipos de terapia resulten significativas a favor de los talleres de terapia positiva, así como lo confirma una investigación internacional (Seligman y et al., 2006), lo cual podría considerarse como una hipótesis a contrastar en futuras investigaciones. Además, sería recomendable trabajar con una línea base en el grupo cuasi control, con el fin de obtener mayor peso metodológico, debido a que en esta investigación no se pudo controlar por motivos externos.

Otro punto a destacar es que aunque se obtengan resultados similares entre ambas intervenciones, la eficiencia del tratamiento de psicoterapia positiva es notablemente mejor, ya que implicó 18 horas de trabajo terapéutico, para 8 pacientes, lo que da un promedio de 2,25 horas profesionales por cada uno de ellos, comparado con pacientes individuales, atendidos al menos durante 4 meses con frecuencia media quincenal (estos datos son aproximados). Otro aspecto a destacar, es que el tratamiento de psicoterapia positiva fue realizado por estudiantes de quinto año (antes de realizar su práctica profesional), con la guía de un profesor, pero sin la intervención del mismo, mientras que el grupo de contraste fue tratado por terapeutas expertos (con más de 3 años de experiencia). Esto nos abre a la reflexión sobre la facilidad de las técnicas utilizadas, tanto en su aprendizaje y aplicación de las mismas, como por lo poco amenazante que resulta para los pacientes, quienes no deben exponer públicamente ningún aspecto doloroso de su vida, a menos que espontáneamente suceda, por el contrario, se les anima constantemente a centrarse en los aspectos más positivos de la vida.

El resultado de esta investigación es similar a la obtenida por Seligman et al., (2006) en lo relacionado con la eficacia del tratamiento en base a Psicología Positiva, ya que en ambas investigaciones se observan mejorías en la sintomatología y un aumento de la satisfacción vital luego del tratamiento. De este estudio se modificaron ciertos aspectos para llevar a cabo esta investigación, de acuerdo a las características de la muestra, tales como: la edad de los pacientes, capacidades cognitivas, diferentes niveles de depresión según el inventario de Beck (dentro de la muestra existían pacientes con depresión leve, moderada y grave), características ambientales y físicas del lugar de trabajo, entre otras. De acuerdo a las características mencionadas las principales diferencias fueron número, estructuración y contenido de las sesiones. Mientras que se mantuvieron semejanzas tales como: el trasfondo teórico, metodología de trabajo de talleres grupales, tiempo de duración de cada sesión y actividades para el hogar para ser revisadas al inicio del próximo encuentro.

Dentro de las limitaciones de esta investigación se tiene el hecho que el grupo cuasi control utilizado no compartía las mismas características que el grupo cuasi experimental,

debido a que los participantes controles ya se encontraban en tratamiento individual otorgado por los profesionales del consultorio, a diferencia de los participantes de la condición cuasi experimental, que eran ingreso reciente o bien habían abandonado su proceso terapéutico, por lo que es menester destacar que los resultados encontrados deben interpretarse como evidencia provisional y no como evidencia concluyente sobre la efectividad de este tipo de intervención. Si bien las limitaciones del diseño, imponen ciertas restricciones y obligan a evaluar con cautela la generalización de estos hallazgos, también es necesario mencionar que cuando se trata de investigación aplicada, su objetivo esencial es que aparezca mejoría, que sea importante y que permanezca una vez que se retira el tratamiento (León y Montero, 2003), cumpliéndose, en este caso, las dos primeras condiciones. Además, asumiendo, que en diseños cuasi experimentales es más difícil conseguir grados de semejanza similares entre grupos, recibiendo muchas veces la denominación de “no equivalente” cuando se habla del grupo cuasi control (Montero y León, 2005).

En esta investigación, se tuvo como objetivo contribuir a una nueva alternativa de tratamiento de una enfermedad que a nivel mundial está en aumento y que no se había aplicado a la realidad nacional. Además, se aportó a la aplicación de una innovadora visión frente a la depresión, la cual modifica la forma de ver la realidad, las capacidades y fortalezas propias de los pacientes, mejorando así la calidad de vida de estos. Otro punto importante a considerar es la cobertura que se puede abarcar con esta revolucionaria forma de realizar terapia, en relación a la terapia habitual, que se practica actualmente en el consultorio, ya que por su efectividad demostrada y su modalidad grupal, se puede satisfacer la alta demanda de atención por esta enfermedad, disminuyendo los tiempos de espera y el lapso entre sesiones. Finalmente, esta investigación demostró con su aplicación, el desarrollo que pueden lograr los pacientes al tomar conciencia y emplear sus fortalezas en la vida cotidiana. Además de resultar útil como escudo frente a la adversidad y las experiencias desfavorables del diario vivir.

Referencias

- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la Felicidad*. España: Alianza Editorial.
- Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclee De Brouwer S.A.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Inventario de Depresión de Beck (BDI - II)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bryant, F. (1989). A four-factor model of perceived control: Avoiding, doping, obtaining and savoring. *Journal of Personality*, 4, 773-797.
- Caballo, V. (2000). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España: Siglo Veintiuno, S. A.
- Concha, M., Aguilera, X., Guerrero, A., & Srevens, P. (1996). *Estudio de carga de enfermedad*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Cuadra, A. (2002). *Escala de Satisfacción Vital*. Arica. Informe de Investigación, Arica – Chile: Universidad de Tarapacá

- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper Collins.
- Diener, E., & Seligman, M. (2002). Very happy people. *American Psychological Society*, 1, 81-84.
- Gempp, R., Avendaño, C., & Muñoz, C (2004). Normas y punto de corte para la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (DES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica* 2, 145-156.
- León, O., & Montero, I. (2003). Diseños Cuasi Experimentales, en *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*, Cap. XI, (pp.327-356). Madrid: Mc Graw Hill.
- Moneta, G., & Csikszentmihalyi, M. (1996). The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of Personality*, 2, 275-310.
- Montero, I., & Leon, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 115-127.
- Muñoz, M., Vinsonneau, G., Neto, F., Girard, M., & Mullet, M. (2003). Forgiveness and Satisfaction with Life. *Journal of Happiness Studies*, 3, 323-335.
- Myers, D. (2000). The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 1, 56-67.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2001), *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*; Génova, Suiza.
- Oyen, C., Ludwig, T., & Vander, K. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, psysiology and health. *Psychological Science*, 2, 117-123.
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 3, 493-510.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 2, 303-318.
- Seligman, M. (2003). *La Auténtica Felicidad*. España: Ediciones B, S.A.
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 8, 774-788.
- Shogren, K., López, S., Wehmeyer, M., Little, T., & Pressgrove, C. (2006). The rol of positive psychology constructs in predicting life satisfaction in adolecents with and without cognitive disabilities: An exploratory study. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 37-52.
- Unidad de salud mental. (2002). *Guía Clínica para la Atención Primaria: La Depresión, Detección, Diagnóstico y Tratamiento*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 1, 3-8.