



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD

“EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN
CLÍNICA POSITIVA EN ADULTOS JOVENES
CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN DEL
MUNICIPIO DE ECATEPEC,
ESTADO DE MÉXICO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA Y SALUD

PRESENTA:
DANIEL SÁNCHEZ CINSEROS

DIRECTORA: DRA. GABRIELA RODRIGUEZ HERNANDEZ

CODIRECTOR: DR. CARLOS SAÚL JUÁREZ LUGO

TUTOR: DR. ARTURO ENRIQUE OROZCO VARGAS

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE 2025



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD**

**“EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN CLÍNICA POSITIVA
EN ADULTOS JÓVENES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN DEL
MUNICIPIO DE ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA Y SALUD**

PRESENTA:

DANIEL SÁNCHEZ CINSEROS

DIRECTORA: DRA. GABRIELA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

CODIRECTOR: DR. CARLOS SAÚL JUÁREZ LUGO

TUTOR: DR. ARTURO ENRIQUE OROZCO VARGAS

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO OCTUBRE 2025



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC MAESTRIA EN
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN CLÍNICA POSITIVA EN
ADULTOS JÓVENES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN DEL
MUNICIPIO DE ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO**

PRESENTA:

Daniel Sánchez Cisneros

DIRECTORA: DRA. GABRIELA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

CODIRECTOR: DR. CARLOS SAÚL JUÁREZ LUGO

TUTOR: DR. ARTURO ENRIQUE OROZCO VARGAS

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO.

**Ciencia y
Tecnología**

Secretaría de Ciencia, Humanidades,
Tecnología e Innovación



Índice

Resumen.....	5
Planteamiento del Problema	6
Pregunta de Investigación.....	7
Justificación.....	7
Depresión e Intervenciones Clínicas Positivas	10
Depresión	10
Características y Clasificación de la Depresión	11
Factores de Riesgo de la Depresión.....	12
Tratamientos Psicoterapéuticos para la Depresión.....	13
Psicoterapias de Segunda Generación	13
Psicoterapias de Tercera Generación.....	16
Psicoterapia y Psicología Positiva.....	18
Depresión y Salud Mental	18
Características de las ICP para la Promoción del Bienestar y Disminución de la Depresión	29
Método	34
Objetivos.....	34
Hipótesis	34
Tipo y diseño de estudio.....	35

Participantes.....	35
Técnica de recolección de datos	36
Hoja de Datos Generales	36
Resultados	45
Equivalencia Inicial en Niveles de Depresión y Bienestar Psicológico de los Participantes....	45
Eficacia de la Intervención en el Nivel de Depresión y Bienestar Psicológico	46
Análisis Intragrupo de la Depresión y el Bienestar Psicológico Pretest-Postest.....	47
Análisis Intragrupo Experimental, Pretest, Postest y seguimiento	48
Tamaño del Efecto de la Intervención.....	48
Discusión.....	49
Limitaciones	51
Conclusiones	53
Referencias.....	55
Anexos	85
Anexo 2.....	87
Anexo 3.....	88
Anexo 4 Inventario de depresión de Beck-II	89
Anexo 5.....	91
Anexo 6.....	93
Anexo 7.....	94

Resumen

Introducción: En la actualidad la depresión es uno de los trastornos mentales que más afecta a la población y que se presenta con alta incidencia a nivel mundial. Este problema se agrava principalmente cuando afecta a los adultos jóvenes, interfiriendo en el desarrollo personal, académico y laboral, de esta manera se profundizan las consecuencias económicas y sociales del contexto en el que viven. Los modelos psicoterapéuticos tradicionales tienen métodos valiosos y efectivos para su tratamiento, pero una limitante es su enfoque centrado en la reducción de los síntomas y la enfermedad, por otro lado, las Intervenciones clínicas Positivas (ICP) se enfocan en la promoción del bienestar, permitiendo el desarrollando e implementando estrategias enfocadas a mejorar el desarrollo y la satisfacción de las personas, promoviendo la salud, la calidad de vida y el bienestar. **Objetivo:** consistió en la evaluación de la efectividad de la Psicoterapia Positiva (PPT) desarrollada por Rashid y Seligman en 2018. **Método:** se diseñó un estudio pretest-postest con grupo control en lista de espera y los participantes fueron adultos jóvenes con sintomatología depresiva de leve a moderada. **Resultados:** De acuerdo con las pruebas de potencia la PPT resultó efectiva en la reducción de síntomas depresivos y el aumento del bienestar psicológico en el grupo experimental de adultos jóvenes. **Discusión:** Los resultados obtenidos coinciden con los reportados en otras investigaciones que también utilizaron la PPT en cuanto a la reducción de síntomas depresivos. Por cuanto hace al bienestar psicológico hubo variaciones en el seguimiento. **Conclusión:** Estos hallazgos resaltan la importancia de desarrollar y validar intervenciones adaptadas culturalmente al contexto mexicano. La tropicalización de modelos terapéuticos es esencial para su efectividad y pertinencia local.

Palabras clave: Psicología Positiva, salud mental, depresión, adultos jóvenes.

Planteamiento del Problema

En la actualidad la depresión es uno de los trastornos mentales que a nivel mundial representa el 3.8% de la población, es decir, 280 millones de personas ha experimentado esta afectación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). De la misma manera a nivel nacional de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición indican que el 17.9% de los adultos en México reportan sintomatología depresiva correspondiente a un grado moderado y severo (Shamah-Levy et al., 2020), las afectaciones de este trastorno representan una causa importante de discapacidad e incide considerablemente en la carga de morbilidad (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2023). Este trastorno afecta a un gran número de grupos etarios en el mundo, pero cuando se presenta los jóvenes de 15 a 29 años las consecuencias personales, sociales y económicas se profundizan (Morales, 2017), identificando que cuando la depresión no se trata de manera eficaz puede llegar al suicidio, situación que representa la cuarta causa de muerte en este grupo etario (OMS, 2023), esta situación es un problema no solamente de salud pública, sino social y económico en nuestro país, ya que de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2023) el 11.6% de los casos con depresión se presentan en los jóvenes de edades de 18 a 29 años.

A pesar de que existen tratamientos conocidos y eficaces para abordar este trastorno (Evans-Lacko et al., 2018) es necesaria la perspectiva de prevención primaria en la salud física y psicológica para la identificación temprana y la promoción de recursos psicológicos clave que sustenten el bienestar (Di Fabio y Kenny, 2016), esto se obtiene a través de prácticas e intervenciones psicológicas que eleven el bienestar y que refuercen en cada persona habilidades y fortalezas para reducir la vulnerabilidad a sufrir trastornos mentales (Urrego et al., 2022), de la misma manera, es necesaria la implementación de intervenciones clínicas basadas en PP debido a

que contribuyen al manejo de enfermedades mediante la promoción de emociones, pensamientos y comportamientos positivos, así como el fomento de las fortalezas y el desarrollo de redes de apoyo social (Economou et al, 2019).

Las ICP han sido ampliamente estudiadas en la efectividad del tratamiento de la depresión y de esta manera brindan un camino para abordar este trastorno mental desde los aspectos positivos del ser humano, como lo son las fortalezas y virtudes (Gansedo, 2008; Sanz y García, 2017). Algunos estudios (Craske et al., 2019; Stemmler et al., 2021; Zautra, 2003) han permitido comprender estos elementos en el tratamiento de la depresión. En su momento, Seligman et al. (2006) probó la eficacia de ejercicios relacionados con la PP para mejorar el nivel de bienestar y disminuir la sintomatología depresiva. Estos estudios, han mostrado que los tratamientos más eficaces son los relacionados con el desarrollo de las fortalezas personales y los relacionados con la práctica de la gratitud. Si bien, la eficacia de dichas intervenciones ha sido comprobada empíricamente también se ha encontrado que la sistematización y la reproducción de estas intervenciones deben ser estudiadas en diferentes contextos, lugares y poblaciones en riesgo, como la adultez joven, donde las investigaciones que siguen esta línea aún son escasas (Casullo y Fernandez, 2006; Pintado y Castillo, 2017).

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención clínica positiva basada en el modelo PERMA para disminuir los niveles de depresión en adultos jóvenes en Ecatepec, Estado de México?

Justificación

La depresión es el trastorno mental más común y se estima que alrededor del 75% de las personas que se ven afectadas no reciben tratamientos con la capacidad de promover el bienestar (Evans-Lacko et al., 2018), entre los enfoques terapéuticos más comunes para la depresión se

encuentra la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal y la terapia de solución de problemas (Sanz y García-Vera, 2017), aunque se ha probado la eficacia de dichos tratamientos psicoterapéuticos sus limitaciones se encuentran en el aumento del malestar emocional durante el tratamiento (Lambert, 2013), ya que carecen de un enfoque dirigido a la promoción de la salud mental y el aumento del bienestar (Di Fabio y Kenny, 2016), centrandos sus intereses en la patología, el sufrimiento y el malestar (Urrego et al., 2022).

La Psicoterapia Positiva (PPT) desarrollada por Rashid y Seligman (2006, 2014, 2018) para tratar la depresión es una estrategia dirigida a la aproximación de mejorar la efectividad de la psicoterapia a través de las fortalezas personales ampliando el enfoque al crecimiento en vez de la reducción de los síntomas, expandir el concepto de la psicoterapia centrada en la enfermedad, aportar conocimientos en investigación empírica y disminuir el desgaste emocional en el proceso clínico. La eficacia de este modelo fue estudiada por Seligman (2006) en un ensayo controlado aleatorio con estudiantes que presentaban síntomas depresivos leves y moderados, identificando que la PPT fue eficaz para el aumento de la satisfacción con la vida y la reducción de síntomas depresivos. En un estudio realizado por Cuadra et al. (2010, 2012) se analizaron las diferencias de la PPT y la psicoterapia habitual en pacientes diagnosticados con depresión, encontrando que la disminución de síntomas depresivos y el aumento de la satisfacción vital fue mayor en los participantes que recibieron la PPT. De la misma manera Alden y Trew (2013) en un estudio realizado con el objetivo de mejorar el afecto positivo y reducir el afecto negativo a través de la PPT, se encontró que esta intervención tuvo efectividad significativa para el aumento del afecto positivo y la reducción del afecto negativo. En otro estudio realizado por Huffman et al. (2014) a través de un estudio pre-post identificaron que la PPT tiene efectos significativos en el optimismo y la desesperanza en una población de pacientes hospitalizados con pensamientos y

conductas suicidas. Recientemente un ensayo controlado aleatorio realizado por Furchtlehener et al. (2021), con el objetivo de examinar la eficacia de la PPT con individuos que padecieran un trastorno depresivo se identificaron efectos consistentes moderados y altos a comparación de la terapia cognitivo conductual.

Esta investigación es novedosa debido a que el desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento para la depresión como PPT difiere del enfoque de los tratamientos convencionales, debido a que no se enfoca únicamente a la reducción de los síntomas depresivos, sino que logra este objetivo con la promoción de la salud mental y el bienestar a través de los aspectos positivos y las fortalezas de carácter (Littman et al., 2021; Pintado y Castillo, 2017). Los hallazgos de la presente investigación pueden ser de importancia para la búsqueda de estrategias que reduzcan el malestar psicológico y la prevención de consecuencias derivadas de la depresión, además de contribuir al avance científico para ampliar el conocimiento de la eficacia de nuevas estrategias que resulten beneficiosas para la sociedad.

Depresión e Intervenciones Clínicas Positivas

Depresión

La depresión clínica es uno de los trastornos que muestra con un aumento considerable a nivel mundial en cuanto a su prevalencia e incapacidad que genera en las personas que la sufren (Smith et al., 2016). Su sintomatología se ha asociado con mayor riesgo de deterioro en la salud, enfermedades crónicas (De Castro et al., 2015) y muertes prematuras (Archer et al., 2020). Se le llama trastorno depresivo al conjunto de síntomas como la tristeza, bajo estado de ánimo, poca energía e incapacidad para obtener placer (anhedonia) (Asociación Americana de Psicología [APA], 2014). Actualmente, la depresión es catalogada como un problema de salud pública debido a su alta prevalencia alrededor del mundo (Cid, 2021). La depresión es una enfermedad que afecta al ser humano de manera global con síntomas físicos, emocionales y cognitivos que repercuten en la esfera biológica, psicológica y social (Manzanera, 2006; Paulus et al., 2017). Su principal afección se encuentra en la regulación del afecto (Yıldız & Kızıldağ, 2018), provocando alteraciones que pueden volverse crónicas y recurrentes, incluso llegando al suicidio (INH, 2021; Korman y Sarudiansky, 2011; LeMoult y Gotlib, 2019).

Las consecuencias de la depresión impactan en los sentimientos de desesperanza frente al mundo, hacia el futuro y hacia sí mismo (Beck et al., 2005), en cambios conductuales como alteraciones alimenticias, psicomotoras, hábitos del sueño, relaciones sociales o llanto (Gonzalez-Forteza et al., 2015), dificultades cognitivas como la atención, la memoria (Goodale, 2007), alteraciones del pensamiento, déficit en toma de decisiones, ideas negativas, pesimismo (López, 2010) y culpa excesiva e ideación suicida (Riveros et al, 2007). También, tiene un serio impacto en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal (Daraei, 2013).

Se estima que afecta a 280 millones de personas, lo que equivale al 3,8% de la población mundial (OMS, 2023). Este trastorno afecta en gran medida a los jóvenes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023), debido a que es una etapa de vida en la que hacen frente a situaciones laborales difíciles, estancamiento y crecimiento profesional (Cuesta et al., 2022) y complejidad de sus relaciones interpersonales (Ayala-Servín et al., 2022).

Características y Clasificación de la Depresión

La depresión tiene distintas formas de detectarse y clasificarse con respecto a los síntomas y duración, para su detección se encuentran el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11 (CIE-11). En estos instrumentos se señala que la depresión y su intensidad puede identificarse a través de una serie de síntomas y características (Korman y Sarudiansky, 2011; Paulus et al., 2017). Entre los síntomas más frecuentes se encuentran los sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, vacío, desesperanza, pesimismo, irritabilidad, frustración, intranquilidad, culpabilidad, inutilidad, impotencia, pérdida de placer e interés en actividades y pasatiempos. También se experimentan síntomas neurovegetativos como la fatiga, disminución de energía, dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, dificultad para dormir, despertar temprano o dormir demasiado, cambios en el apetito, dolores y molestias, dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos. Entre los síntomas más graves se encuentran los intentos de suicidio, pensamientos sobre la muerte o el suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014; OMS, 2024; Instituto Nacional de Salud Mental [INH], 2021).

Los manuales de diagnóstico catalogan este trastorno en diferentes tipos de acuerdo con la presencia de los síntomas, la duración y las causas.

- a) Trastorno depresivo mayor o trastorno depresivo recurrente. Se caracteriza por tener una duración aproximada de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento físico y mental. Se pueden identificar al menos dos síntomas generales como el estado de ánimo deprimido o la pérdida del interés o del placer, los cuales pueden causar malestar clínico, deterioro social o laboral (APA, 2014; OMS, 2024; INH, 2021).
- b) Trastorno depresivo persistente o trastorno distímico. Comprende síntomas de depresión menos graves y tiene una duración aproximada de dos años. Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración y sentimientos de desesperanza. Estos síntomas deben experimentarse durante más de dos meses seguidos. Los síntomas no deben atribuirse al abuso de sustancias, uso de medicamentos, enfermedades médicas, duelo o cualquier evento que pueda causar tristeza (APA, 2014; OMS, 2024; INH, 2021;).
- c) Trastorno depresivo inducido por sustancias. Síntomas como el estado de ánimo depresivo, falta de interés o placer pueden experimentarse y perdurar durante un periodo aproximado de un mes posterior a la abstinencia aguda o la intoxicación (APA, 2014).

Factores de Riesgo de la Depresión

Los factores de riesgo para la depresión son múltiples y se componen de elementos individuales y ambientales (Álvarez et al., 2019). Algunos factores individuales son: el género femenino, la genética, la personalidad, los recursos personales, las estrategias de afrontamiento (Álvarez et al., 2019), desestructuración familiar, acoso, abuso físico, emocional o sexual y consumo de

sustancias (NIH, 2021). Los factores ambientales y sociodemográficos que pueden precipitar y promover los cuadros depresivos (Machado, 2016; Meza-Peña et al., 2021) se encuentran los culturales, los políticos, los socioeconómicos, educativos, estado civil, bajos ingresos económicos, experimentar maltrato, la pérdida de un ser querido, entre otros (Kwong et al., 2019).

Tratamientos Psicoterapéuticos para la Depresión

Para comprender la evolución de los tratamientos para la depresión y su papel en las intervenciones clínicas positivas, es importante hacer una revisión de los modelos que se han desarrollado para afrontar este trastorno con el objetivo de identificar las diferencias para abordar dicho trastorno, la eficacia y las limitaciones de cada uno. Dentro de los modelos a revisar se encuentran las terapias de segunda generación como la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (TIP) y la psicoterapia breve centrada en soluciones (TBCS), así como las terapias de tercera generación orientadas a tomar en cuenta el contexto y a la relación paciente-terapeuta (Carrasco, 2017).

Psicoterapias de Segunda Generación

Psicoterapia Cognitivo Conductual (TCC).

Una de las psicoterapias más estudiadas y evaluadas experimentalmente es la TCC, además de ser el tratamiento psicoterapéutico mayormente utilizado para los cuadros depresivos (Cujipers et al., 2013; Lorenzo-Díaz et al., 2021), el enfoque de la TCC se fundamenta en la psicología cognitiva de la década de los 70's (Beck y Rush, 1995), su principal postura circunda sobre la expresión emocional, conducta vinculada a un pensamiento o creencia que actúa como desencadenante conductual. Desde este modelo, la depresión es producto de la manera particular de ver la vida, a nosotros mismos y de cómo entendemos nuestras relaciones con otras personas

(Garay et al., 2015). Provee un marco general para incorporar diferentes estrategias de tratamiento que involucran la evaluación, la terapia activa y la prevención de recaídas (Zarragoitia y O'Reily, 2015).

Su principal aporte al tratamiento de la depresión se encuentra en ayudar al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para enfrentar sus problemas (Puerta y Padilla, 2011). Sus principales objetivos y efectos se encuentran en la reducción de síntomas depresivos (Hernández-Brussolo et al., 2017), disminución del pensamiento disfuncional, incremento de habilidades de autocontrol, mejorar la capacidad de resolución de problemas y aumentar las habilidades interpersonales (Puerta y Padilla, 2011). Cabe destacar que la TCC ha sido enormemente reconocida a través de diversos estudios como el tratamiento por excelencia para abordar el trastorno depresivo.

Terapia Interpersonal (TIP).

Se fundamenta en la escuela de psiquiatría interpersonal, teoría del apego y los roles sociales (de la Parra, 2018), ésta, considera que los eventos en la infancia temprana influyen en las psicopatologías (Carrasco, 2017). La TIP tiene aspectos en común con terapias psicodinámicas respecto al pasado e historia de la persona, pero también se enfoca en la situación actual y objetivos respecto a cambios de vida reales, es una de las terapias menos estructuradas, no asigna tareas, toma en cuenta no solo pensamientos y conductas, sino también las respuestas afectivas a las problemáticas interpersonales (de la Parra, 2018). La psicoterapia con orientación psicoanalítica parte de las experiencias traumáticas del infante, de carencias tempranas y la interrupción de las relaciones de apego (Carrasco, 2017) y los déficits psíquicos que predisponen negativamente la manera de enfrentar situaciones de pérdida o estrés (Romero et al., 2012).

En una revisión de la literatura realizada por Campillo et al, (2015) se identificó que los principales efectos de la TIP se centran en la reducción de síntomas depresivos, mejoras en el apoyo social y habilidades de afrontamiento (Petersen et al., 2012). Una de las más recientes formulaciones de esta corriente es la Terapia Dinámica Interpersonal (TDI), para identificar la conexión de los síntomas y las relaciones sociales y estimular la capacidad de reflexión de los estados mentales (Lemma et al., 2010). Sus objetivos y efectos de esta terapia se enfocan en ayudar al paciente a la comprensión de sus problemas, la funcionalidad de su mente, el origen de sus problemáticas interpersonales y patrones de conducta (Carrasco, 2017).

Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS).

La TBCS, se caracteriza por la importancia del diálogo y la construcción de significados entre el terapeuta y el cliente (León-Wong et al., 2022). Se fundamenta en el marco epistemológico del constructivismo (Feixas y Villegas, 2000) donde el paciente es el protagonista de la terapia y genera sus propias soluciones, el terapeuta apoya el proceso de apertura, escucha activa y fórmula preguntas centradas en soluciones, proponiendo tareas que refuercen y amplíen dichas soluciones (De la Fuente et al., 2019). La propuesta de la TBCS actúa sobre mediadores clave de la depresión como la indefensión, actitudes disfuncionales, pensamiento negativo y rumiación (Leon-Wong et al., 2022). Los efectos en relación con el trastorno depresivo se centran en promover la búsqueda de soluciones (De la Fuente et al., 2019), promoción de una visión del futuro y la reducción de los síntomas (Leon-Wong et al., 2022).

Como se ha mostrado, dichos tratamientos tienen un enfoque centrado en la reducción de síntomas, dejando ver que las intervenciones psicológicas tradicionales para atender la depresión carecen y es poco frecuente que se centren en la atención de los aspectos positivos (Rashid y Seligman, 2018).

Psicoterapias de Tercera Generación

La evolución de los modelos terapéuticos fue promovida por las críticas y limitaciones para mejorar su eficacia y calidad, posibilitando el surgimiento de nuevos tratamientos denominados terapias contextuales o terapias de tercera generación (Hayes y Hofmann, 2021). Esta nueva corriente incorpora de manera óptima el análisis de la conducta, el contexto, el lenguaje natural y la relación terapeuta-paciente (Gonzalez-Terrazas y Froxan-Parga, 2021). Dentro de estas terapias para atender la depresión se encuentran la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), la Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (TCBCP) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) (Zych et al., 2012).

La TDC está orientada al cambio y aceptación, se centra en la enseñanza de habilidades para la expresión de emociones, practicar comportamientos nuevos, desarrollar espontaneidad, alegría, relajación, fortalecer la conexión social y los sistemas de seguridad social (Baudinet et al., 2021). Este entrenamiento se basa en una serie de estrategias para fomentar habilidades de atención plena basada en Mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal (Rathus y Miller, 2015) y se ha demostrado que es una terapia eficaz para el tratamiento de la depresión (Zych et al., 2012).

La FAP se basa en la relación terapeuta-paciente y el análisis de las conductas (Kohlenberg et al., 2005). La conducta del paciente es analizada por el terapeuta a partir de la observación directa en el contexto clínico (Lopez et al., 2010), su trabajo principalmente se centra en el reforzamiento natural, modelamiento y la equivalencia funcional de los entornos (Kohlenberg y Tsai, 1991) construyendo un ambiente que contribuya a la aparición de conductas clínicamente relevantes para reforzar aquellas que tienen relación con la mejoría del paciente

(Zych et al., 2012) ayudando al paciente a identificarlas junto con las variables que las controlan (Ferro-García et al., 2007).

En cuanto a la TCBCP su premisa se centra en la reducción de las recaídas en la depresión (Foroughi et al., 2019), consiste en realizar un recorrido sensorial en Mindfulness por diferentes partes del cuerpo, llevando autorregistros de sucesos, pensamientos y emociones positivas o negativas, fomentando la auto-observación y la toma de perspectiva (Miro y Simón, 2013), su propósito principal es centrarse en el presente, vivir el momento tal como es de manera activa y reflexiva sin valorarlo, simplemente aceptando lo que sucede (Vallejo-Pareja, 2006). Los efectos en relación con la depresión son la aceptación de los pensamientos, sentimientos y emociones tal como son y a vivirlos sin intentar eliminarlos (Corcoran y Segal, 2008), activando pensamientos y emociones positivas que estimulan la autorregulación emocional (Garland et al., 2015).

La más representativa de este tipo de terapias es la TAC, la cual parte de la Teoría del Marco Relacional (Rodríguez-Riesco et al., 2022) y es catalogada como eficaz y válida para el tratamiento de la depresión (Kyllönen et al., 2018). Este enfoque terapéutico considera el sufrimiento como parte de procesos psicológicos normales (Hayes et al., 2015), fomenta la flexibilidad psicológica que se caracteriza por reacciones, emociones, pensamientos controlados y dirigidos a lo que es importante y valioso para el paciente. Mediante herramientas como el análisis funcional, explora y amplifica el valor de aquello que tiene sentido o importancia personal y la toma de perspectiva de sus pensamientos (defusión) (Barbero, 2022). Se ha demostrado que estas herramientas promueven el bienestar psicológico y disminuye el malestar o el distrés en los pacientes con depresión (Wersebe et al., 2018).

A diferencia de las primeras generaciones terapéuticas que se centran en eliminar todo lo negativo (Zych et al., 2012), las terapias de tercera generación tratan de incluir los elementos de las generaciones anteriores, integrando y añadiendo elementos más complejos como el contexto, redes de relaciones, aceptación, defusión cognitiva, perspectiva y valores (Barnes-Holmes et al., 2004), lo que equivale a aceptar los eventos negativos en vez de evitarlos, ya que esta evitación puede perjudicar el desarrollo y la mejora del individuo ante los trastornos mentales (Zych et al., 2012).

Psicoterapia y Psicología Positiva

Depresión y Salud Mental

La depresión clínica puede ser conceptualizada como la pérdida del bienestar psicológico (Rossi et al., 2019), a partir de un continuo que indica la presencia o ausencia de la salud mental y el otro la presencia o ausencia de psicopatología (Gargiulo y Stokes, 2009). La relación que existe entre la depresión y la salud mental debe ser comprendida a través del modelo de dos continuos, es decir, son dos dimensiones relacionadas, pero al mismo tiempo son distintas (Rossi et al., 2019). Dicho modelo propone una relación entre la psicopatología y el bienestar. Diversos estudios señalan que las personas que experimentan problemas de salud mental tienen niveles de bienestar inferiores a los de personas que no lo experimentan (Franken et al., 2018), principalmente en personas con problemas del estado del ánimo (Beekman et al., 1997; Keyes, 2005; Nierenberg, et al., 2010; Seow et al., 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la salud mental desde una perspectiva positiva y la define como un estado de bienestar mental que permite enfrentar el estrés, desarrollar habilidades, aprendizajes y contribuir a la comunidad (2025). La sociología médica propone una visión de salud-enfermedad como dos elementos de un solo fenómeno, toda vez que

las buenas y malas experiencias son parte del ser humano como una sola unidad (Linley y Joseph, 2004).

Bienestar.

La salud abarca el bienestar físico, mental y social que una persona experimenta en su vida diaria. En este contexto, uno de los principales objetivos de la Psicología Positiva (PsP) es contribuir al bienestar, la satisfacción con la vida y la felicidad de las personas (Rashid y Seligman, 2018). Dicha orientación a hacia el estudio del bienestar ha sido compuesta por diversas teorías que consideran la experiencia subjetiva (Diener, 2000), el propósito vital, el desarrollo personal (Ryff, 1989) y la autodeterminación (Ryan y Deci, 2001).

De acuerdo con lo anterior, es importante comprender el papel que tiene la felicidad en el estudio del bienestar; la felicidad es concebida a través de dos perspectivas, la hedónica y la eudemónica (Ryan y Deci, 2001) y la diferencia radica en la valoración en la que se enfoca la atención de la persona (Fernández et al., 2013). La eudemonía entiende la felicidad como un estado de plenitud y equilibrio psicológico a través del desarrollo de las virtudes y de la razón (Rodríguez-Carvajal et al., 2010), entendiendo el concepto de felicidad como la evaluación total de la vida en función de el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal siendo indicadores de funcionamiento positivo (Aspinwall y Staudinger, 2003). En cuanto a la visión hedónica la felicidad hace referencia a la alegría y la satisfacción, haciendo referencia a la evaluación que un individuo hace de su propia vida (Oishi, 2012), esta evaluación, es conformada por aspectos cognitivos y afectivos que dependen de la percepción personal de la felicidad (Oishi et al., 2007). Ambas perspectivas han sido estudiadas y ampliadas, refiriéndose a la visión hedonista como bienestar subjetivo (BS), y la visión eudemónica como bienestar psicológico (BP) (Keyes et al., 2002), los dos constructos tienen relación, pero tienen distintos

papeles en cuanto al funcionamiento psicológico positivo y el bienestar de las personas. (Muratori et al., 2015).

De acuerdo con lo anterior el BS se define a través de tres elementos; la satisfacción con la vida, la frecuencia con la que se experimentan emociones o afecto positivo (AP) y negativas o afecto negativo (AN) (Diener et al., 2009; Seligman, 2003). Así, el BS se alcanza cuando una persona experimenta más emociones agradables que desagradables, lo que no solo implica un mayor número de sentimientos positivos en relación con sus experiencias, sino también una valoración cognitiva, emocional y conductual favorable de su vida (Diener, 2000).

El enfoque del BP se describe como un elemento clave para alcanzar la autorrealización, el desarrollo humano y la potenciación de las propias capacidades, a través de la autoaceptación, relaciones interpersonales positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida (Ryff, 1989; Vázquez et al., 2009). Este constructo representa la evaluación cognitiva del progreso personal y los actos que aportan al crecimiento de su potencial, equilibrando los recursos personales con los retos a los que se encara (Ryff, 1989).

El bienestar es un constructo multifactorial que surge de una evaluación subjetiva con relación a la existencia (Pollard y Lee, 2003) y su medición, por lo tanto, depende de la teoría que permita su adecuada operacionalización (García-Álvarez et al., 2021). Entender y comprender sus dimensiones permite la identificación de las variables clave para su fortalecimiento. En este sentido, se han hecho esfuerzos para integrar ambos enfoques en un modelo que considera variables individuales, como las emociones positivas (EP), las emociones negativas (EN) y la satisfacción con la vida.

Por otro lado, la teoría de la autodeterminación establece que el BP se compone al satisfacer *la autonomía*, que se refiere a ser el agente de las propias acciones, *la competencia*, comprendida

desde la sensación de capacidad y eficacia, y *la relación*, descrita como sentirse conectado y valorado por otros (Deci y Ryan, 2000; Ryan y Deci, 2001).

Relación del Bienestar con la Salud.

La importancia del BP en la salud, radica en que se compone de modelo multidimensional que considera la relación entre la persona y su entorno para la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad, fomentando el desarrollo de estrategias más efectivas (Torres y González-Celis, 2023; Keyes y Magyar-Moe, 2003).

El BP se compone de seis elementos: autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas, dominio ambiental y autonomía (Ryff y Keyes, 1995), la autoaceptación se refiere a una actitud positiva hacia uno mismo y el pasado, aceptando tanto los aspectos favorables como los desfavorables de la propia identidad. El dominio del entorno implica la capacidad de elegir, modificar o adaptar el entorno según las necesidades personales. Las relaciones positivas se basan en la construcción de vínculos afectuosos, satisfactorios y de confianza, en los que prevalece la empatía y la intimidad. El crecimiento personal refleja la percepción del propio potencial, vinculándolo con el desarrollo y la capacidad de enfrentar nuevas experiencias y desafíos. La autonomía se relaciona con la autodirección, guiada por objetivos y metas personales socialmente aceptadas, manteniendo resistencia ante las presiones externas. Finalmente, el propósito en la vida se manifiesta en la capacidad de mantener las metas y creencias que brindan dirección y generan un sentimiento de propósito (Bohlmeijer et al., 2017; Ryff y Keyes, 1995). Diversos estudios han mostrado que la satisfacción de estos elementos se asocia con estilos de vida más saludables, resiliencia emocional y disminución de síntomas depresivos (Ryan et al., 2008).

La visión del BP ha propiciado el diseño de programas para atender y promover su mejora, aunque la mayoría de estos no cuentan con cimientos teóricos sólidos (Vázquez et al., 2008) y consideran amplias estrategias de investigación correlacionales y longitudinales, así como la verificación de los resultados a través de intervenciones experimentales en grupos clínicos y no clínicos (Bono y McCullough, 2006; Burton y King, 2004; Fordyce, 1997,1983; Lyubomirsky, 2007; Pennebaker y Seagal, 1999).

Psicología Positiva en el Ámbito Clínico.

El surgimiento de la PsP es el resultado de la evolución teórica del bienestar ofreciendo un marco para la comprensión de sus dimensiones, enfocándose en la integración empírica de estas perspectivas y estudiando los factores que permiten la prosperidad personal (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), así, la PsP no solo retoma lo propuesto anteriormente, sino que consolida modelos orientados a la promoción del bienestar de manera integral basada en evidencia (Seligman, 2011).

La PsP fue definida como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que propician el desarrollo y los programas que incentivan la calidad de vida, previniendo y reduciendo la incidencia de la psicopatología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). También, fue definido como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas (Sheldon y King, 2001). Poco más tarde, fue definida como el estudio de las condiciones y procesos que contribuyen a prosperar el óptimo funcionamiento de las personas, grupos e instituciones (Gable y Haidt, 2005). Recientemente y tras años de experiencia en la investigación y la práctica, se define como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, el funcionamiento psíquico óptimo y el bienestar (Diener, 2000; Linley et

al., 2006; Sheldon y King, 2001) con el encargo de descubrir y promover los factores que permiten a los individuos y a las comunidades vivir plenamente (Tarragona, 2013).

En el ámbito clínico se ha introducido el concepto de Psicología Clínica Positiva (PcP) (Wood y Tarrier, 2010) con la intención de estudiar las características positivas relacionadas con algunos trastornos psicológicos (Bohlmeijer et al., 2017). Tras años de investigación, se ha comprobado empíricamente que las intervenciones basadas en PcP son eficaces para elevar el bienestar en las personas, teniendo un impacto significativo en trastornos como la depresión (Seligman et al., 2006).

El enfoque terapéutico de la PcP se centra en explorar lo que funciona, lo que es correcto y lo que merece cultivarse (Rashid et al., 2015), integrando los síntomas con las fortalezas, el riesgo con los recursos, las debilidades con los valores y los pesares con las esperanzas (Rashid y Seligman, 2018). Desde este enfoque, la salud mental va más allá de lo positivo, atiende empáticamente al dolor asociado al trauma y explora el potencial de crecimiento (Rashid y Seligman, 2018).

Cabe señalar que existen múltiples posibilidades de trabajar la psicoterapia incorporando la PcP, siempre y cuando las corrientes que se implementen tengan abordajes similares, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia existencial, la entrevista motivacional y la terapia centrada en soluciones (Linley et al., 2006), teniendo como objetivo principalmente en el fomento del bienestar (Seligman, 2003). De acuerdo con lo anterior, la implementación de intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar de las personas ha llevado al diseño de intervenciones positivas para la mejora de la sintomatología depresiva (Seligman et al., 2006).

El modelo PERMA en las Intervenciones Clínicas Positivas.

En el campo de las ICP la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad apoyan sus bases teóricas en enfoques sustentados por evidencia empírica (Torres y González-Celis, 2023). Aunque su objetivo principal es el desarrollo de intervenciones que incrementen el bienestar (Johnson y Wood, 2017), se ha evidenciado que pueden reducir la presencia y recurrencia de síntomas depresivos (Lamers et al., 2012).

Los avances en el estudio del bienestar psicológico, han permitido identificar que las características positivas como las emociones positivas (Garland et al., 2010), la bondad (Alden y Trew, 2013), el optimismo (Carver et al., 2010) y la gratitud (Wood et al., 2010) tienen relevancia para el fomento del bienestar y el abordaje de los trastornos mentales a través de la psicología clínica y la asistencia en la salud mental (Bohlmeijer et al., 2017). Dichos avances han propiciado el planteamiento de que el bienestar puede desarrollarse a través de lo que ha sido denominado por Seligman (2011) el modelo PERMA, acrónimo en inglés para las dimensiones: emociones positivas (positive emotion), compromiso (engagement), relaciones interpersonales (relationships), significado y propósito de la vida (meaning) y logro (accomplishment), el cual tiene como objetivo en el ámbito de la psicología clínica la reducción del estrés sintomático de los trastornos mentales a través del fomento del bienestar (Rashid y Seligman, 2018), este modelo tiene como objetivo contribuir al desarrollo de una vida plena y satisfactoria, tomando en cuenta la necesidad de un diseño de la salud mental más balanceado en cuanto a evaluaciones y tratamientos, complementando las evaluaciones y tratamientos terapéuticos con el fomento del bienestar (Bohlmeijer et al., 2017).

Es importante señalar que ninguno de los cinco elementos constituye por sí mismo el bienestar, sino que, cada uno de ellos contribuye a lograrlo. Desde este modelo, el bienestar se

define como un estado en el que el ser humano se percibe y enfrenta las dificultades de la vida; a través de la experiencia de emociones positivas, la promoción del saboreo y experiencias placenteras, el desarrollo y potencialización de capacidades, y el enriquecimiento personal mediante sus contextos sociales y culturales (Muñoz et al., 2022). Esta postura ha causado el desarrollo de ICP integrando estos elementos como la psicoterapia positiva de Rashid y Seligman (2018) o la terapia de bienestar de Fava (2016).

Elementos del Modelo PERMA.

- a) *Las emociones positivas*, producen una sensación placentera, al contrario de las negativas que ocasionan malestar, consisten en apreciar una vida satisfactoria, tener la mayor cantidad de momentos de felicidad, como gozar y disfrutar el momento presente (Castro, 2010). Existen múltiples emociones positivas, entre ellas se encuentran la alegría, el interés, el optimismo, el amor y la satisfacción, que contribuyen a la construcción de la salud y el bienestar, así como a otorgar sentido y significado a las circunstancias adversas (Frederickson y Joiner, 2002). Las emociones positivas son atemporales, ya que existen emociones ligadas al pasado; como la gratitud, orgullo, satisfacción, serenidad, complacencia, y la realización personal, contribuyen a la valoración de buenos momentos e intensificación de los recuerdos positivos. Por otra parte, el placer, la fluidez, la elevación, la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia y el éxtasis son emociones centradas en el presente y se destacan por tener una duración corta. Las emociones centradas en el futuro se centran en la búsqueda constante de desarrollo y se acompañan de una sensación de agrado y bienestar, ejemplo de estas son el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza (Barragan y Morales, 2014; Csikszentmihalyi, 1998). Las emociones positivas son transitorias y desempeñan un papel importante para los procesos del

pensamiento, fomentando la flexibilidad, la creatividad, la eficiencia (Frederickson, 2009), la resiliencia ante las emociones negativas, la longevidad, la satisfacción conyugal y la amistad (Johnson et al., 2009).

- b) *El compromiso* se basa en la búsqueda de involucrarse en actividades apasionantes, es decir, hacer aquello que se encuentre atractivo, interesante, produzca placer y genere un estado de compromiso, aprovechando las capacidades y fortalezas para lograr metas y objetivos definidos (Dominguez y Ibarra, 2017). Comprometerse a realizar actividades que sean apasionantes causa un estado mental al que se le denomina *Flow*, el cual, se experimenta, mediante una concentración intensa y agilidad para resolver problemas aprovechando al máximo las capacidades y fortalezas personales (Csikszentmihalyi, 2000). Es un proceso que genera estados mentales de armonía para hacer frente al estrés o el sufrimiento, y otorga la oportunidad de disfrutar y gozar de la vida, incrementa el entusiasmo, la confianza, la paz, el autoconocimiento y el bienestar (Dominguez y Ibarra, 2017). Es un recurso importante para afrontar el aburrimiento, la ansiedad, la anhedonia, la apatía y la inquietud, ya que la atención debe ser activada y dirigida hacia una tarea en cuestión, ya que reduce la capacidad para procesar información relacionada con la amenaza, al terminar una actividad comprometida se puede experimentar deleite y regodeo, que son formas de rumiación positiva (Feldman et al., 2008).
- c) *Vida con significado*, también llamada sentido de vida, es la búsqueda de implementar las fortalezas personales para el desarrollo y la trascendencia personal (Gardner et al., 2001), se encuentra ligado a sentir motivación como una fuerza fundamental y un camino para la autorrealización personal, logrando el éxito en actividades que se conectan con objetivos más grandes (Frank, 1994). La falta de un sentido de vida da origen a vacíos existenciales

y condiciones emocionales y cognitivas de índole negativo, como la desesperanza, la percepción de falta de control sobre su propia vida y la ausencia de metas vitales (Frank, 2001). El desarrollo de sentido de vida permite el afrontamiento de la adversidad con éxito, es asociado positivamente con la libertad, la responsabilidad y la autodeterminación, tiene efectos preventivos sobre la depresión y la desesperanza, genera resiliencia, capacidad de afrontamiento, bienestar y felicidad (García et al., 2009). Se consigue a través de las relaciones interpersonales, motivaciones artísticas, intelectuales o científicas, la contemplación filosófica o la religión, el activismo social o medioambiental, la espiritualidad o la meditación (Gardner et al., 2001), una vida con sentido propicia una sensación de satisfacción y la creencia de haber vivido bien (Hicks y King, 2009).

- d) *Relaciones sociales positivas* se encuentran estrechamente relacionadas con el bienestar (Wallace, 2013), debido a que la calidad de las relaciones es más importante que la cantidad o el tiempo de interacción (Demir, 2010), proporcionan apoyo emocional en momentos desafiantes y un sentimiento de conexión (Park et al., 2013), se identifican como aquellas interacciones que implican una reciprocidad de dos o más sujetos (Lacunza y Contini, 2016). Para establecerlas se deben considerar las habilidades sociales, las experiencias de apego y los rasgos de personalidad como lo son; la bondad, la inteligencia social, las fortalezas cívicas, el liderazgo y la imparcialidad (Peterson y Seligman, 2004). Para la prosperidad de estas relaciones, también es necesaria la presencia de la confianza, el respeto, la comprensión o el amor (Peterson et al., 2005). Estos elementos, contribuyen a la percepción que un sujeto tiene de sí mismo y de las demás personas, ayudan a la construcción del significado y propósito de vida, fomenta el

compromiso, propicia la experiencia de emociones positivas y colabora a la experimentación de bienestar (Roffey, 2012).

- e) *El logro*, también conocido como autorrealización, sucede cuando las personas se proponen metas y las cumplen, no necesariamente produce emociones positivas o sentido de vida y se requiere capacidad de determinación para lograr los objetivos sin abandonarlos (Seligman, 2014), con el fin de alcanzar el éxito y experimentar la autorrealización significativa (Poseck, 2006), este elemento se asocia con mayores niveles de satisfacción con la vida y el BS (Miller y Frisch, 2009). El logro consiste en la búsqueda subjetiva del progreso y el crecimiento personal e interpersonal, requiere un uso activo y estratégico de las fortalezas, así como la atención de los cambios situacionales para hacer adecuaciones oportunas, requiere de la coherencia de los hábitos y comportamientos específicos, que resulta en recompensas externas que generan el aumento del bienestar cuando se persigue y alcanza un objetivo motivador y significativo (Rashid y Seligman, 2018).

La efectividad de las ICP que contemplan el modelo PERMA han sido examinadas a través de diversos metaanálisis con el fin de determinar su efectividad en poblaciones tanto clínica y no clínica (Carr et al., 2020; Chakhssi et al., 2018; Hendriks et al., 2018, 2020; Koydemir et al., 2021), demostrando que estas intervenciones tienen efectos de pequeños a moderados, mejorando el bienestar y la depresión tanto al término de la intervención como en las medidas de seguimiento (Torres y González-Celis, 2023). Asimismo, se han realizado revisiones sistemáticas que han mostrado la efectividad de estas para disminuir la depresión, la ansiedad y el estrés en poblaciones clínicas y no clínicas (Bohlmeijer et al., 2017), así como su ejecución e innovación (Carr et al., 2020).

Intervenciones Clínicas Positivas para Tratar la Depresión.

Tomando en consideración el objetivo de este estudio, se realizó una revisión sistemática de las ICP administradas en adultos para conocer su efectividad para disminuir la depresión y aumentar el bienestar con el objetivo de sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad de las ICP en función del tipo y modelo terapéutico implementado para aumentar el bienestar y reducir los síntomas depresivos. Se siguió la declaración PRISMA ([Preferred Reporting Items For Systematic Reviews], Page et al., 2021). La búsqueda de información se realizó en las bases de datos PubMed, PsycINFO y SCOPUS que se limitó a los últimos 5 años (2018-2023) privilegiando la actualidad de la información. La recuperación de la información se realizó durante el mes de octubre de 2023 en inglés y español (Sánchez-Cisneros et al., 2024).

Se recuperaron 211 registros, 178 registros pasaron a revisión de título y resumen, 35 registros fueron evaluados a texto completo, y solo 6 estudios fueron incluidos. Se identificó que las intervenciones fueron desarrolladas en países como Estados Unidos (Raque-Bogndan et al., 2020; Stemmler et al., 2021), algunos países de Europa (Furchtlehner et al., 2019; Geschwind et al., 2019; González-Robles et al., 2019) y Australia (Whiting et al., 2019). Todas ellas desarrolladas en contextos clínicos (ver Tabla 1).

Características de las ICP para la Promoción del Bienestar y Disminución de la Depresión

En general la metodología de los estudios fueron diseños experimentales con grupo control, grupo experimental único y estudios de caso, algunos tuvieron seguimiento posterior a la intervención, generalmente en un lapso de uno a 12 meses. En algunos estudios se reportan consistencias después de un año del tratamiento en el 50% de los participantes. Una limitante es

que no todos los estudios reportan haber realizado algún tipo de seguimiento (Sánchez-Cisneros et al., 2024).

La selección de los participantes se realizó a través de la invitación directa a quienes cumplen las características requeridas en cada estudio. En cuanto al contenido de las intervenciones, se aprecia que la estrategia psicoterapéutica estuvo dirigida a aumentar el bienestar y reducir los síntomas depresivos, mediante el trabajo específico en emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, sentido de la vida y logro. Todos los estudios reportan haber utilizado un manual de intervención, con sesiones semanales con una duración de entre 50 a 120 minutos, además se utilizaron materiales adicionales como libretas de trabajo, cuestionario de aspectos positivos, resúmenes de información de cada tema, manual para participantes, exposiciones y debates (Sánchez-Cisneros et al., 2024).

Tabla 1*Características de las intervenciones clínicas positivas*

Estudio	Intervención	Participantes		Diseño de la investigación
		Sexo	Media de edad-Intervalo	
Stemmler et al, 2021 USA	Programa de tratamiento en grupo. 4 sesiones grupales	H = 43 M= 68	Pacientes mayores de 18 años hospitalizados con criterios diagnósticos del episodio depresivo trastorno depresivo recurrente. Edad no especificada Grupo experimental: 43.31 Grupo control: 45.02	Ensayo clínico aleatorio de dos factores entre grupo experimental y control con tratamiento. Sin seguimiento.
Furchtlehner et al, 2019 Austria	Psicoterapia Positiva 14 sesiones grupales	H = 33 M= 59	Participantes mayores a 18 años con trastorno depresivo mayor, leve o moderado, con episodio único. Edad no especificada Grupo experimental: 39.78 Grupo control: 41.46	Ensayo controlado aleatorio con grupo experimental y control con tratamiento y seguimiento.
Raque-Bogdan et al, 2020 USA	Activating Happiness 4 sesiones grupales	H = 15 M= 33	Supervivientes de cáncer y cuidadores de un centro comunitario de atención al cáncer. Intervalo de edad: 18-82 Grupo experimental 61.02	Grupo único con seguimiento.
Whiting et al, 2019 Australia	Terapia de Aceptación y Compromiso 7 sesiones grupales	H = 15 M= 4	Pacientes que sufrieron una lesión cerebral traumática grave que presenten niveles significativos de depresión, ansiedad y	Ensayo controlado aleatorio con grupo experimental y grupo control con tratamiento y seguimiento.

Geschwind et al, 2019 Países bajos	Terapia cognitivo conductual positiva (TCC-P). 16 sesiones grupales	H = 19 M= 30	estrés. Intervalo de edad: 18-65 Grupo experimental: 36.4 Grupo control: 37.2 Pacientes con trastorno depresivo mayor de un centro especializado de salud mental. Edad no especificada Grupo experimental: 40.8 Grupo control: 40.9	Diseño experimental cruzado con grupo experimental y grupo control con tratamiento sin seguimiento.
González-Robles et al, 2019 España	Protocolo de tratamiento 12 a 15 sesiones grupales	H = 5 M= 19	Participantes con trastorno distímico, de ansiedad y del estado de ánimo. Intervalo de edad: 18-65 Grupo experimental: 31.33 Grupo control: 27.75	Ensayo clínico Aleatorio Con grupo experimental y control con tratamiento y seguimiento.

H: Hombres; M: Mujeres

Fuente: Sánchez-Cisneros et al., 2024

Los instrumentos más utilizados para evaluar los síntomas depresivos y las medidas relacionadas con la PP en las ICP fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-8), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, el Inventario Rápido de Síntomas Depresivos (QIDS-SR-16) y la Escala de Calificación de Depresión Montgomery Asberg (MADRS). El instrumento más utilizado para las medidas relacionadas con la PP fue el Cuestionario de Remisión de Depresión Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Por cuanto, a los resultados, todos los estudios informaron mejoría en los síntomas depresivos y aumento en el bienestar inmediatamente después de la intervención y hasta seis meses después. También, se reportan mejorías en el afecto positivo, aumento en la autocompasión y atención plena, así como la disminución en la anhedonia, aumento en la autoeficacia y satisfacción con la vida, mejoría del optimismo y felicidad subjetiva y calidad de vida. De acuerdo con los resultados, las ICP son efectivas, se identificaron distintos modelos terapéuticos de segunda y tercera generación orientadas a la evitación/reducción de síntomas y al desarrollo de la responsabilidad personal y la aceptación de los eventos negativos, lo que supone una oportunidad para confeccionar nuevos métodos para el desarrollo e implementación de ICP, evidenciando la necesidad de estudios con protocolos y métodos más rigurosos para evitar sesgos (Sánchez-Cisneros et al., 2024).

La revisión sistemática realizada ofreció datos importantes para cuidar la calidad metodológica de la ICP que se desarrollará e implementará como objetivo de la presente investigación.

Método

Objetivos

General

Evaluar la eficacia de una intervención clínica positiva grupal basada en el modelo PERMA para reducir la sintomatología depresiva en adultos jóvenes de Ecatepec, Estado de México.

Específicos.

- a) Implementar una intervención clínica positiva grupal basada en el modelo PERMA para reducir la incidencia e intensidad de los síntomas depresivos e incrementar bienestar psicológico de jóvenes adultos.
- b) Medir la incidencia e intensidad de síntomas depresivos en jóvenes adultos de Ecatepec.
- c) Medir el nivel de bienestar psicológico y sus componentes en jóvenes adultos del municipio Ecatepec Estado de México.
- d) Incrementar el nivel de bienestar psicológico y sus componentes en jóvenes adultos del municipio de Ecatepec Estado de México.
- e) Dotar a los jóvenes adultos de estrategias prácticas para aumentar el bienestar psicológico.

Hipótesis

Posterior a la intervención clínica positiva basada en el modelo PERMA para reducir los síntomas de depresión en adultos jóvenes habrá diferencias entre el grupo experimental y el grupo control.

Posterior a la intervención clínica positiva basada en el modelo PERMA se incrementará significativamente el nivel de bienestar psicológico en los participantes.

Tipo y diseño de estudio

Se realizó una investigación cuasiexperimental, con un grupo de intervención y otro grupo control en lista de espera, con un diseño pretest-postest (Hernández et al., 2014). En este tipo de estudios todos los participantes son evaluados antes y después de la intervención y se compara el cambio en las variables dependientes entre las condiciones (en este caso, experimental y control). Se realizan las mismas evaluaciones en los mismos momentos a todos los participantes (Nock et al., 2008).

<i>G1</i>	O ₁	X ₁	O ₂	O ₃
<i>G2</i>	O ₄	-	O ₅	O ₆

Participantes

Participó una muestra no probabilística por conveniencia, inicialmente se obtuvo una muestra total de 32 participantes, de los cuales hubo muerte experimental en 6 participantes del grupo experimental uno antes de la aplicación y 5 más después de la segunda sesión, esto debido a factores individuales de cada participante, posteriormente 3 participantes del grupo en lista de espera abandonaron el estudio en la etapa inicial por requerir atención psicológica inmediata y 3 más abandonaron el estudio sin completar la segunda medición por las mismas razones. Por lo que la muestra final del estudio fue conformada por 20 jóvenes adultos voluntarios con niveles de depresión leve a moderada. La conformación de los grupos fue de manera aleatoria, la mitad de los participantes ($n = 10$) se agruparon en el grupo de intervención y la otra mitad en el grupo control en lista de espera ($n = 10$). Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18 a 25 años, que a través de la entrevista diagnóstica y la aplicación del BDI-II se identifique la experimentación de síntomas depresivos que concuerden con un episodio único/recurrente o episodio depresivo mayor con una intensidad de leve a moderada. Criterios de exclusión: síntomas de trastorno

depresivo mayor graves o suicidio, se encuentren activos en un tratamiento psiquiátrico, recibir actualmente tratamiento psicológico, antecedentes de trastorno bipolar, que hayan padecido alguna lesión cerebral traumática grave, adicción o abuso grave de alcohol o drogas.

Técnica de recolección de datos

Hoja de Datos Generales

Se utilizó para recopilar datos sociodemográficos de los participantes, recabando la información que comprende; nombre, edad, estado civil, ocupación, antecedentes psicológicos propios y familiares, número de contacto y correo electrónico.

Entrevista Semiestructurada

Se aplicó una entrevista clínica semiestructurada (Díaz-Bravo et al., 2013) para evaluar los criterios diagnósticos de sintomatología depresiva de leve, moderada y grave, abordando los siguientes ejes temáticos; esfera socioeconómica, familiar y social, así como la presencia de sintomatología de ansiedad, psicosis, ideación suicida, antecedentes clínicos y diagnósticos psicológicos, psiquiátricos o neuronales de acuerdo con el manual DSMV 5ª edición (APA, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 11 (CIE-11; OMS, 2023).

Inventario de Depresión de Beck

Inventario de depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés; Beck et al., 1998). El BDI es un instrumento de autoinforme, conformado por 21 ítems en formato de aplicación tipo Likert, compuesto de cuatro frases autoevaluativas en donde las personas eligen aquella que más se ajuste a su estado de ánimo de los últimos seis meses. En la versión estandarizada para la población mexicana (González et al., 2015), los autores señalan que las puntuaciones obtenidas en el BDI pueden agruparse en cuatro niveles: depresión mínima (0 a 13 puntos), depresión leve (14 a 19 puntos), depresión moderada (20 a 28 puntos) y depresión severa (39 a 63 puntos). Un

estudio más reciente de consistencia interna del BDI en población mexicana identifica una confiabilidad de $\alpha = .89$ y una validez concurrente de $r = .70$, $p < .000$ (Padrós y Pintor, 2021).

Bienestar Psicológico

El Inventario de Psicoterapia Positiva (PPTI) fue desarrollado por Rashid y Seligman (2018) con el propósito de evaluar el bienestar psicológico basado en la teoría PERMA del bienestar en términos de emociones positivas, compromiso, relaciones sociales, significado y logro. Es una escala tipo Likert que consta de 25 ítems con el objetivo de evaluar el bienestar psicológico, a través de la identificación de cinco rubros, como las fortalezas personales, emociones positivas, experiencias de compromiso, relaciones interpersonales positivas, el sentido de vida y la sensación de logro. Su versión validada para población mexicana adulta (Romero y Esparza, 2021) consta de 25 reactivos y consta de $\alpha = .91$.

Variable Independiente

Intervención clínica positiva dirigida a adultos jóvenes para reducir síntomas de depresión.

Se tomó como modelo el programa propuesto por Rashid y Seligman (2018), con un total de 15 sesiones que se dividen en 3 fases, la primera se encarga de crear en el participante una narrativa personal centrándose en evaluar y reunir un perfil de puntos fuertes característicos y en adquirir habilidades necesarias para integrar los puntos fuertes, esta fase se comprende desde la sesión 1 hasta 4. La fase dos ayuda a aprender y revalorizar las experiencias interpersonales, inicia en la sesión 5 hasta la 9. En la tercera fase se ayuda al participante a buscar un sentido y un propósito a través de sus puntos fuertes, esta última fase, inicia en la sesión 10 hasta la 15.

Tabla 2*Contenido del programa*

Sesión	Objetivos
1-Presentación Positiva y diario de gratitud	Se llevará a cabo el encuadre y se presentaran los fundamentos de la PPTI. Presentación positiva, diario de gratitud y compartir su historia de vida real
2-Fortalezas del carácter y fortalezas sobresalientes	Identificar los puntos fuertes del carácter, la noción del compromiso y la fluidez
3-Sabiduría práctica	Implementar los puntos fuertes personales fomentando la creatividad, esperanza, optimismo y gratitud
4-Una mejor versión de mi	Plan de desarrollo personal positivo que utilice sus fortalezas adaptándolas a metas medibles, específicas y alcanzables
5-Recuerdos desagradables	Impacto de recuerdos desagradables. Se recuerdan, escriben, procesan memorias y se desarrollan estrategias para abordar adaptativamente los recuerdos
6-Perdón	Se analiza la naturalidad del perdón y se aborda como un proceso REACH. Es discutido como una opción potencial de transformación de sentimientos de enojo y amargura a sentimientos neutrales y positivos
7-Satisfacción Vs. Maximización	Se explican los conceptos de maximización y satisfacción. Identifican áreas de su vida donde trazan un plan para aumentar la satisfacción
8-Gratitud	Análisis del concepto de gratitud, promoción de agradecer cosas del pasado
9-Esperanza y optimismo	Se analizarán situaciones de esperanza y optimismo en sus vidas fomentando las mismas
10-Crecimiento Postraumático	Exploración de sentimientos profundos y sentimientos acerca de una experiencia traumática que actualmente los incomode

11-Desacelerar y saborear	Se aprende a desarrollar la conciencia de saborear a través de estrategias que se ajusten a la personalidad
12-Relaciones positivas	Se aprende el significado y el reconocimiento de fortalezas de carácter de sus círculos sociales. Se discuten maneras de enriquecer las relaciones utilizando las fortalezas.
13-Comunicación positiva	Practicar respuestas activas constructivas para fomentar la comunicación positiva en las relaciones
14-Altruismo	Se identifican y discuten los beneficios terapéuticos de ayudar a otras personas
15-Sentido y propósito	Se buscan esfuerzos significativos enfocados a un fin mayor, se plasma cuál les gustaría que fuera su legado. Se realiza el cierre de la intervención

La estructura genérica de las sesiones se dividió de la siguiente manera (Rashid y Seligman, 2018):

- a) Conceptos básicos: Son conceptos básicos basados en la evidencia que se describen en un lenguaje sencillo que el clínico puede leer o parafrasear fácilmente.
- b) Práctica de relajación: Cada sesión comienza con una práctica de relajación que guía a los participantes de tres a cinco minutos.
- c) Diario de gratitud: Tras la práctica de relajación, los participantes comparten un acontecimiento o una experiencia positiva que hayan anotado en su diario de gratitud de la semana anterior. El aplicador obtiene anécdotas de los puntos fuertes de los participantes y comparten emociones positivas (grandes o pequeñas) y también una reflexión sobre lo que las causó. El aplicador comparte con los participantes los acontecimientos positivos recientes que han aparecido en los medios de comunicación.

- d) Consulta: El clínico y los participantes repasan los conceptos básicos y la práctica de la sesión anterior, los anima a compartir sus experiencias, reacciones y reflexiones sobre los conceptos tratados y practicados durante la sesión anterior.
- e) Prácticas en sesión: En cada sesión se realiza al menos una práctica que continúa entre sesiones con la esperanza de que los participantes sigan practicando en casa.
- f) Reflexión y discusión: Las preguntas dirigidas a los participantes animan a reflexionar y debatir sobre las prácticas realizadas durante la sesión.
- g) Ajuste y flexibilidad: La práctica del TPP puede no ser eficaz para todas las necesidades clínicas, por lo que se ofrece flexibilidad, en cada sesión existen maneras de llevar las prácticas y abordar los temas de manera distinta, dependiendo de las dificultades o particularidades de cada participante.
- h) Consideraciones culturales: Cada sesión incluye consideraciones culturales.
- i) Mantenimiento: Se presentan estrategias específicas que los clientes pueden utilizar para mantener los beneficios de cada práctica.
- j) Recursos: Se enumeran los recursos, como lecturas adicionales, sitios web y vídeos.
- k) Relajación: Recomendamos que cada sesión finalice con la misma breve práctica de relajación con la que se inició la sesión.

Variable Dependiente

Depresión

Se trata de un trastorno psíquico que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse síntomas de; inhibición, sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación y contacto social, alteraciones del apetito y el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos

de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio (APA, 2014). La depresión será medida a través del Inventario de depresión de Beck (Padrós y Pintor, 2021).

Bienestar Psicológico

Estado de ánimo caracterizado por la presencia de emociones y afecto positivo, actividades generadoras de sensaciones de flujo/compromiso, relaciones interpersonales cercanas, sentido y propósito de vida y autoeficacia con respecto a la propia vida (Hausler et al., 2017). Será medida a través del Inventario de Psicoterapia Positiva (Romero y Esparza, 2021).

Procedimiento

El presente estudio se sometió a una evaluación y cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación (CEI) de la Universidad Autónoma del Estado de México. Cabe señalar que el procedimiento de la presente investigación fue realizado por un equipo de trabajo compuesto por tres elementos, en el que se encontraba el investigador principal, un evaluador y un aplicador.

Reclutamiento, en la fase inicial se lanzó una convocatoria abierta por medio de las redes sociales del Centro de Atención Psicológica “CUENTA LOVE”, mamparas y redes sociales del Centro Universitario UAEM Ecatepec para invitar a la comunidad que sea mayor de 18 años y menor de 25 años que actualmente experimenten síntomas depresivos para participar en el estudio. Para la fase de tamizaje se acondicionó un espacio privado para realizar las entrevistas diagnósticas y las pruebas de control, en las entrevistas se entregó el consentimiento informado de forma física y sin coacción a los candidatos, lo firmaron y lo entregaron al investigador. En la fase de reclutamiento se realizaron 89 entrevistas diagnósticas semiestructuradas, en las que se completaron el BDI-II y el PPTI y la hoja de datos generales, se realizó un análisis y diagnóstico diferencial eligiendo a los participantes que cuenten con un cuadro diagnóstico de síntomas depresivos leves a moderados, en dicho momento se contó con 32 participantes que cumplieron

con los criterios de inclusión y de manera aleatoria se asignaron para y conformar el grupo control en lista de espera y el grupo experimental.

Para la fase de aplicación se acondicionó otro espacio en el Centro de Atención Psicológica “CUENTA LOVE” para realizar el encuadre y las sesiones grupales, es importante destacar que antes de la segunda sesión hubo un abandono de un participante del grupo experimental en el que dejó de responder al equipo de investigación. En el encuadre se presentó a los participantes las generalidades del programa de intervención, se realizó un repaso general del consentimiento informado, se les presentó el cronograma de actividades, se les dio una explicación general del modelo psicoterapéutico, los temas y actividades que se abordaron y llevaron a la práctica. Se acordaron y establecieron normas de convivencia grupal dirigidas a salvaguardar el bienestar, el respeto y la confidencialidad de cada integrante del grupo. Se explicó la dinámica de agendar y acordar los días y horarios de sesión.

Previo a la aplicación del programa se registró una muerte experimental del grupo de intervención, el participante mencionó que ya no le interesaba iniciar con el programa. Para la aplicación del programa se diseñaron juntas colegiadas con el equipo de investigación que se llevaban de manera semanal para abordar dudas, generar discusión de contenidos, realizar análisis del programa, creación de cartas descriptivas y materiales de apoyo como presentaciones de power point, videos, audios, etc., exponer las necesidades de la aplicación con respecto al espacio utilizado, materiales y hojas de trabajo, recursos tecnológicos etc. Una vez realizado el encuadre y las juntas colegiadas se comenzó con las 15 sesiones del programa de PPTI que administró una sesión por semana con una duración aproximada de una hora y media y dos horas por sesión. Se les aclaró a los participantes que mientras el programa estuviera en curso se les brindaría apoyo emocional y psicológico de manera individual si es que lo requirieran. A partir

de la segunda sesión se registró la muerte experimental de 5 participantes, de los cuales 3 mencionaron que buscaban un ambiente individual para sus procesos terapéuticos, otro más refirió que debido a situaciones laborales no podría seguir asistiendo y el último mencionó el desinterés de participar y prefería abandonar el estudio, también se registraron muertes experimentales en el grupo control, 3 abandonaron el estudio en la etapa inicial al requerir atención psicológica inmediata y 3 más previo a la segunda medición mencionando que se encontraban activo en terapia con otro profesional. Posteriormente no se reportaron más bajas en el grupo experimental.

Tras haber concluido las sesiones con los participantes se realizó una revisión y análisis de los datos obtenidos en el pre-test y el pos-test buscando obtener un tamaño efecto estadísticamente significativo. Se realizó una evaluación de seguimiento posterior a un mes de la intervención identificando la evolución y el mantenimiento de los efectos en las variables dependientes. En cuanto hace al grupo en lista de espera, al término del periodo de análisis se les ofreció y otorgó material didáctico para el tratamiento de los síntomas depresivos, así como consultoría individual para su seguimiento.

Consideraciones Éticas

Los resultados de la presente investigación no contribuirán a la estigmatización ya que el estudio deberá cumplir con los criterios éticos y legales que marca el artículo 100 del reglamento de la Ley General de Salud en los apartados 20, 21 y 22 que indican que todos los datos recabados para la investigación son confidenciales y se garantiza la privacidad de los participantes utilizando métodos validados, en esta investigación se incluyen personas vulnerables por lo que se consideraron las previsiones señaladas en el artículo 28 y 58 del Reglamento a la Ley General

de Salud en Materia de investigación con seres humanos (Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, 2014) y el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Así mismo se utilizará la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial [AMM], 2001) concretamente utilizando los principios básicos: las investigaciones deben ser de acuerdo con los principios científicos aceptados universalmente; cuando la investigación involucre a personas, se debe formular un protocolo experimental y debe ser sometido a una revisión por un comité especializado; las personas que realicen la investigación deben estar científicamente cualificadas y supervisadas por un especialista competente; el estudio no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas; debe ser realizada una evaluación meticulosa de los riesgos y beneficios para los participantes y terceros, defendiendo los intereses de las personas por encima de los objetivos científicos y la sociedad; se tiene que salvaguardar la integridad de las personas mitigando cualquier impacto del estudio de manera física, mental y de personalidad; cuando los riesgos sean mayores a los beneficios la investigación deberá ser suspendida; los resultados deben ser expuestos con exactitud al momento de la publicación; los participantes deberán ser informados de los objetivos, métodos, beneficios, riesgos y de la libertad de abandonar el estudio si esa es su voluntad, por lo que será necesario que el investigador obtenga con consentimiento del participante; para evitar que exista coacción en el participante, el consentimiento deberá ser obtenido por un investigador que no se encuentre comprometido para obtener el consentimiento; en caso de que algún participante no tenga la facultad de otorgar su consentimiento deberá ser otorgado por un tutor legal; por último, el protocolo debe incluir todas las consideraciones éticas aquí expuestas.

Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (por sus siglas en inglés SPSS). Se analizó la equivalencia inicial y la evaluación final entre el grupo control en lista de espera y el grupo experimental a través de la prueba estadística no paramétrica U de Mann Whitney para muestras independientes. También, se realizó un análisis intragrupo a través de la prueba no paramétrica de Wilcoxon de muestras relacionadas para identificar la diferencia entre la depresión y el bienestar psicológico antes y después de la intervención. Posteriormente para realizar un análisis intragrupo se aplicó una prueba de ANOVA de Friedman de medidas repetidas para detectar las diferencias en las medidas de depresión y bienestar psicológico entre el pretest, postest y seguimiento. Por último, para analizar el tamaño del efecto de la intervención se utilizó el programa Gpower con un nivel de confianza de 95%, determinando la d de Cohen, con valor de efecto pequeño ($d = 0.20 - 0.49$), mediano ($d = 0.50 - 0.79$) o grande ($d = >0.80$; (Wilcox, 2008).

Resultados

Equivalencia Inicial en Niveles de Depresión y Bienestar Psicológico de los Participantes

Para medir la equivalencia inicial del bienestar psicológico y los síntomas depresivos de los participantes del grupo control y el grupo experimental se realizó una prueba de u de Mann Whitney para muestras independientes, se puede observar que el estadístico p en ambos grupos es mayor a 0.05, esto quiere decir, que existe equivalencia toda vez que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la depresión ($p = 0.54$) y bienestar psicológico ($p = 0.88$). A partir de los parámetros establecidos en los instrumentos de medición utilizados, los participantes se ubican en un nivel de depresión moderado (20-28 puntos) y en un nivel de bienestar psicológico se encuentran en un parámetro clínico, es decir, con un bienestar bajo (76 puntos) (Tabla 3).

Tabla 3*Equivalencia inicial del Nivel de depresión y bienestar psicológico de los participantes*

Variable	Grupo Control n=10 R.P.	Grupo Experimental n=10 R.P.	<i>p</i>
Depresión	11.30	9.70	0.54
Bienestar Psicológico	10.70	10.30	0.88

Nota: R.P. = Rango Promedio; *p* = Nivel de significancia.

Eficacia de la Intervención en el Nivel de Depresión y Bienestar Psicológico

Para identificar la eficacia de la intervención en los participantes del grupo experimental y comprobar la capacidad que tuvo la Psicoterapia Positiva, se realizó una prueba U de Mann Whitney para muestras independientes. Se estableció la diferencia en el nivel de depresión y bienestar psicológico, así como en cada una de sus dimensiones. Se aprecia diferencia en el nivel de depresión entre el grupo control y experimental, identificándose un cambio en el grupo experimental con respecto al grupo control, evidenciando un desplazamiento del nivel moderado inicial (19-29 puntos) a un nivel mínimo (0-13 puntos), por cuanto hace al bienestar, cambia de nivel clínico (25-76 puntos) a no clínico (104-125 puntos), por cuanto hace a las dimensiones que constituyen el bienestar, en todas ellas se aprecia un cambio del nivel clínico al no clínico. El estadístico *p* en todas las variables se aprecia un valor menor a 0.05, lo que quiere decir que existen diferencias estadísticamente significativas en depresión, bienestar y en cada uno de sus componentes, ver tabla 4.

Tabla 4*Eficacia de la Psicoterapia Positiva en la depresión y el bienestar*

Variable	Grupo		u	p
	Control n=10	Experimental n=10		
	R.P.	R.P.		
Depresión	15.35	5.65	-3.67	0.001
Bienestar	5.50	15.50	-3.78	0.001
Emoción positiva	5.60	15.40	-3.72	0.001
Compromiso	5.75	15.25	-3.28	0.001
Relaciones positivas	6.20	14.80	-3.61	0.001
Significado	6.55	14.45	-3.01	0.003
Logro	6.25	14.75	-3.23	0.001

Nota: R.P. = Rango Promedio; u = estadístico u de Mann; p = Nivel de significancia.

Análisis Intragrupo de la Depresión y el Bienestar Psicológico Pretest-Postest

Para identificar las diferencias del grupo experimental antes y después del tratamiento de psicoterapia positiva se realizó una prueba de Wilcoxon de muestras relacionadas. Por lo tanto, de acuerdo con el estadístico *p* de ambos casos se puede identificar una que existe diferencia estadísticamente significativa entre la medida pretest y postest tanto en la depresión (0.005) y el bienestar psicológico (0.005), ver tabla 5.

Tabla 5*Análisis intragrupo de depresión y bienestar psicológico pretest-postest*

Variable	Grupo		<i>W</i>	<i>p</i>
	Experimental			
	Pretest	Postest		
	R.P.	R.P.		
Depresión	.00	5.50	-2.80	0.005
Bienestar Psicológico	5.50	.00	-2.80	0.005

Nota: R.P.; Rango Promedio; *W* = prueba de Wilcoxon; *p* = nivel de significancia

Análisis Intragrupo Experimental, Pretest, Postest y seguimiento

Para comprobar si existieron diferencias intragrupo en el nivel de bienestar psicológico y en el nivel de depresión, antes, durante y en el seguimiento al mes de la implementación de la Psicoterapia Positiva, se aplicó la prueba de ANOVA de medidas repetidas, identificando que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas de pretest, postest y seguimiento del bienestar psicológico (.001) y la depresión (.001), ver tabla 6.

Tabla 6
Análisis pretest, postest y seguimiento

Variable	Grupo Experimental			<i>p</i>
	Pretest	Postest	Seguimiento	
	R.P.	R.P.	R.P.	
Bienestar Psicológico	1.0	2.70	2.30	.001
Depresión	3.0	1.70	1.30	.001

Nota: R.P.: Rango Promedio; *p* = Nivel de significancia

Tamaño del Efecto de la Intervención

Para identificar el tamaño del efecto alcanzado por la Psicoterapia Positiva se utilizó el programa estadístico Gpower con un nivel de confianza de 95%. Se aprecia que el tamaño de la diferencia en el grupo experimental y el control es grande ($d = <.80$) tanto en depresión y bienestar, y en todas las dimensiones del bienestar (ver tabla 7).

Tabla 7*Efecto alcanzado por la Psicoterapia Positiva*

Variable	Grupo	Grupo	<i>p</i>	<i>d</i>
	Control	Experimental		
	n=10	n=10		
	R.P.	R.P.		
Depresión	15.35	5.65	0.001	0.99
Bienestar	5.50	15.50	0.001	0.99
Emoción positiva	5.60	15.40	0.001	0.99
Compromiso	5.75	15.25	0.001	0.99
Relaciones positivas	6.20	14.80	0.001	0.99
Significado	6.55	14.45	0.003	0.94
Logro	6.25	14.75	0.001	0.99

Nota: R.P. = Rango Promedio; *p*: Nivel de significancia; *d*: Tamaño del efecto

Discusión

En cumplimiento a los objetivos planteados en esta investigación, se establece que la *Psicoterapia Positiva* desarrollada por Rashid y Seligman (2018) que se implementó en un grupo de personas con síntomas de depresión moderada fue efectiva, toda vez que los síntomas depresivos disminuyeron a un nivel leve en los participantes al término de la intervención y hasta un mes después, concordando con lo reportado en otros estudios que también implementaron la ICP de Rashid y Seligman (2018) (Alden y Trew, 2013; Bohlmeijer et al., 2017; Furchtlehner et al., 2019; Carr et al., 2020; Cuadra, 2010, 2012; Rashid y Seligman, 2018). Incluso, el efecto del

tratamiento en cuanto a la disminución de síntomas depresivos se potenció con el pasar del tiempo, datos que también coinciden con otros estudios (Furchtlehner et al., 2019; González-Robles et al., 2019; Raque-Bogdan, 2020). Dichos resultados pueden ser explicados a través del efecto protector que tiene bienestar frente a la depresión, puesto que la *Psicoterapia Positiva* se encarga de fomentar características y comportamientos a través del uso de fortalezas de carácter, optimismo, bondad y gratitud (Linley y Joseph, 2004), por consecuencia, aumenta la satisfacción con la vida (Seligman et al., 2006) y el AP (Alden y Trew, 2013), contando con un efecto sostenido para la disminución, contención y prevención de recaídas (Bohlmeijer et al., 2017). También, incrementó el BP general de bajo a alto, así como en cada uno de sus componentes, resultados que coinciden con lo reportado en otros ensayos controlados aleatorios (Bolier et al., 2013; Huffman et al., 2014; Meyer et al., 2012; Mitchell et al., 2009; Seligman, 2006, 2014).

Cabe señalar que las estrategias prácticas aplicadas fomentaron (en mayor o menor medida) las *emociones positivas*, a través del disfrute de las buenas experiencias en relación con el pasado, presente y futuro. El *compromiso*, mediante el conocimiento y desarrollo de fortalezas de carácter. Las *relaciones sociales positivas* que subsanan la necesidad de pertenencia aumentando la satisfacción (Baumeister y Leary, 1995; O'Connell et al., 2016). El *significado*, a través de actividades que generaron la sensación de satisfacción (Izard et al., 2000; King y Hicks, 2009), así como el *logro*, que residió en la búsqueda subjetiva del progreso y el crecimiento personal. Es importante mencionar que dichos componentes tuvieron un aumento similar posterior a la intervención con excepción del *significado*, debido a que los índices de este componente aumentan con el paso del tiempo (Rashid, 2014).

En cuanto hace a la medida de seguimiento, un mes después los niveles de BP disminuyeron, lo cual, puede deberse a que los participantes enfrentaron la pérdida y los cambios

propios del cierre terapéutico. La disolución del grupo terapéutico se relaciona con un proceso de duelo, con mayor intensidad cuando el grupo deja de existir y no hay más sesiones programadas (Álvarez, 2003; Baz, 1990; Bellak y Siegel, 1986; Craige, 2006; Farré et al., 1992; Lothstein, 1996). Además, es relevante destacar que el BP es un elemento dinámico que no depende exclusivamente del tratamiento, ya que puede verse afectado por factores físicos, sociales, económicos, culturales y experienciales (Cuba et al., 2023). Si bien, los resultados obtenidos resultan alentadores en cuanto a la efectividad de las ICP y su relación con el BP, se deben tomar con cautela, ya que su generalización depende de las características de la muestra y las propias características del estudio.

Por cuanto hace al grupo en lista de espera, no se mostraron cambios significativos en ninguna de las mediciones, esto puede explicarse por la falta de una intervención activa durante el periodo de análisis, reforzando la validez interna del estudio (Cunningham et al., 2013) y comprobando la eficacia de la *Psicoterapia Positiva* para la reducción de síntomas depresivos. Finalmente, debe decirse, que la hipótesis de investigación planteada se confirma, dado que se identificaron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo de control en cuanto a la reducción de síntomas depresivos y el aumento del BP en adultos jóvenes.

Limitaciones

El presente estudio identificó diversos factores que representaron limitaciones para el desarrollo de la metodología experimental. Es importante mencionar que, en investigaciones de ensayos clínicos, como la que aquí se presenta, es común la presencia de elementos no estandarizados que pueden incidir en la ejecución y control de la investigación (Nezu y Nezu, 2008).

Una de las principales limitaciones fue contar con una muestra no cautiva, lo que implicó conformar los grupos partiendo del interés y las necesidades del público. Esto representó un riesgo para la validez externa del estudio, afectando la conformación, el tamaño y las características de la muestra, así como la homogeneidad en cuanto a las necesidades y objetivos individuales de los participantes con respecto a sus expectativas terapéuticas.

Otra limitación que se presentó fue la denominada *muerte experimental*, dado que algunos participantes abandonaron el estudio durante la fase inicial de la intervención. Esto redujo considerablemente el tamaño de la muestra y en consecuencia, la cantidad de datos disponibles para el análisis. Esta situación se debió principalmente a factores individuales de los participantes y sus necesidades particulares, siendo la razón más frecuente de abandono la preferencia de un proceso terapéutico individual. Para futuras investigaciones, se recomienda considerar incluir muestras de instituciones o fundaciones, ya que esto podría contribuir a reducir la tasa de abandono y favorecer la homogeneidad de la muestra.

Si bien, la implementación de un el diseño experimental requiere controlar las variables para garantizar la calidad de los resultados. En el presente estudio no fue posible controlar las variables contaminadoras debido a la autonomía de la muestra, ya que no se encontraba cautiva. Además, situaciones sociales, familiares, laborales o escolares particulares de cada participante pueden interferir en el efecto de la intervención (Frias y Pascual, 2003). Por lo tanto, como en el punto anterior, se recomienda establecer alianzas y convenios con instituciones que cuenten con poblaciones cautivas, lo que permitiría un mayor control sobre estas variables.

Otra limitación fue la imposibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo, ya que los tiempos establecidos para la realización del presente estudio solo permitieron la evaluación de

seguimiento a un mes. Se recomienda que futuras investigaciones consideren la importancia de integrar seguimientos con intervalos temporales más amplios, con el fin de analizar con más precisión la trascendencia de los efectos del programa implementado.

Otra de las limitaciones del presente estudio fue el tener solamente un grupo en lista de espera, sin la posibilidad de administrar una intervención alternativa para efectos de comparación. Esta situación se debió a que toda intervención psicológica debe ser aplicada por profesionales debidamente capacitados, y el equipo de investigación no pudo cubrir esta necesidad debido a circunstancias personales y laborales (Sanz y García-Vera, 2017). Para futuras investigaciones, se recomienda contemplar, desde el diseño metodológico, la implementación de una intervención alternativa con respaldo empírico y validez, o bien el uso de un placebo que permita un contraste más riguroso de los resultados.

Conclusiones

Los resultados de la presente investigación deben interpretarse con cautela, ya que dependen de las características particulares de la muestra y el contexto donde se ha realizado el estudio. Si bien, se identificaron cambios significativos, es fundamental considerar que los resultados positivos están vinculados a los psicólogos que participaron en el estudio. Los preparativos, el tamizaje y la aplicación de la intervención fueron ejecutados por profesionales previamente capacitados en este modelo terapéutico asegurando una implementación eficaz y fiel a los principios teóricos, manteniendo la calidad del abordaje terapéutico. Por otro lado, el contexto cultural y social de la muestra utilizada difiere del entorno original en el que la intervención fue desarrollada por sus autores, enfatizando la importancia de la *tropicalización* de estas nuevas

corrientes terapéuticas como una línea prioritaria para la investigación e innovación en la práctica clínica en el contexto mexicano.

La presente investigación contribuye al objetivo de la PsP de ampliar las fronteras del conocimiento sobre aspectos positivos del ser humano. Resalta, además, la necesidad de una asistencia en salud mental que equilibre el tratamiento de los síntomas con la promoción activa del bienestar (Bohlmeijer et al., 2017). En el contexto mexicano, las investigaciones sobre la efectividad de las ICP para la promoción del bienestar aun son escasas. Por eso, resulta preciso continuar y replicar esta línea de investigación, no solo para evaluar su eficacia, sino también para determinar su aplicabilidad en nuestra realidad sociocultural, desarrollando y validando intervenciones adaptadas localmente que contemplen y sean sensibles a las características culturales y necesidades específicas de la población mexicana. En este sentido, la *tropicalización* es esencial para el desarrollo de modelos terapéuticos con efectividad comprobable en nuestro país.

Referencias

- Alden, L. y Trew, J. (2013). If it makes you happy: engaging in kind acts increases positive affect in socially anxious individuals. *Emotion, 13*, 64-75.
<https://doi.org/10.1037/a0027761>
- Álvarez, H. (2003). *Negociando la alianza terapéutica. Guía para el tratamiento relacional de Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran*. Aperturas.
- Álvarez-Mon, M., Vidal, C., Llaveró-Valero, M. y Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos Depresivos. *Medicine, 50*41-5051.
- Archer, G., Kuh, D., Hotopf, M., Stafford, M. y Richards, M. (2020). Association between lifetime affective symptoms and premature mortality. *JAMA Psychiatry, 77*(8), 806-813.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0316>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aspinwall, L. y Staudinger, U. (2003). A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology . En L. Aspinwall, y U. Staudinger, *A psychology of human strengths: Some central issues of an emerging field*. (pp. 9-22). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ayala-Servín, N., Duré-Martínez, M., Urizar-González, C., Insaurralde-Alviso, A., Castaldelli-Maia, J., Ventriglio, A. y Torales, J. (2022). Inteligencia emocional asociada a niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de una Universidad pública. *Anales De La Facultad De Ciencias Médicas, 52*(2), 51-60.
<https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/2336>

- Barbero, A. (2022). Editorial monográfico sobre la terapia contextual: Terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 1-4. <https://doi.org/https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1152>
- Barnes-Holmes, Y., D., B.-H., McHugh, L. y Hayes, S. (2004). Relational Frame Theory: Some Implications for Understanding and Treating Human Psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 355-375. <https://psycnet.apa.org/record/2005-14214-010>
- Barragan, A. y Morales, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 103-118. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29232614006>
- Baudinet, J., Stewart, C., Bennett, E., Konstantellou, A., Parham, R., Smith, K., . . . Simic, M. (2021). Radically open dialectical behaviour therapy adapted for adolescents: a case series. *BMC Psychiatry*, 21(1), 462. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-021-03460-3>
- Baumeister, R. y Leary, M. (1995). La necesidad de pertenencia: el deseo de vínculos interpersonales como motivación humana fundamental. *Boletín Psicológico*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Baumeister, R. y Leary, M. (1995). La necesidad de pertenencia: El deseo de vínculos interpersonales como motivación humana fundamental. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Baz, M. (1990). Una trama enigmática: el discurso grupal. En Foladori, *Ilusión Grupal*. Facultad de Comunicación Humana, Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1998). *BDI-II: Beck Depression Inventory Manual*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. y Rush, A. (1995). *Cognitive therapy* (6th ed ed.). (S. B. Kaplan H, Ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.
- Beekman, A., Deeg, D., Braam, A., Smit, J. y Van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27(6), 1397-1409.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/s0033291797005734>
- Bellak, L. y Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual Moderno.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Lamers, S. y Westerhof, G. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿Porque son tan importantes y cómo funcionan? *Papeles del Psicólogo*, 31(1).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5842353>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F. y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(119). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bono, G. y McCullough, M. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive*

- Psychotherapy*, 20(2), 147-158.
<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1891/jcop.20.2.147>
- Burton, C. y King, L. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in personality*, 38(2), 150-163.
[https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0092-6566\(03\)00058-8](https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0092-6566(03)00058-8)
- Campillo, M., Riquelme, A. y Ortigosa, J. (2015). La terapia interpersonal para la depresión en atención primaria: Una revisión. *Interpsiquis*, 1-9.
https://psiquiatria.com/trabajos/4conf26_60883.pdf
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E. y O'Dowd, A. (2020). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 16(6).
<https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Carrasco, E. (2017). Modelos Psicoterapeuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 52(2), 181-189.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546004>
- Carver, C., Scheier, M. y Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clin Psychol Rev*, 30(7).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Castro, A. (2010). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23), 43-72.
https://doi.org/https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Farticulo.oa%3Fid%3D27419066004?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1

YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicG9zaXRpb24iOiJwYWdlQ2
9udGVudCJ9fQ

Casullo, M. y Fernández, L. (2006). Las propuestas de la Psicología Positiva. ¿Universales psicológicos o particulares de una visión cultural? *TÉCNICAS Y PROCESOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA*, 14, 261-268.

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851->

[16862007000100025&script=sci_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100025&script=sci_arttext&tlng=pt)

Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M. y Bohlmeijer, E. (2018). the effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>

Cid, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica de Honduras*, 89(1). <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>

Corcoran, K. y Segal, Z. (2008). Metacognition in depressive and anxiety disorders: Current directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 33-44.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.1.33>

Craige, H. (2006). Termination, terminable and interminable: Commentary on paper by Jody Messler Davies. *Psychoanalytic Dialogues*, 16(5), 585 – 590.

<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/record/2007-01240-009>

Craske, M., Meuret, A., Ritz, T., Treanor, M., Dour, H. y Rosenfield, D. (2019). Positive affect treatment for depression and anxiety: A randomized clinical trial for a core feature of anhedonia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(5).

- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Aprender a fluir*. Barcelona: Kairós.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). *Fluir Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Cuadra, A., Veloso, C., Ibergaray, M. y Rocha, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica*, 28(1), 127-134.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100012>
- Cuadra, A., Veloso, C., Puddu, G., Salgado, P. y Peralta, M. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Critica*, 25(4), 644-652.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18825219003>
- Cuba, J., Huamán-Zalazar, N., Vivas, T. y Córdoba, N. (2023). Bienestar psicológico en estudiantes de una universidad pública de Lima, Perú. *Revista Iberoamericana para la Investigación y Desarrollo Educativo*, 13(26).
<https://doi.org/https://doi.org/10.23913/ride.v13i26.1380>
- Cuesta, E., Picón, J. y Pineda, P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health*, 5(1). <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>
- Cujipers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Andersson, G., Beekman, A. y Reynolds, C. (2013). La eficacia de la psicoterapia y la farmacoterapia en el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad: Un meta-análisis de comparaciones directas. *World Psychiatry : Official Journal of the Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*, 12(2), 137-148.
[https://doi.org/ https://doi.org/10.1002/wps.20038](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20038)

- Cunningham, J., Kypri, K., y McCambridge, J. (2013). Exploratory randomized controlled trial evaluating the impact of a waiting list control design. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 150. [https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-150](https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-150)
- Daraei, M. (2013). Social correlates of psychological well-being among undergraduate students in Mysore City. *Social Indicators Research*, 114(2), 567-590. <https://doi.org/doi/10.1007/s11205-012-0162-1>
- De Castro, F., Villalobos, A. y Allen-Leigh, B. (2015). Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública*, 144-154. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7410>
- De la Fuente, B., Alonso, A. y Vique, R. (2019). Terapia Breve Centrada en Soluciones: un modelo teórico relacional. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 259-273. <https://doi.org/https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277>
- De la Madrid, M. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación* .
- de la Parra, G. (2018). Terapia Dinámica Interpersonal Breve. Guía Clínica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(3), 201-204. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v56n3/0717-9227-rchnp-56-03-0201.pdf>
- Demir, M. (2010). Relaciones cercanas y felicidad entre adultos emergentes. *Revista de estudios de la felicidad*, 12(3), 293-313. <https://doi.org/doi:10.1007/s10902-009-9141-x>
- Di Fabio, A. y Kenny, M. (2016). Promoción del bienestar: la contribución de la inteligencia emocional. *Front. Psychol.*, 7(1182), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01182>

- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Diener, E. (2000). Subjective well – being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 34-43. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Scollon, C. y Lucas, R. (2009). El concepto evolutivo del bienestar subjetivo: la naturaleza multifacetica de la felicidad. *Serie de Investigación de Indicadores Sociales*, 39. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_12
- Dominguez, E. y Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21(96), 660-679. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199551160035>
- Economou, M., M, T., Dieti, E., Legaki, E., Charitsi, M., Palli, A. y Papageorgiou, C. (2019). Integrating psychoeducation and positive psychology: A challenge in managing chronic illness. *Arch Hellen Med*, 37(2), 264-276. <http://mail.mednet.gr/archives/2019-2/264abs.html>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S. y Al-Hamzawi, A. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*, 48(9), 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Farré, L., Hernández, V. y Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Paidós.

- Fava, G. (2016). *Well-being therapy. Treatment manual and clinica applications*. Karger Publishers.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3ra ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Feldman, G., Joormann, J. y Johnson, S. (2008). Respuestas al afecto positivo: una medida de autoinforme de rumia y humedecimiento. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 507-525. <https://doi.org/doi:10.1007/s10608-006-9083-0>
- Fernández, O., Muratori, M. y Zubieta, E. (2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de Psicología*, 108, 7-23. <http://hdl.handle.net/11336/27610>
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. y López-Bermúdez, M. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19(3), 452-458. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719315>
- Fordyce, M. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 483-498. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.30.4.483>
- Fordyce, M. (1997). Development of a program to increase happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24(6), 511-521. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.24.6.511>
- Foroughi, A., Sadeghi, K., Parvizifard, A., Parsa Moghadam, A., Davarinejad, O., Farnia, V. y Azar, G. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment

- resistant depression. *Trends Psychiatry Psychother*, 42(2), 138-146.
<https://doi.org/doi:10.1590/2237-6089-2019-0016>
- Frank, V. (1994). *Logoterapia y análisis existencial*. . Barcelona: Herder.
- Frank, V. (2001). *Psicoterapia y existencialismo escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Franken, K., Lamers, S., Ten-Klooster, P., Bohlmeijer, E. y Westerhof, G. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *J Clin Psychol*, 74(12), 2187-2202.
<https://doi.org/doi:10.1002/jclp.22659>.
- Frederickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Frederickson, B. y Joiner, T. (2002). Positive Emotions Trigger Upward Spirals Toward Emotional Well-Being. *Association for Psychological Science*, 13(2), 172-175.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9280.00431>
- Frias, M. y Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: Efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 85, 11-18. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808502.pdf>
- Furchtlehner, L., Schuster, R. y Laireiter, A.-R. (2019). A comparative study of the efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive disorders: A randomized controlled trial. *The Jpurnal of Positive Psychology*, 15(6). <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1663250>
- Gable, S. y Haidt, J. (2005). What (and why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 103-110. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>

- Gansedo, M. (2008). *Historia de la psicología positiva*. Buenos Aires: Prácticas en psicología positiva.
- Garay, C., Korman, G. y Keegan, E. (2015). Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la «tercera ola» en Terapias Cognitivo-Conductuales. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26(119), 49-56.
https://www.researchgate.net/publication/281519109_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_MBCT_and_the_%27Third_Wave%27_of_Cognitive-Bahavioral_Therapies_CBT
- García, E., Gallego, J. y Pérez, D. (2009). Sentido de vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200012
- García-Alvarez, D., Hernández-Lalinde, J., Cobo-Rendón, E. y Espinoza-Castro, J. (2021). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar PERMA para adolescentes: alternativas para su medición. *Retos*, 41, 9-18.
<https://doi.org/https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.82670>
- Gardner, H., Csikszentmihalyi, M. y Damon, W. (2001). *Good Work: When Excellence and Ethics Meet*. New York: Basic Books.
- Gargiulo, R. y Stokes, M. (2009). Subjective Well-Being as an Indicator for Clinical Depression. *Social Indicators Research*, 92(3), 517-527.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s11205-008-9301-0>
- Garland, E., Farb, N., Goldin, P. y Fredrickson, B. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation.

Psychological Inquiry, 26, 293-314.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294>

Garland, E., Fredrickson, B., Kring, A., Johnson, D., Meyer, P. y Penn, D. (2010). Las espirales ascendentes de emociones positivas contrarrestan las espirales descendentes de negatividad: perspectivas de la teoría de la ampliación y la construcción y la neurociencia afectiva sobre el tratamiento de las disfunciones y los déficits emoci. *Clin Psychol Rev.*, 30(7), 849-864. <https://doi.org/doi:10.1016/j.cpr.2010.03.002>.

Geschwind, N., Arntz, A., Bannink, F. y Peeters, F. (2019). Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. *Investigación y Terapia del Comportamiento*, 116, 119-130. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.03.005>

González, A., Resendiz, A. y Reyes, I. (2015). Adaptation of the BDI–II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>

González-Robles, A., García-Palacios, A., Baños, R., Quero, S. y Botella, C. (2019). Upregulating Positive Affectivity in the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Pilot Study. *Modificación del Comportamiento*, 43(1), 26-55. <https://doi.org/10.1177/0145445517735631>

Gonzalez-Terrazas, R. y Froxan-Parga, M. (2021). Saber qué y saber cómo. Una propuesta explicativa de tres técnicas terapéuticas empíricamente validadas. *Clínica Contemporánea*, 3(12). <https://doi.org/https://doi.org/10.5093/cc2021a22>

Goodale, E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de Toxicomanías* (50), 13-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5510626>

- Hausler, M., Strecker, C., Huber, A., Brenner, M., Höge, T. y Höfer, S. (2017). Distinguishing relational aspects of character strengths with subjective and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 8, 1159. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01159>
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso-Proceso y práctica del cambio consciente* (1ra ed.). Editorial Desclée De Brouwet.
- Hayes, S. y Hofmann, S. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 20(3), 363-375. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Helsinki, D. (s.f.). *Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial*. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación bionédica en personas: . http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf.
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E. y de Jong, J. (2018). The efficacy of positive psychology interventions from non-western countries: A systematic review and metaanalysis. *International Journal of Wellbeing*, 8(1), 71–98. <https://doi.org/https://doi.org/10.5502/ijw.v8i1.711>
- Hernández, R., Fernández, C. y del Pilar, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México DF.: INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández-Brussolo, R., Romero, D., Alcázar, D., Voguel, N. y Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista Psicológica y Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 15-28. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>

- Hernández, V. y B., J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 91-102.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2348649>
- Hicks, J. y King, L. (2009). El sentido de la vida como juicio subjetivo y experiencia vivida. *Brújula de psicología social y de la personalidad*, 3(4), 638-658.
<https://doi.org/doi:10.1111/.1751-9004.2009.00193.x>.
- Huffman, J., DuBois, C., Healy, B., Boehm, J., Kashdan, T. y Celano, C. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 88-94.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.10.006>
- Huffman, J., DuBois, C., Healy, B., Boehm, J., Kashdan, T. y Celano, C. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.10.006>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Día mundial para la prevención del suicidio. *Comunicado de prensa num. 542/23* (pp. 1-7). Instituto nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). *Depresión*. Retrieved 8 de Enero de 2024, from National Institute of Mental Health:
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
- Izard, C., Ackerman, B., Schoff, K. y Fine, S. (2000). Autoorganización de emociones discretas, patrones emocionales y relaciones emoción-cognición. En E. Lewis, *Emoción, desarrollo y autoorganización: Enfoques sistémicos dinámicos para el desarrollo emocional* (pp.

15-36). Cambridge University Press.

<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/CBO9780511527883.003>

Izard, C., Ackerman, B., Schoff, K. y Fine, S. (2000). Autoorganización de emociones discretas, patrones emocionales y relaciones emoción-cognición. En E. Lewis, *Emoción, desarrollo y autoorganización: Enfoques sistémicos dinámicos para el desarrollo emocional* (pp. 15-36). Cambridge University Press.

<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/CBO9780511527883.003>

Johnson, D., Penn, D., Fredrickson, B., Meyer, P., Kring, A. y Brantley, M. (2009). Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 499-509. <https://doi.org/doi:10.1002/jelp.20591>

Johnson, J. y Wood, A. (2017). Integrating positive and clinical psychology: Viewing human functioning as continua from positive to negative can benefit clinical assessment, interventions and understandings of resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 335-349. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10608-015-9728-y>

Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

Keyes, C., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12051575/>

- Keyes, L. y Magyar-MoE, J. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. En S. López, y C. Snyder, *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.
- King, L. y Hicks, J. (2009). Detectando y construyendo significado en los acontecimientos vitales. *he Journal of Positive Psychology*, 4(5), 317–330.
<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/17439760902992316>
- King, L. y Hicks, J. (2009). Detectando y construyendo significado en los acontecimientos vitales. *he Journal of Positive Psychology*, 4(5), 317–330.
<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/17439760902992316>
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., Fernández-Parra, A. y Virues-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis de comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.
- Kohlenberg, R. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New york: Plenum Press.
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teoricos clinicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100005
- Koydemir, S., Sökmez, A. y Schütz, A. (2021). A meta-analysis of the effectiveness of randomized controlled positive psychological interventions on subjective and psychological well-being. *Applied Research in Quality of Life*, 16(3), 1145-1185.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11482-019-09788-z>

- Kwong, A., López-López, J., Hammerton, G., Manley, D., Timpson, N., Leckie, G. y Peterson, R. (2019). Genetic and environmental risk factors associated with trajectories of depression symptoms from adolescence or young adulthood. *JAMA Network Open*, 2(6), e196587. <https://doi.org/doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.6587>
- Kyllönen, H., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K. y Lappalainen, R. (2018). Una breve intervención de terapia de aceptación y compromiso para la depresión: un ensayo controlado aleatorio con un seguimiento de 3 años para el grupo de intervención. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 55-63. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.009>
- Lacunza, A. y Contini, E. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 16(2), 73-94. <https://doi.org/https://doi.org/10.18682/pd.v16i2.598>
- Lambert, M. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/11._lambert_outcome.pdf
- Lamers, S., Bolier, L., Westerhof, G., Smit, F. y Bohlmeijer, E. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 538-547. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10865-011-9379-8>
- Lemma, A., Target, M. y Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329-346. <https://doi.org/doi:10.1521/psyc.2011.74.1.41>

- LeMoult, J. y Gotlib, I. (2019). Depresión: una perspectiva cognitiva. *Revista de psicología clínica*, 66, 51-66. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008)
- León-Wong, V., Heras-Benavides, D. y Polo-Martínez, M. (2022). Terapia breve centrada en soluciones y terapia de aceptación y compromiso para la depresión. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria KOINONIA*, 7(1), 516-681. <https://doi.org/10.35381/r.k.v7i1.1854>
- Linley, A., Joseph, A., Harrington, S. y Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible). *The Journal of Positive Psychology*, 3-16.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0002>
- Linley, S. y Joseph, S. (2004). *Positive Psychology in practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Littman-Ovadia, Dubreui, P., Meyers, C. y Freidlin, P. (2021). Editorial: VIA Character Strengths: Theory, Research and Practice. *Frontiers in Psychology*, 12(653941), 1-5.
<https://doi.org/doi:10.3389/fpsyg.2021.653941>
- Lopez, A., Ferro, R. y Valero, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22(1), 92-98.
<https://www.psicothema.com/pdf/3701.pdf>
- Lorenzo-Díaz, C., Díaz-Alfonso, H., Carrete-Friol, Z., Hernández-Quñones, O. y Barrios-Licor, R. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6), 1-9.
<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5311>
- Lothstein, L. (1996). Procesos de terminación en terapia grupal. En S. B. Kaplan III, *Terapia de grupo*. Madrid: Panamericana.

- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness*. New York: The Penguin Press.
- Machado, A. (2016). Los factores psicosociales de la depresión. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 20(3), 586-602. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul163j.pdf>
- Manzanera, T. (2006). Foco en el curso y en el tratamiento de la depresión. *Semergen*, 32(2), 31-37. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=X1138359306908174&r=40>
- Meyer, P., Johnson, D., Parks, A., Iwanski, C. y Penn, D. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 239-248. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/17439760.2012.677467>
- Meza-Peña, C., Hernández-Pozo, M., Álvarez-Gasca, M., Rodríguez, C., Romo-González, T., López-Walle, J., . . . González-Ochoa, R. (2021). Perfiles del Afecto en la Predicción de la Depresión en Dos Grupos de Población Mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(4), 99-114. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.3.396>
- Miller, C. y Frisch, M. (2009). *Creating your best life: The ultimate life list guide*. New York: Sterling Publishing Company.
- Miro, M. y Simón, V. (2013). *Mindfulness en la práctica clínica*. Desclée de Brouwer.
- Mitchell, J. y Stanimirovic, R. (2009). A randomized controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. *Computer in Human Behavior*, 25(3), 749-760. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.chb.2009.02.003>

- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138.
<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138>
- Mundial, D. (2001). Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1).
- Muñoz, C., Cardona, D., Restrepo-Ochoa, D. y Calvo, A. (2022). Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. *CES Psicología*, 15(2), 151-168.
<https://doi.org/https://doi.org/10.21615/cesp.5275>
- Muratori, M., Zubieta, E., Ubillos, S., González, J. y Bobowik, M. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: Estudio Comparativo Entre Argentina y España. *PSYKHE*, 24(2), 1-18.
<https://doi.org/doi:10.7764/psykhe.24.2.900>
- Nezu, A., y Nezu, C. (2008). *Evidence-based outcome research. A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. Oxford University Press.
- Nierenberg, A., Rapaport, M., Schettler, P., Howland, R., Smith, J., Edwards, D., . . .
Mischoulon, T. (2010). Deficits in Psychological Well-Being and Quality-of-Life in Minor Depression: Implications for DSM-V. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 16(4), 208-216. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00108.x>
- Nock, M., Belle, I. y Wedig, M. (2008). *Evidence-based outcome research apractical guide to conducting randomized controlled trials forpsychosocial interventions*. Cambridge: Oxford UniversityPress.

- O'Connell, B., O'Shea, D. y Gallagher, E. (2016). Mejorar las relaciones sociales mediante actividades de psicología positiva: un ensayo controlado aleatorio. *Revista de Psicología Positiva*, 11(2), 149-162.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1037860>
- Oishi, S. (2012). *The psychological wealth of nations: Do happy people make a happy society?*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Oishi, S. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy? *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 346-360. https://doi.org/doi:10.1007/978-90-481-2350-6_8
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Retrieved 24 de 01 de 2024, from OMS:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 11*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Enero de 2025). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes, Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la*

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud,
Organización Regional para las Américas, Whashington, DC.

Padrós, F. y Pintor, B. (2021). Estructura interna y confiabilidad del BDI (Beck Depression Inventory) en universitarios de Michoacán (México). *Psicodebate*, 21(1), 7-17.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18682/pd.v21i1.2034>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., . . . Loder, E. (Septiembre de 2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790799.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Park, N., Peterson, C. y Sun, J. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>

Paulus, M., Stein, M., Craske, M., Bookheimer, S., Taylor, C., Simmons, A., . . . Fan, B. (2017). Latent variable analysis of positive and negative valence processing focused on symptom and behavioral units of analysis in mood and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 216, 17-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.046>

Pennebaker, J. y Seagal, J. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243-1254.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199910\)55:10%3C1243::aid-jclp6%3E3.0.co;2-n](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199910)55:10%3C1243::aid-jclp6%3E3.0.co;2-n)

Petersen, I., Bhana, A. y Baillie, K. (2012). The Feasibility of Adapted Group-Based Interpersonal Therapy (IPT) for the Treatment of Depression by Community Health

- Workers Within the Context of Task Shifting in South Africa. *Community Ment Health*, 48(3), 336-341. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10597-011-9429-2>
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25-41. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10902-004-1278-z>
- Peterson, C. y Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Pintado, S. y Castillo, M. (2017). Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3(1), 60-67. <https://psycap.cl/wp-content/uploads/2017/05/Propuesta-de-un-programa-de-intervencio%CC%81n-piloto-basado-en-la-Psicologi%CC%81a-Positiva-para-la-reduccio%CC%81n-de-si%CC%81ntomas-de-depresio%CC%81n.-.pdf>
- Pollard, E. y Lee, P. (2003). Child well-being: A systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 61(1), 59-78. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1021284215801>
- Poseck, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8. <http://centrocppa.org/wp-content/uploads/2015/11/PP-VERA-POSECK.pdf>
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-confuctual (TCC) como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

- Raque-Bogdan, T., Ash-Lee, S., Mitchell, J., Joseph, E., Ross, K., Solberg, M., y Owen, J. (2020). A group positive psychology intervention for cancer survivors and caregivers: A pilot study of Activating Happiness©. *Revista de Oncología Psicosocial*, 38(6). <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1801943>
- Rashid. (2014). Psicoterapia positiva: un enfoque basado en las fortalezas. *Revista de Psicología Positiva*, 10(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411>
- Rashid, T., Summers, R. y Seligman, M. (2015). *Positive Psychology* (4 ed.). (J. Tasman, J. Kay, M. Lieberman, M. First, y M. Riba, Edits.) Wilwy-Blackwell.
- Rashid, T. y Howes, R. (2016). Psicoterapia positiva: Aplicación clínica de la psicología positiva. En M. Wood, y J. Johnson, *The wiley handbook of positive clinical psychology* (pp. 321-348). Oxford: Wiley Blackwell.
- Rashid, T. y Seligman, M. (2018). *Positive psychotherapy: Clinician manual*. Washington: Oxford University Press.
- Rathus, J. y Miller, A. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. The Guilford Press.
- Rodríguez-Carvajal, R., Díaz Méndez, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco Abarca, A. y Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63-70. <https://psycnet.apa.org/record/2010-01326-011>
- Rodríguez-Riesco, L., Vivas, S., Herrera, M., Pérez-Calvo, C. y Ruiz-Duet, A. (2022). Terapia de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el

- contexto clínico. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 209-2017.
<https://doi.org/https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>
- Roffey, S. (2012). *Positive relationships: Evidence based practice across the world*. Springer.
- Romero, H. y Esparza, O. (24 de Agosto de 2021). *Conferencias*. Ciencias Sociales:
<http://econferencias.uacj.mx/ocs/index.php/cienciassociales/CS2021/paper/view/1008>
- Romero, R., Poves, S. y Vucínovich, N. (2012). La terapia interpersonal de la depresión en la esquizofrenia: una propuesta de tratamiento. *Norte de salud mental*, 10(44), 28-33.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4116521.pdf>
- Rossi, J., Jiménez, J., Barros, P., Assar, R., Jaramillo, K., Herrera, L., . . . Martínez, F. (2019). Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Medica de Chile*, 147, 579-588.
<https://doi.org/https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v147n5/0717-6163-rmc-147-05-0579.pdf>
- Ryan, M. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
<https://doi.org/doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1068-1081.

- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/doi:10.1037//0022-3514.69.4.719>.
- Sánchez-Cisneros, D., Rodríguez-Hernández, G., Juárez-Lugo, S., Orozco, A., y Flores-Pérez, V. (2024). Modelos terapéuticos en intervenciones clínicas positivas para disminuir síntomas depresivos en adultos: una revisión sistemática. *Interacciones*, 10. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24016/2024.v10.415>
- Sanz, J. y García-Vera, M. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 38, 177-184. <https://doi.org/doi:10.23923/pap.psicol2017.2834>
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Ediciones B.
- Seligman, M. (2014). *Florecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Océano.
- Seligman, M., Rashid, T. y Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8). <https://ppc.sas.upenn.edu/sites/default/files/positivepsychotherapyarticle.pdf>
- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 5-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seow, L., Vaingankar, J., Abidin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., . . . Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders*, 190, 499–507. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.021>

- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., . . . J., R.-D. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. . Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sheldon, K. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 216-217.
- Smith, M., Sherry, S., Rnic, K., Saklofske, D., Enns, M. y Galnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality*, 30(2), 201–212. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/per.2053>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
- Stemmler, A., Staehle, R., Heinemann, T., Bender, M. y Hennig, J. (2021). Positive psychology interventions in in-patients with depression: influences of comorbidity and subjective evaluation of the training programme. *BJPsych Open*, 7(109).
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia Psicológica*, 115-125.
- Torres, N. y González-Celis, A. (2023). Intervenciones basadas en psicología positiva para adultos mayores: una revisión sistemática. *Psicología Iberoamericana*, 31(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.48102/pi.v31i1.441>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (11 de enero de 2023). *Dirección general de Comunicación Social*. Depresión, Pandemia Silenciosa: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2023_021.html

- Urrego, C., Cardona, M. y Díaz, P. (2022). Psicología positiva y su relación con la promoción de la salud mental. *Perspectivas*, 13(1). <https://doi.org/10.57173/rp.v13n1a7>
- Vallejo-Pareja, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 14(3), 92-99.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/06.Vallejo_14-3oa.pdf
- Vázquez, C., Hervas, G., Rahona, J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 15-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3328166>
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Hervas, C. (2008). “Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez, y G. Hervás, *Psicología positiva aplicada* (pp. 41-71). Bilbao: desclee de Brower.
- Walace, J. (2013). Relaciones sociales, bienestar y compromiso profesional: exploración de los efectos entre dominios de las relaciones sociales. *Revista Canadiense de Sociología*, 50(2), 135-153. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/cars.12009>
- Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. New York: The Guilford Press.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A., Hofer, P. y Gloster, A. (2018). El vínculo entre el estrés, el bienestar y la flexibilidad psicológica durante una intervención de autoayuda de Terapia de Aceptación y Compromiso. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>

- Whiting, D., Deane, F., McLeod, H., Ciarrochi, J. y Simpson, G. (2019). Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. *Rehabilitación Neuropsicológica*, 30(7).
<https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1583582>
- Wilcox, R. (2008). *A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. Oxford University Press.
- Wood, A., Froh, J., y Geraghty, A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 890-905.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>
- Wood, A. y Tarrrier, N. (2010). Positive clinical psychology: a new vision and strategy for research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>.
- Yıldız, M. y Kızıldağ, S. (2018). Pathways from positive and negative affect to depressive symptoms: Multiple mediation of emotion regulation strategies. *Anales de Psicología*, 34(2), 241–250. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.6018/analesps.34.2.295331>
- Zarragoitia, A. y O'Reily, M. (2015). La psicoterapia cognitivo-conductual en la depresión y su uso en el protocolo asistencial. Análisis crítico. *Rev. hosp. psiq. hab.*, 12(2), 10.
<http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%202/la%20psicoterapia.html>
- Zautra. (2003). *Emotions, stress, and health*. Oxford University Press.

Zych, I., Buela-Casal, G., Sierra, J. y Gómez-Rodríguez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología*, 28(1), 11-18. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723161002>



Anexos

Anexo I - Consentimiento informado



Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “**Evaluación de una intervención clínica positiva para adultos jóvenes con síntomas depresivos del municipio de Ecatepec Estado de México**” que se realizará en **Centro Universitario UAEM Ecatepec** a cargo del **Licenciado Daniel Sánchez Cisneros** estudiante de la maestría en Psicología y Salud del Centro Universitario UAEM Ecatepec, el cual tiene por objetivo **evaluar la efectividad de una intervención clínica positiva para la reducción de síntomas de depresión en adultos jóvenes** y cuya realización es importante ya que la depresión el trastorno mental más común y es necesaria la implementación de programas de intervención que se enfoquen a la promoción de la salud mental y el aumento del bienestar, ya que cuando se presenta en adultos jóvenes las consecuencias personales, sociales y económicas se profundizan, las intervenciones clínicas positivas no solo se enfocan en la reducción del malestar y la enfermedad, sino fomenta los aspectos positivos y las fortalezas del ser humano.

Toda la información que proporcione en este estudio será de carácter estrictamente confidencial; utilizándose únicamente por el equipo de investigación y con su posible difusión en congresos, conferencias, coloquios, foros de expertos o artículos científicos y de divulgación, y no estará disponible para ningún otro propósito que no sea académico y/o de investigación. Quedará identificado(a) con un seudónimo o una clave para proteger su privacidad y anonimato.

De acuerdo con el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación con seres humanos*, su participación en esta investigación conlleva un riesgo **mínimo** para su salud o para su persona. Los beneficios que obtendrá serán **directos en el fomento de las fortalezas personales y el fomento del bienestar psicológico.**

Por lo anterior, hago constar que:

Se me informó que las **actividades/procedimientos** consisten en **15 sesiones grupales de 90 minutos cada una y contestar el Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Psicoterapia Positiva** que tomará(n) aproximadamente **3 meses**. Mi participación consistirá en **acudir a la sesión grupal, realizar actividades de reflexión, contestar los cuestionarios Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Psicoterapia Positiva.**

Mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, por lo que estoy en plena libertad de negarme a responder algún cuestionario o de retirarme de la investigación en cualquier momento que así lo decida, sin que esto implique alguna represalia o sanción.

Estoy consciente de que no **recibiré ninguna compensación económica** por mi participación; pero a cambio al término de mi participación, podría recibir **material digital o impreso de las temáticas abordadas en la intervención.** Así mismo, mi participación no me generará costos de ningún tipo ni antes, durante o después de la investigación.

Si deseo obtener más información estoy enterado(a) que puedo contactar a el Lic. Daniel Sánchez Cisneros a través del correo electrónico psic.daniel.sc21@gmail.com o en el teléfono

5619475180, o a la Dra. Gabriela Rodríguez Hernández en el correo electrónico grodriguez@uaemex.mx o en el teléfono 57873626 ext. 138.

Si desea participar, favor de llenar el siguiente apartado.

AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído y comprendido la información, así como resuelto dudas acerca de estas actividades de la investigación, se me ha explicado y me siento satisfecho con la información recibida y finalmente doy mi consentimiento.

Indique si acepta **participar voluntariamente** en la investigación:

Sí, acepto participar ()

No, acepto participar ()

Fecha: _____

Nombre y firma del participante

Anexo 2

Cronograma de Actividades

N°	Actividades	2024													
		MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
1	Envío de protocolo al comité de ética	15													
2	Correcciones del protocolo y aprobación	15-1	1-30	1-31											
3	Difusión de la intervención				1-30	1-31									
4	Entrega de consentimiento y evaluación diagnóstica				1-30	1-31									
5	Encuadre y 1° sesión							5							
6	2° sesión							12							
7	3° sesión							19							
8	4° sesión							26							
9	5° sesión								2						
10	6° sesión								9						
11	7° sesión								18						
12	8° sesión								23						
13	9° sesión								30						
14	10° sesión									7					
15	11° sesión									14					
16	12° sesión									21					
17	13° sesión									28					
18	14° sesión													4	
19	15° sesión y cierre del programa													11	
21	Evaluación de seguimiento														11

Anexo 4

Inventario de depresión de Beck-II

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>	<p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p>
<p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>	<p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>

Título original: *Beck Depression Inventory (Second edition)*
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo más decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

Anexo 5

Inventario de Psicoterapia Positiva

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Folio: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Por favor lea cuidadosamente cada uno de los enunciados. Evalúese a si mismo usando la escala de 5 puntos (1 = No me identifico, 2 = Me identifico poco, 3= Me identifico más o menos, 4 = Me identifico mucho, 5 = Me identifico bastante), respondiendo qué tanto se identifica con cada enunciado. Por favor solo marque una de las opciones de respuesta.

Algunos enunciados son respecto a fortalezas. Las fortalezas son rasgos estables que se manifiestan a través de pensamientos, sentimientos y acciones; son valorados moralmente y son benéficos para uno mismo y para los demás. Ejemplos de fortalezas incluyen el optimismo, entusiasmo, espiritualidad, justicia, modestia, inteligencia social, perseverancia, curiosidad, creatividad y trabajo en equipo.

N°	Reactivos	1	2	3	4	5	
1	Me siento alegre						P
2	Conozco mis fortalezas						E
3	Me siento conectado a las personas con quienes interactúo regularmente						R
4	Lo que hago es importante para la sociedad						M
5	Soy una persona con aspiraciones y metas en la vida						A
6	Otras personas dicen que me veo feliz						P
7	Busco hacer actividades en donde uso mis fortalezas						E
8	Me siento cercano a mis seres queridos						R
9	Siento que mi vida tiene un propósito						M
10	Los logros de otros me inspiran a tomar acciones para alcanzar mis metas personales						A
11	Me doy cuenta de las cosas buenas en mi vida y me siento agradecido						P
12	Utilizo mis fortalezas para resolver mis problemas						E
13	Durante tiempos difíciles, siempre hay alguien a quien puedo acudir en busca de apoyo						R
14	Participo en actividades religiosas o espirituales						M
15	He hecho muchas cosas bien en mi vida						A
16	Me siento relajado						P
17	Mi concentración es buena durante actividades donde uso mis fortalezas						E
18	Tengo relaciones personales que me apoyan en mi crecimiento y desarrollo						R
19	Hago cosas que contribuyen a una causa mayor						M

20	Cuando establezco una meta, soy capaz de lograrla						A
21	Me rio genuinamente						P
22	El tiempo pasa rápidamente cuando estoy concentrado en actividades que usan mis fortalezas						E
23	Hay por lo menos una persona en mi vida quien me escucha lo suficientemente bien para entenderme a mi y a mis sentimientos						R
24	Uso mis fortalezas para ayudar a los demás						M
25	El alcanzar mis metas me motiva a cumplir nuevas metas						A
Total							
		P	E	R	M	A	

Rango	Clínica	No clínico	Su puntuación
P= Emociones Positivas (5-25)	14	21	
E= Compromiso (5-25)	16	21	
R= Relaciones (5-25)	14	22	
M= Propósito (5-25)	14	19	
A= Logro (5-25)	18	21	
Total= (25-125)	76	104	

Anexo 6

Flyer de convocatoria



La Maestría en Psicología y Salud del Centro Universitario UAEM Ecatepec te invita al:



PROGRAMA DE PSICOTERAPIA POSITIVA PARA LA DEPRESIÓN

Te has sentido con...

Desánimo

Tristeza

Poca motivación

Insomnio

Desesperanza

Culpa

Ira

¡Permítenos ayudarte!



REQUISITOS

- Edad de 18 a 25 años
- Disponibilidad de tiempo
- Ser residente de Ecatepec
- Inscribirse antes del 1 de agosto



Programa gratuito

PROYECTO APROBADO POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



Lic. Daniel Sánchez Cisneros

✉ dsanchezc728@alumno.uaemex.mx

☎ 56 1947 5180

Anexo 7

Aprobación del comité de ética



Universidad Autónoma del Estado de México

Nezahualcóyotl, Estado de México a 26 de abril de 2024
Dictamen Proyecto CEIN/2024/051

LIC. DANIEL SÁNCHEZ CISNEROS
MAESTRANDO DE PSICOLOGÍA Y SALUD
PRESENTE

Con relación al proyecto no. CEIN/2024/051 con el título *Evaluación de una intervención clínica positiva en adultos jóvenes con síntomas de depresión del municipio de Ecatepec, Estado de México* enviado por usted y recibido el 15 de marzo de 2024, hacemos de su conocimiento el resultado de la revisión realizada mediante el método de pares ciegos, en el que este Comité de Ética en Investigación **AVALA** el desarrollo del protocolo mencionado.

Se adjunta un documento que contiene las observaciones y modificaciones que debe atender, mismas que deberán de ser comentadas y discutidas con su director(a) y realizarse en el protocolo de investigación. En cualquier caso, no es necesario devolverlas a este Comité.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2024, Conmemoración del 60 Aniversario de la Inauguración de Ciudad Universitaria"

DRA. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE
PRESIDENTE DEL CEI DEL CU UAEMEX NEZAHUALCÓYOTL

Av. Bordo de Xochiaca S/N,
Col. Benito Juárez C.P. 57000.
Nezahualcóyotl, Estado de México
Tel. 55-51126372
www.uaemex.mx

