

LA PSICOLOGÍA POSITIVA: UNA BUENA ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA RESILIENCIA PSICOLÓGICA FRENTE A LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS



Investigación VIU

viu | **Universidad**
Internacional
de Valencia

Título:

La psicología positiva: Una buena alternativa para mejorar la resiliencia psicológica frente a los acontecimientos adversos

The positive psychology: A good alternative to improve the psychological resilience face of adverse events

Autora: Berenice Serrano Zárate

Titulación académica: Dra. en Psicopatología, salud y neuropsicología

Resumen: El objetivo del presente informe es por una parte presentar un panorama general de los principales acontecimientos adversos a los que están expuestos varios países en Hispanoamérica; derivados de grandes estresores psicosociales como son: crisis económicas, desempleo, violencia de género, terrorismo, narcotráfico, secuestros, levantamientos, inseguridad, pobreza, desastres naturales, inmigración ilegal, desplazamientos, conflictos armados, etc. Por otra parte, presentar a la psicología positiva, como una alternativa útil para desarrollar factores protectores como la resiliencia que ayuden a afrontar adecuadamente los acontecimientos adversos mencionados, y tan comunes en Hispanoamérica. Finalmente y dado que nos encontramos en la era de las tecnologías de la información y comunicación (TICs), se presentan algunos estudios sobre la utilidad y eficacia de su uso en las intervenciones psicológicas. Para concluir, simplemente mencionar que la psicología positiva ha demostrado su eficacia para generar un mejor afrontamiento ante las adversidades. Esto es debido principalmente, y tal como refiere Martin Seligman a que la psicología positiva se basa en la premisa fundamental de que tratar la enfermedad mental “no es lo mismo” que promover la salud mental; lo cual desde hace varios años representa el gran reto de la psicología: focalizarse más en aquello que es funcional, y no solo en aquello que es disfuncional en el individuo.

Palabras clave: adversidad, psicología positiva, resiliencia psicológica, fortalezas psicológicas, Hispanoamérica

Abstract: The aim of this report is, on the one hand, to present an overview of the main adverse events to which several countries are exposed in Hispanic America; as a result of major psychosocial stressors such as economic crises, unemployment, gender violence, terrorism, drug trafficking, kidnappings, insecurity, poverty, natural disasters, illegal immigration, displacement, armed conflict, etc. On the other hand, presenting positive psychology as a useful alternative to develop protective factors such as resilience that help to adequately address the adverse events mentioned, and so common in Hispanic America. Finally, given that we are in the era of information and communication technologies (ICTs), some studies are presented on the utility and effectiveness of their use in psychological interventions. To conclude, simply mention that positive psychology has proven effectiveness in generating better coping face of adversity. This is mainly due, and as Martin Seligman points out, that positive psychology is based on the fundamental premise that treating mental illness “is not the same” as promoting mental health; which since several years represents the great challenge of psychology: to focus more on what is functional, and not only on what is dysfunctional in the individual.

Keywords: adversity, positive psychology, psychological resilience, psychological strengths, Hispanic America

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. HACER FRENTE A LA ADVERSIDAD EN HISPANOAMÉRICA	6
3. LA PSICOLOGÍA POSITIVA	9
3.1 ¿Qué es la resiliencia psicológica?	9
3.2 ¿Cómo se puede mejorar la resiliencia psicológica?	10
3.2.1 Las emociones positivas	10
3.2.2 Las fortalezas psicológicas	10
3.2.3 El optimismo	12
3.2.4 La gratitud	13
3.2.5 Tecnologías de la información y comunicación	13
4. CONCLUSIONES	14
5. BIBLIOGRAFÍA	15
6. SOBRE LA AUTORA	17

1. INTRODUCCIÓN

Las consecuencias psicológicas derivadas de un acontecimiento adverso pueden ser tan graves como los posibles efectos físicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS: www.who.int), refiere por ejemplo, que acontecimientos adversos como las catástrofes tienen efectos importantes en la salud mental y el bienestar psicosocial; y que la incidencia de los trastornos mentales tiende a duplicarse después de las situaciones de emergencia. El trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés posttraumático (TEPT), trastornos de adaptación, consumo y abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, y la depresión, se vinculan estrechamente con la experimentación de acontecimientos adversos no afrontados de manera adecuada. De acuerdo a informaciones de la OMS, en un estudio llevado a cabo en 21 países, los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes

(17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%), o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en este estudio que un 3,6% de la población mundial había sufrido un TEPT en base a los datos analizados hasta el 2013.

Es por ello necesario desarrollar y someter a prueba intervenciones centradas en potenciar los factores protectores resilientes y así mitigar los factores de riesgo. Como señalan algunos estudios (Southwick y Charney, 2012), la utilización de procedimientos para promocionar la resiliencia (p.ej., emociones positivas) puede resultar de gran utilidad para paliar los problemas emocionales y para generar factores de protección, es decir, potenciar la capacidad para hacer frente a los estresores, acelerar la recuperación y, disminuir las probabilidades de desarrollar un problema de salud mental.

2. HACER FRENTE A LA ADVERSIDAD EN HISPANOAMÉRICA

España y Latino América experimentan diversos problemas de índole psicosocial que ponen más vulnerables a determinados sectores de la población: crisis económicas, desempleo, violencia de género, terrorismo, narcotráfico, secuestros, levantamientos, inseguridad, pobreza, desastres naturales, inmigración ilegal, desplazamientos, conflictos armados, etc. Un ejemplo de ello, la violencia de género, y concretamente en el caso de España, son los datos revelados en un estudio publicado en 2002 (Amor, Echeburúa, De Corral, Zubizarreta, y Sarasua) sobre las repercusiones psicopatológicas a largo plazo de la violencia doméstica. En este estudio se identificaron como principales perfiles psicopatológicos al TEPT y la depresión; el TEPT se desarrolló en el 46% de los casos y se vinculó con diferentes circunstancias de maltrato como son la convivencia con el maltratador, la frecuencia de los episodios, los abusos sexuales, y episodios de maltrato previos en la infancia. Específicamente encontraron que la incidencia del TEPT era mayor en las mujeres que habían sido abusadas sexualmente y en las que los episodios de maltrato habían ocurrido recientemente. Entre los factores de la alta cronicidad del problema, identificaron que la duración media del maltrato era de 13 años. Así mismo identificaron que aquellas mujeres que tenían apoyos sociales y familiares presentaban índices menores de gravedad. Sin embargo, se encontró que las consecuencias a largo plazo son

una profunda inadaptación a la vida diaria y una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano que se vinculan con un perfil psicopatológico de tipo ansioso-depresivo; caracterizado por la desesperanza, el abandono, y el aislamiento social. Estudios posteriores han confirmado que la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja, son las causas más comunes del desarrollo del TEPT (Echeburúa, Fernández-Montalvo, y De Corral, 2009); así mismo se refiere que una cantidad significativa de personas que han padecido violencia han desarrollado TEPT, con tasas entre el 31% al 84% (Echeburúa, De Corral, y Amor, 2002; Echeburúa et al., 2009). Específicamente en otro estudio en España (Echeburúa et al., 2002) se refiere que del total de pacientes evaluadas, el 69,9% de quienes sufrieron agresiones sexuales desarrollaron TEPT, seguido del 66,7% que sufrieron atentados terroristas, y del 46,2% que sufrieron maltrato doméstico. Así mismo destacan que 2 de cada 3 participantes seguían sufriendo TEPT meses o años después de haber experimentado el acontecimiento violento y antes de iniciar un tratamiento, ya que este cuadro clínico no suele remitir espontáneamente con el transcurso del tiempo y tiende a cronificarse. En relación a la edad, en otro estudio en España (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, y De Corral, 2007), se identificó que las víctimas más jóvenes son las más vulnerables a sufrir violencia de género con una prevalencia del 42% respecto al 27% en las víctimas más mayores.

Otro ejemplo es el del desarrollo de la depresión vinculada principalmente a estresores psicosociales de alto impacto y prolongados: narcotráfico, secuestros, levantamientos, violencia de género, inseguridad, desempleo, pobreza, desastres naturales, inmigración. En este caso, en un estudio realizado en México (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora, y Lozano, 2005), se identificó que en los hombres la prevalencia era mayor en las comunidades rurales o si se encontraban en condición de desempleo. Se encontró una variabilidad significativa entre las 32 provincias federales; en el caso de los hombres, los porcentajes más elevados se encontraron en las provincias de Jalisco, Veracruz, y Tabasco; en el caso de las mujeres, los porcentajes más elevados se encontraron en las provincias de Hidalgo, Jalisco, y el Estado de México. En otro estudio (Berenzon, Lara, Robles, y Medina-Mora, 2013), se refiere que en México, la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad entre las mujeres, y el noveno entre los hombres; por lo cual es considerado un importante problema de salud pública. Entre las variables psicosociales asociadas destacan: (1) ser mujer, ser jefa de familia, dedicarse únicamente a las labores del hogar, estar al cuidado de algún enfermo; (2) tener un bajo nivel socioeconómico, problemas financieros, o crisis económica; (3) estar desempleado o desempleada; (4) aislamiento social; (5) tener problemas legales; (6) haber sido víctima de violencia: en el caso de las mujeres abuso sexual, violación, violencia de género, y acoso; y en el caso de los hombres, haber experimentado atracos con armas o accidentes, ser testigos de muerte o lesiones, sufrir secuestros, o haber asesinado; (7) consumir sustancias adictivas; (8) la migración.

En relación al suicidio consumado, los datos más recientes, correspondientes al año 2015, aportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (www.inegi.org.mx) refieren que la tasa de suicidio es de 8,5% por cada 100 mil hombres y de 2% por cada 100 mil mujeres. Las provincias con mayores tasas de suicidio, por cada 100.000 habitantes, fueron Chihuahua (11,4%), Aguascalientes (9,9%), Campeche (9,1%), y Quintana Roo (9,1%). La mayor prevalencia (41,3%) se da en el grupo de edad de 15 a 29 años; pero preocupa especialmente que se identifique que un 3,7% tenían de 10 a 14 años de edad. También se identifica que

la mayor tasa (57,4%) se da en mujeres jóvenes (menores de 30 años). Otros datos aportados, indican que el 65,8% tenían un nivel de escolarización básico, y el 30,6% estaba en situación de desempleo.

En el caso concreto de Colombia, y tal como se refiere en la encuesta nacional de salud mental (Gobierno de Colombia, 2015) lo más dramático en lo que respecta a la salud mental en relación con el conflicto armado, es la vulneración psicológica de las víctimas y los victimarios. Los efectos se observan en toda la población, pues refieren: "la guerra impulsa un proceso de deshumanización que empobrece las capacidades de pensar lucidamente; la voluntad y capacidad de comunicarse con veracidad y eficacia, la sensibilidad ante el sufrimiento y el sentido solidario y la esperanza... Un fenómeno similar es el de una progresiva desensibilización colectiva ante los hechos de la violencia". Así mismo se refiere que varios estudios destacan las posibilidades de individuos, familias y colectivos para afrontar esta situación tan adversa y prolongada y, para fortalecerse. El conflicto armado y la ola de violencia que vive el país desde hace muchos años, es plenamente reconocido como un problema de salud pública, pues: (1) produce alta carga de mortalidad y morbilidad evitable; (2) demanda un elevado valor humano y económico en la atención médica; (3) afecta no solo a la víctima, sino también a su familia y su entorno, ya que genera repercusiones negativas en la comunidad de tipo económico, social, y psicológico; (4) influye de manera negativa en el desarrollo social y económico del país y; (5) perturba la cotidianidad de la comunidad, el derecho a disfrutar, a movilizarse, a hacer uso de los bienes públicos. De acuerdo a esta encuesta, las cifras recolectadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal sobre las distintas conductas violentas interpersonales en 2013, calcula que el conflicto armado ha causado la muerte de aproximadamente 220.000 personas desde 1958, de los cuales el 81,5% son pertenecientes a la población civil; se estima, además, que habrían 25.007 desaparecidos, 1.754 víctimas de violencia sexual, 6.421 niños, niñas, y adolescentes reclutados por grupos armados, y 4.744.046 personas desplazadas, lo que convierte a Colombia después de Siria, en el país con mayor número de desplazados internos en el mundo.

En el caso concreto de los niños y niñas, y en base a los datos aportados por la mencionada encuesta, la década pasada registró al menos 2 millones de niños y niñas víctimas mortales de conflictos armados, 4 millones tuvo alguna herida producto del conflicto y 1 millón más quedó huérfano / huérfana o separado / separada de sus familias; lo cual refleja la gran vulnerabilidad de los niños y niñas a ser víctimas de estresores asociados con el conflicto armado. Así mismo se refiere que los cuidadores con TEPT representan un importante factor de riesgo en los niños y niñas, ya que estudios han mostrado que las madres de niños y niñas menores de 5 años expuestas al conflicto armado tienen una prevalencia de TEPT del 29,8%.

Así mismo, la población infantil tiene un riesgo mayor de padecer el TEPT posterior a un desastre natural como huracanes, inundaciones, terremotos, incendios, tsunamis, sequías, recrudescimiento de los inviernos; todos ellos fenómenos naturales a los que está expuesto el país. Las cifras aportadas por esta encuesta, revelan que el 70% de la población infanto-juvenil colombiana de 5 a 15 años de edad, presentaba algún problema que requería atención psicológica, por ejemplo, ansiedad (33%), aislamiento social (28%); y que la prevalencia del TEPT en esta población expuesta a situaciones traumáticas como es el conflicto armado, es de alrededor del 47%, con una prevalencia similar a la del desarrollo del TEPT relacionado con desastres naturales. Adicionalmente, se identificó que la proximidad al evento, un repetido número de experiencias traumáticas, y una alteración emocional intensa en el momento del trauma aumentan el riesgo en esta población de sufrir el TEPT.

Un informe respecto a los costes en salud mental en Europa,

del tratamiento de estas patologías (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, y Jonsson, 2012), refiere que en 2010 el coste estimado total de los tratamientos de trastornos mentales fue de 798 billones de Euros, de los cuales alrededor de 74 billones se destinaron al tratamiento de trastornos de ansiedad, dentro de los cuales el tratamiento del TEPT implicó costes estimados de 8 millones de Euros. Así mismo, alrededor de 113 billones de Euros se destinaron al tratamiento de trastornos del estado de ánimo, dentro de los cuales el tratamiento de los trastornos relacionados con la depresión implicó costes estimados de 11 millones de Euros. En el caso específico de España, en el año 2010, se invirtieron alrededor de 77 billones de Euros en el tratamiento de trastornos mentales.

Por otra parte, datos más recientes, analizados hasta el 2016 y aportados por la OMS, refieren que la inversión en el tratamiento de la depresión y ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Estas estimaciones están basadas en el hecho de que estas dos patologías de tan alta prevalencia y tan vinculadas a estresores psicosociales, cuestan a la economía mundial 1 billón de dólares al año, y que cada dólar invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad rinde 4 dólares en la mejora de la salud y la capacidad de trabajo.

Es por ello, como ya bien se ha mencionado, necesario desarrollar y someter a prueba intervenciones psicológicas centradas en potenciar los factores protectores resilientes y así mitigar los factores de riesgo. Y es ahí en donde desde las últimas dos décadas, la psicología positiva, está jugando un papel muy importante a nivel mundial.

3. LA PSICOLOGÍA POSITIVA

La psicología positiva, surge a finales del siglo XX de la mano de Martin Seligman y sus colaboradores quienes empezaron a cuestionar el hecho de que la psicología clínica se había centrado principalmente en explicar y atender aquello que no era funcional, y potenciado por los estados emocionales negativos y la disfuncionalidad. Es decir, se había centrado primordialmente en el estudio y el tratamiento de las enfermedades mentales. La psicología positiva se basa en la premisa fundamental de que tratar la enfermedad mental “no es lo mismo” que promover la salud mental. Seligman refiere que el sentido básico de lo

positivo no es solo la ausencia de lo negativo, se refiere a cosas que valoramos como: la alegría, serenidad, coraje, optimismo, altruismo, paz, perseverancia, creatividad, y amor; y que estas cosas no vienen automáticamente al luchar contra la tristeza, la ansiedad, el miedo, el egoísmo, el aburrimiento, y el odio; sino que deben cultivarse y nutrirse para que cumplan su función de factores protectores frente a la adversidad. Éste es el objetivo central de la psicología positiva, y especialmente de la resiliencia psicológica.

3.1 ¿QUÉ ES LA RESILIENCIA PSICOLÓGICA?

La resiliencia psicológica se puede entender como una fortaleza, una característica protectora, una estrategia de afrontamiento. Tiene que ver con ser cognitivamente flexible, ser capaz de intentar nuevas maneras de afrontar cuando algo no está funcionando bien, de superar la adversidad. Frederickson (2009) la define como la habilidad para recuperarse de experiencias emocionales negativas y por la flexibilidad para la adaptación a los cambios surgidos como consecuencia de la vivencia de acontecimientos estresantes. A ello la investigadora Karen Reivich agrega que la resiliencia psicológica es la habilidad para aprender y crecer tras la vivencia de un acontecimiento adverso (Reivich y Shatte, 2003).

Tras años de investigación, la ciencia nos dice que determinados factores protectores son esenciales para construir resiliencia. Uno de ellos son los factores biológicos; es decir que la resiliencia en cierto grado podría ser heredada genéticamente, o la manera en como nuestro cuerpo responde al estrés. Otros son los factores psicosociales, en los que interviene la auto-conciencia sobre nuestros pensamientos, emociones, conductas, y reacciones corporales; pero también sobre nuestras fortalezas. Otro factor es la auto-regulación, un conjunto de diferentes capacidades o habilidades para identificar nuestros pensamientos, reacciones, y cambios fisiológicos, y poder modificarlos cuando experimentamos una situación adversa. Pero también para poder conseguir nuestras metas y objetivos, ya que tener una visión de nosotros mismos en el futuro, nos

permite trazar un camino a seguir. Un factor más es la habilidad para mirar las circunstancias desde diferentes perspectivas y nuestra capacidad para resolver los problemas. El optimismo es también considerado por la ciencia como otro de los factores para construir resiliencia; entendido éste como la creencia en un futuro mejor, y la fortaleza para continuar y persistir; siempre teniendo en consideración tanto aquello que podemos controlar como aquello que necesitamos aceptar de la situación adversa, y valorando los problemas como un reto a afrontar. Otro factor más es la auto-eficacia, entendida como nuestros talentos, nuestras fortalezas, nuestras actitudes; y la creencia de que somos capaces de algo determinado. Otro factor importante son nuestros estilos de apego y capacidad de sentirnos seguros (desarrollados desde la infancia); es por ello que el cómo establecemos y mantenemos nuestras relaciones interpersonales, el tener alguna o algunas personas significativas en nuestra vida, en quienes sentimos podemos apoyarnos y confiar plenamente, que están interesadas en nuestro bienestar; son también aspectos importantes para lograr generar resiliencia. El siguiente factor es la espiritualidad, entendida como sentirnos parte o conectados con algo superior a nosotros mismos (p.ej., una conexión emocional con alguien más, una conexión con la naturaleza, nuestra fe, una misión, un propósito, una idea). Finalmente el factor que completa el conjunto de factores protectores que facilitan construir resiliencia son las instituciones de apoyo, entendidas éstas como la familia, el colegio o universidad, el lugar de trabajo, o la comunidad.

3.2 ¿CÓMO SE PUEDE MEJORAR LA RESILIENCIA PSICOLÓGICA?

El Positive Psychology Center de la Universidad de Pensilvania, dirigido por el Dr. Martin Seligman sugiere que una adecuada intervención para potenciar el desarrollo de resiliencia psicológica, debe trabajar con: (1) las habilidades cognitivas (el cambio de pensamientos); (2) las emociones (regulación de la ansiedad, emociones positivas); (3) las fortalezas psicológicas o también llamadas fortalezas de carácter, especialmente el optimismo y la gratitud, ya que como refieren Reivich y col. (2003), juegan un

papel muy importante en mejorar la resiliencia psicológica y el bienestar, especialmente porque potencia la esperanza y porque se considera que la gratitud es importante en el proceso de resiliencia ya que nos ayuda a fortalecer vínculos con las demás personas; (4) otros factores muy importantes para mejorar la resiliencia son el establecer retos y objetivos, y las relaciones interpersonales.

3.2.1 LAS EMOCIONES POSITIVAS

Gracias a los estudios de la Dra. Barbara Fredrickson, líder en el estudio de las emociones positivas, al día de hoy es bien conocido que un elevado afecto positivo está asociado con un mejor estado de salud, tanto física como psicológica, y con un mayor bienestar. Ejemplos de estas emociones son la alegría, felicidad, euforia, amor, gratitud, satisfacción, tranquilidad, serenidad, interés, esperanza, orgullo, diversión, inspiración, asombro, etc. Todas estas emociones, entre otras, ayudan a potenciar nuestra atención,

a ampliar nuestra conciencia, a ser más creativos o creativas, y a flexibilizar nuestros pensamientos e interpretaciones. Además las principales investigaciones en este campo, p.ej., (Fredrickson, 2001) han encontrado que las emociones positivas nos ayudan a construir recursos para el afrontamiento de la adversidad; por ejemplo, a tener relaciones personales más sólidas y fuertes, a tener una mayor capacidad de recuperación, o a mejorar la salud.

3.2.2 LAS FORTALEZAS PSICOLÓGICAS

Las fortalezas psicológicas o de carácter, son un conjunto de 24 fortalezas identificadas por los investigadores Christopher Peterson y Martin Seligman (2004), categorizadas en 6 tipos diferentes de virtudes (Figura 1). Estas fortalezas representan lo mejor de la humanidad, los rasgos de carácter que describe al ser humano. Las fortalezas psicológicas caracterizan quienes somos en nuestro mejor momento; nos impulsan a utilizar lo mejor de nosotros y nosotras, para superar la adversidad, para generar emociones positivas, y para tener relaciones personales más

estables y fuertes en las que se ven potenciada la intimidad, la confianza, y el sentido de pertenencia.

Si deseamos evaluar nuestras fortalezas e identificar aquellas que son más dominantes, el Positive Psychology Center pone a nuestra disposición un cuestionario online que nos permite evaluarlas, y al cual podemos acceder a su versión en castellano a través del siguiente link: <https://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/es/testcenter>

VIRTUDES						
SABIDURÍA Y CONOCIMIENTO		VALOR	HUMANIDAD	JUSTICIA	TEMPLANZA	TRASCENDENCIA
F O R T A L E Z A S	Creatividad	Valentía	Amor	Lealtad	Perdón y Compasión	Belleza y Excelencia
	Curiosidad	Perseverancia	Generosidad	Imparcialidad y Equidad	Humildad y Modestia	Gratitud
	Mentalidad abierta	Honestidad	Inteligencia social	Liderazgo	Prudencia	Esperanza
	Desco de aprender	Vitalidad			Autocontrol	Sentido del humor
	Perspectiva					Espiritualidad

Figura 1. Fortalezas psicológicas o de carácter (Fuente: elaboración propia)

3.2.3 EL OPTIMISMO

El optimismo puede definirse como la creencia o expectativa de que sucederán cosas positivas. Y juega un papel muy importante como factor protector frente a la adversidad, ya que facilita hacer frente al estrés de una manera más efectiva; tiene un impacto positivo en nuestras relaciones sociales y la satisfacción con estas, por lo tanto facilita el apoyo social; potencia el buen estado de ánimo y; permite centrarnos más en los aspectos positivos y que marchan bien en nuestra vida. El optimismo tiene una relación directa con los estados de bienestar físico y emocional, la calidad de vida y, la percepción de felicidad. Los resultados de diversas investigaciones (Aspinwall, Richter, y Hoffman, 2001; Peterson y Steen, 2009) también han encontrado una relación inversa entre los niveles de optimismo y el desarrollo de la depresión; es decir, cuanto más optimista sea una persona, se reducen las posibilidades de que desarrolle una depresión. Esto podría explicarse por el hecho de que pensar en un futuro esperanzador, con expectativas positivas, podría ayudar a regular las emociones negativas asociadas con la depresión. Por lo tanto, enseñar a ser más optimistas a las personas vulnerables a padecer una depresión, podría resultar en una especie de vacuna contra la depresión. En esta línea, son muy interesantes los resultados encontrados en las investigaciones de Reivich y cols. (Reivich y Shatte, 2003), quienes pusieron en marcha un programa de entrenamiento en optimismo con niños y niñas vulnerables (p.ej.,

en familias disfuncionales) en riesgo de desarrollar depresión; en los resultados del seguimiento posterior a la intervención, encontraron que los niños y niñas que habían sido entrenados, presentaban menos indicadores de riesgo de desarrollar una depresión, a pesar de encontrarse en una situación o entorno de vulnerabilidad.

Los resultados de las investigaciones de la última década (Carver, Scheier, y Segerstrom, 2010), indican que en el optimismo están implicados una serie de factores, el primero de ellos es el cognitivo, es decir todo aquello que involucra a nuestros pensamientos, percepciones e interpretaciones; a nuestra capacidad para identificar y resolver los problemas y, a verlos como un reto o desafío y no como una amenaza; a nuestra capacidad para identificar aquello que realmente se puede controlar versus aquello que es necesario aceptar; a nuestra capacidad para gestionar mejor nuestros recursos físicos y psicológicos. El siguiente factor implicado en el optimismo es el comportamental, ya que éste impulsa el afrontamiento a la situación que nos provoca temor o incertidumbre; el pedir ayuda o apoyo cuando nos encontramos en problemas o ante una situación difícil. Otro factor implicado es el emocional, ya que incrementa la experimentación de emociones positivas; a usar el sentido del humor como forma de afrontamiento; a sonreír ante la adversidad.

3.2.4 LA GRATITUD

La gratitud es una parte fundamental del bienestar. Diversas investigaciones, entre ellas las lideradas por el Dr. Bob Emmons (Emmons, 2007; Emmons y McCullough, 2003) han identificado que cultivar periódicamente la gratitud tiene un efecto positivo sobre la mejora de la salud física y emocional, y sobre las relaciones personales; potencia la satisfacción, incrementa en sentido de humildad, incrementa las conductas de ayuda. Cuando experimentamos gratitud, nos estamos enfocando en todo aquello que estamos recibiendo y no en nuestras carencias. Una de las formas más sencillas que recomiendan los diferentes investigadores en el campo para cultivar la gratitud es, todos los días identificar al menos tres cosas positivas que hemos vivido y por las cuales queremos agradecer (p.ej., por una comida deliciosa,

un momento divertido, pasar tiempo con los hijos, tener salud, a los compañeros del trabajo que me han ayudado el día de hoy, etc.), identificar los buenos momentos cotidianos en nuestra vida; y luego reflexionar sobre las razones de por qué estamos agradecidos o agradecidas.

Como bien se ha referido a lo largo de este informe, existe un consenso creciente acerca de la necesidad de programas de prevención e intervención en diferentes contextos, y dado que nos encontramos en la era de la información y comunicación, las tecnologías de la información y comunicación (TICs) pudieran ser una muy buena alternativa para ello.

3.2.5 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

En los últimos años los servicios de salud mental, al igual que otras áreas, se están beneficiando de los avances de las TICs. Desde hace varias décadas se publican resultados eficaces de aplicaciones innovadoras y sistemas de intervención basados en TICs. Es por esto que podemos ofrecer a las nuevas generaciones programas de promoción de la salud acordes con sus medios y estilos de comunicación, y preferencias. Considerando el impacto que han tenido las TICs, que su boom se ha dado entre finales del siglo XX y principios del siglo XXI, y que los usuarios adultos más frecuentes de las tecnologías se encuentran en un rango de edad de 18 a 37 años, los llamados “millennials”, las TICs representan posiblemente el medio más directo para llegar a ellos.

Un ejemplo de esos sistemas asistidos por TICs son los tratamientos web auto-aplicados basados en psicología positiva o también denominadas “tecnologías positivas” (Riva,

Baños, Botella, Wiederhold, y Gaggioli, 2012). En los últimos años, se han incorporado con éxito y de manera exponencial TICs a las intervenciones psicológicas. Se han desarrollado intervenciones las cuales pueden ser administradas a través de Internet (Andersson, 2016; Andersson y Titov, 2014) capaces de reducir el tiempo de contacto entre paciente y terapeuta y de llegar a personas que de otra forma no recibirían tratamiento. En concreto, los programas auto-aplicados vía Internet, son una nueva modalidad para brindar apoyo psicológico que ha sido utilizada de manera creciente y que representa una alternativa y una herramienta poderosa, cuando: (a) no se tiene acceso a servicios de apoyo psicológico; (b) las personas prefieren guardar el anonimato al principio del proceso de atención psicológica y; (c) las personas tienen dificultades para identificar los beneficios del apoyo psicológico y de esta manera pueden tener el primer contacto con programas diseñados por profesionales de la salud.

4. CONCLUSIONES

La psicología positiva, también conocida como a la ciencia de bienestar, resulta una alternativa útil para desarrollar factores protectores como la resiliencia que ayuden a afrontar adecuadamente los muy variados acontecimientos adversos que vive de forma habitual o permanente la población en Hispanoamérica, por ejemplo, crisis económicas, desempleo, violencia de género, terrorismo, narcotráfico, secuestros, levantamientos, inseguridad, pobreza, desastres naturales, inmigración ilegal, desplazamientos, conflictos armados, etc. Un aspecto importante a tener en cuenta son los costes en

salud mental, derivados de la creciente tasa de trastornos como la depresión, y de sus consecuencias adyacentes como son el desarrollo de otros trastornos, el ausentismo laboral y baja productividad, o mermar la calidad de vida en general. Estos costes, como ya han referido diversos informes, se verían claramente reducidos si se empieza a trabajar desde etapas tempranas en la prevención, tal como sugieren los trabajos de Reivich y cols. Y para lo cual la psicología positiva ha resultado una buena alternativa.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Amor, P., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 157-179. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Andersson, G., y Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11. doi: 10.1002/wps.20083
- Aspinwall, L., Richter, L., y Hoffman, R. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. En C.Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 217-238). Washington, DC: American Psychological Association.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., y Lozano, R. (2005). Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Publica de México*, 47(1), 4-11.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depression: State of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. *Salud Publica de México*, 55(1), 74-80.
- Carver, C., Scheier, M. F., y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 4(1), 227-244.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y De Corral, P. (2009). Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medida de protección. España: Centro Reina Sofía y Generalitat Valenciana.
- Emmons, R. (2007). *Thanks!: How the new science of gratitude can make you happier*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- Emmons, R., y McCullough, M. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.377
- Frederickson, B. L. (2009). *Positivity: Top-notch research reveals the upward spiral that will change your life*. USA: Harmony.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. doi: 10.1037//0003-066X.56.3.218
- Gobierno de Colombia. (2015). *Encuesta nacional de salud mental*. Colombia: Gobierno de Colombia.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., y Jonsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162.
- Peterson, C., y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, D.C.: APA Press and Oxford University Press.

Peterson, C., y Steen, T. A. (2009). Optimistic explanatory style. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of positive psychology* (2 ed.).

Reivich, K., y Shatte, A. (2003). *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. New York, NY: Broadway Books.

Riva, G., Baños, R. M., Botella, C., Wiederhold, B. K., y Gaggioli, A. (2012). Positive technology: using interactive technologies to promote positive functioning. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 15(2), 69-77. doi:10.1089/cyber.2011.0139

Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., y De Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19(3), 459-466.

Southwick, S. M., y Charney, D. S. (2012). The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79-82. doi:10.1126/science.1222942

6. SOBRE LA AUTORA

Berenice Serrano es Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México y Doctora en Psicología por la Universitat Jaume I. Es Directora del grupo de investigación Tratamientos Psicológicos Emergentes, en la Universidad Jaume I. Ha desempeñado sus actividades en I+D+i, participado en diversos proyectos en México, España, y Canadá; estos proyectos han estado enfocados a la investigación, desarrollo, innovación, aplicación, y diseminación de las tecnologías de la información y comunicación (TICs: Internet, realidad virtual, realidad aumentada, realidad mixta, virtualidad aumentada, sistemas gestuales, sistemas móviles, y visión por ordenador), en diversas áreas de la psicología y otras disciplinas afines.

Es autora y co-autora de varias publicaciones, conferencias, y comunicaciones; y miembro de la organización y comité científico de congresos tanto en el ámbito nacional como internacional. Ha realizado estancias de investigación en centros en el extranjero. Ha ganado varios reconocimientos, otorgados por diferentes instituciones de México, la Comisión Europea, España, y Canadá.

Actualmente su principal línea de investigación está centrada en la integración de la ciberpsicología (uso y aplicación de las TICs en las intervenciones psicológicas) en las terapias psicológicas de tercera generación, y en otras terapias psicológicas emergentes a finales del siglo XX y principios del siglo XXI.

viu | **Universidad**
Internacional
de Valencia

Síguenos en:



www.viu.es