



---

---

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**Intervención cognitivo-conductual para disminuir la sintomatología depresiva y  
aumentar el bienestar psicológico en desempleados**

**TESIS**

Que para obtener el grado de:

**PRESENTA**

Hilda Liz Alfaro Juantorena

**Director de Tesis:**

Dr. Arturo Juárez García

**Comité Tutorial**

Dr. Fernando Arias Galicia

Dr. Gabriel Dorantes Argandar

Mtro. Claudio Rodolfo Barrales Díaz

Mtra. Cinthya Anamia Flores Jiménez

Noviembre, 2019.

---

---



FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Jefatura de Maestría en Psicología

"1919-2019, en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca Mor., a 19 de Nov de 2019  
FPSIC/SPOSG/MAEST/2019/891  
**ASUNTO:** Votos Aprobatorios

**DR. GABRIEL DORANTES ARGANDAR**  
**COORDINADOR ACADÉMICO**  
**DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T E**

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: *"Intervención cognitivo – conductual para disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico en desempleados"* trabajo que presenta la C. *"Hilda Liz Alfaro Juantorena"*, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

**ATENTAMENTE**

**VOTOS APROBATORIOS**

<b>COMISIÓN REVISORA</b>	<b>APROBADO</b>	<b>CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*</b>	<b>SE RECHAZA*</b>
DR. LUIS FERNANDO ARIAS GALICIA			
MTRA. CINTHYA ANAMIA FLORES JIMÉNEZ			
DR. ARTURO JUÁREZ GARCÍA			
DR. GABRIEL DORANTES ARGANDAR			
MTRO. CLAUDIO RODOLFO BARRALES DÍAZ			

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo

Dedicatoria

A mis abuelas por darme luz tanto en la tierra como en los cielos  
y a mis abuelos por darme fuerza y gratos recuerdos.

A mi mamita que ha hecho mil sacrificios por mí.

A mis tíos Abraham y Paquitín por enseñarme  
el gusto por la lectura, la buena música y la ecuanimidad.

## Agradecimientos

Creí que nunca llegaría el momento de escribir este apartado, después de dos años con momentos alegres y tortuosos quisiera agradecer a:

- Mi mamá por su fortaleza para empezar de cero y brindarme un futuro mejor, por sus consejos y su apoyo incondicional, por esperar siempre lo mejor de mí y ayudarme sin consideraciones. A papá por evitar cargar mi mochila y con eso enseñarme a ser independiente. A mi padrastro y mi madrastra por estar incondicionalmente, por sustituir cariños y brindar atenciones. También a mis hermanas que son mi mayor orgullo y preocupación en la vida.
- Al Ing. Axel Ramírez por escuchar mis quejas, por hacerme olvidar los pesares con risas, por sus abrazos plenos y su paciencia, sobre todo por empezar y terminar junto a mi este proyecto.
- A mi tía Bertha por escuchar, cuidar y aconsejar a todos.
- A Rossana y Javier por estar, aquí y ahora desde hace ocho años.
- A Valeria, Ivette, Paola, Sofía, Jorge y Javier por inspirarme con canciones, viajes, ilusiones, libros y risas.
- A mi familia del gimnasio (Dianita, Kike, Ale, etc.) en especial a Marcos mi entrenador, por enseñarme a ser esforzada, a intentarlo aun cuando ya no puedo, a dar lo mejor de mí en cualquier ámbito y circunstancia.
- A la maestría por dos cosas, la primera por conocer y permitirme compartir con personas tan maravillosas como Migue, Diamela, Sixto, Cinthya, César, Martín y Esperanza, sin ustedes mucho de esto no hubiese sido posible, la segunda por aprobar mi estancia de investigación en Chile, definitivamente fue una de las experiencias más bonitas y educativas de mi vida, en particular por Claudio que me mostró un camino distinto y profesional para valorarme y reconstruirme, por el amanecer de los Andes en la ventana de Sori, y por los amigos que hice y serán en mi corazón “esa nostalgia de domingo por llover y oxidado carrusel”.
- A mi Comité por sus exigencias y retos, en especial al Dr. Arturo por haberme aceptado, por orientarme y darme paz, por escucharme y ayudarme a crecer, por confiar en mí y canalizar diplomáticamente mis impulsos.

Por último, agradecer a Dios que es mi guía y mi sustento, creador de todo y dador de sabiduría por cuidarme y ponerme una coraza para cumplir con mis metas.

## Índice

Introducción .....	7
Marco teórico .....	8
Capítulo 1. Panorama actual de la situación laboral, el desempleo y la salud mental en México ...	8
Capítulo 2. El trabajo y sus funciones psicosociales.....	14
Capítulo 3. El desempleo .....	15
3.1. Concepto de desempleo.....	15
3.2. Fases psicológicas del desempleo.....	17
3.3. Enfoques de análisis e influencia en la salud mental.....	20
3.4. Patologías del desempleo.....	21
Capítulo 4. Depresión en tiempos de crisis .....	24
Capítulo 5. El bienestar .....	30
5.1. Bienestar subjetivo. ....	31
5.2. Bienestar psicológico.....	31
Capítulo 6. Modelo Cognitivo Conductual .....	35
6.1 Terapia Racional Emotiva.....	38
6.2 Intervenciones grupales.....	39
Planteamiento .....	41
Pregunta de investigación.....	41
Hipótesis.....	41
Justificación.....	41
Objetivo .....	44
Variables.....	44
Definición conceptual .....	44
Definición operacional .....	45
Método .....	46
Diseño.....	46
Participantes .....	47
Instrumentos de medición utilizados.....	48
1. Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	48
2. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.....	49
Técnicas Cognitivo Conductuales utilizadas en la intervención .....	50
1. Respiración diafragmática.....	50
2. Esquema ABC .....	51
3. Detención del pensamiento .....	52
4. Role-playing.....	53
5. Entrenamiento asertivo.....	53
6. Psicoeducativa.....	53
Escenario .....	54
Aspectos éticos.....	55
Procedimiento.....	57
Propuesta de intervención .....	59
Estrategia de análisis de resultados .....	61
Resultados .....	62
Comentarios y conclusiones.....	70
Referencias .....	77

Anexos.....	84
Anexo 1. Flyer.....	85
Anexo 2. Lista de asistencia y evaluaciones .....	86
Anexo 3. Consentimiento informado .....	87
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck.....	88
Anexo 5. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff .....	90
Anexo 6. Carta descriptiva.....	92
Anexo 7. Gráfico ABC.....	97
Anexo 8. Formulario de autoayuda.....	98
Anexo 9. Formato de evaluación.....	100

## Introducción

En la actualidad, la falta de empleo es un problema social, clínico y político que particularmente en México y sin reflejo claro aún, representa una crisis en el Estado de Bienestar es decir, un reto eminente en las intervenciones del Estado que son dirigidas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población (Merino, 2014; Ruiz y Ordaz, 2011; Salas 2007; Navarro y Quiroga, 2003). Pese a que en el país, los índices de desempleo son bajos, año con año aumenta la recesión económica y las estadísticas informales por la pérdida de empleos (Salas, 2007), dejando como resultado para los extrabajadores una alta recurrencia de trastornos afectivos (Berenzon, Asunción, Robles y Medina-Mora, 2013), así como la reducción de la autoestima por el distanciamiento entre sus habilidades, las destrezas y los roles ahora exigidos por el mercado (López, 2014).

Interesada en esta problemática y como propuesta de Tesis de Maestría, este trabajo tiene el objetivo de analizar si un programa de intervención cognitivo conductual, breve y grupal valorado por juicio de expertos, disminuye la sintomatología depresiva y aumenta el bienestar psicológico en un grupo de 18 personas desempleadas que asisten al Servicio Nacional del Empleo de la ciudad de Cuernavaca. Por medio de un taller de tres sesiones con diseño de contraprueba simple con un grupo experimental y un grupo control, que afortunadamente respondió estadísticamente significativo para las variables sintomatología depresiva y bienestar psicológico; permitiendo inferir que a pesar de que el desempleo sea una variable constante, la sintomatología depresiva como indicador endógeno del individuo puede disminuir, así como también, puede aumentar el bienestar psicológico mediante una intervención cognitivo conductual.

## Marco teórico

### Capítulo 1. Panorama actual de la situación laboral, el desempleo y la salud mental en México

En México, la política de empleo estuvo tradicionalmente asociada con el crecimiento hasta mediados de 1982, donde se reformuló la interpretación del empleo y se promovieron políticas y programas focalizados a grupos específicos (Román, 2007).

Desde entonces, el país inició un proceso de adopción del Modelo Neoliberal que, en aras de permitir una evaluación del crecimiento y/o los términos económicos del mismo, nos invita a debatir la naturaleza y el comportamiento económico que, en el corto y mediano plazo, ha sido menor de lo esperado, por no decir mediocre y reducido en la productividad (Román, 2007).

Aun con el paso de los años, la crisis económica sigue condicionando el Estado de Bienestar del país principalmente por el desempleo, la pobreza, la exclusión social y ciertas políticas nacionales (Merino, 2014). Además, ha sido eminente el estrés relacionado a la precariedad laboral, la ausencia de empleo y las pocas expectativas de solución en un corto plazo (Espino, 2014). Toda esta situación más allá de reflejar la diversidad natural y cultural, se enfrasca en afectar distintas dimensiones de la vida social, familiar e incluso mental de quienes la viven, ocupando uno de los principales motivos de preocupación tanto social como individual (Caicedo y Van-Gameren, 2016).

La falta de empleo es un problema social que va más allá de lo coyuntural y de los desajustes financieros revisables, es también un problema político que evidencia las disfunciones



en la arquitectura del sistema económico y la incapacidad de los gobernantes para reorientar las prioridades del país dando respuesta a las demandas sociales (Merino, 2014). De cara a la sociedad y en específico a la divulgación y libre acceso a la información es también un problema de alteración de los índices de desempleo urbano, ya que, de manera contradictoria, todos los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] reflejan un aumento en la creación de puestos (Ver Figura 1).

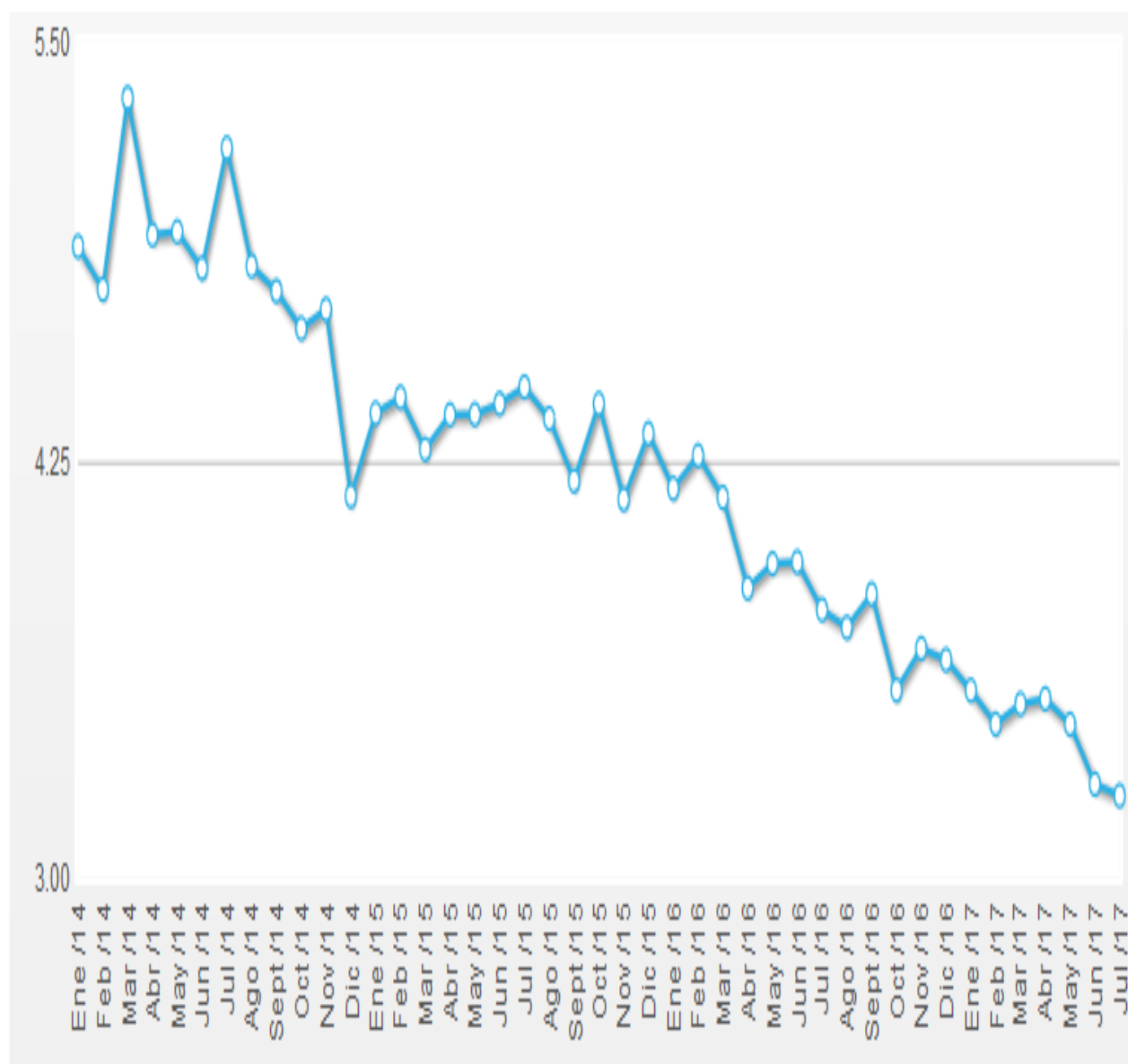
Estos reportes contradictorios pueden ser explicados en gran medida, por la necesidad de un ingreso, aunque sea mínimo y por la cantidad de trabajadores que con esta necesidad recurren como única opción real a empleos por cuenta propia o a ser asalariados en micronegocios (Salas, 2007). De hecho, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo tan solo durante el primer trimestre de 2018 el empleo informal registró un aumento de 1.2% (30 millones de personas) respecto al mismo lapso de 2017 (Migueles, 2018).

Además, Camberos y Yáñez (2003) explican que las incongruencias en los índices de desempleo del país están dadas posiblemente por tres aspectos:

- El maquiado de los datos para tener una tasa de desempleo baja.
- La falta de reconocimiento a otro tipo de empleo que no se encuentre contemplado como abierto y que, a la larga, se cubre con definiciones y estadísticas alternativas por el INEGI.
- El crecimiento y la exposición a la informalidad del mercado.

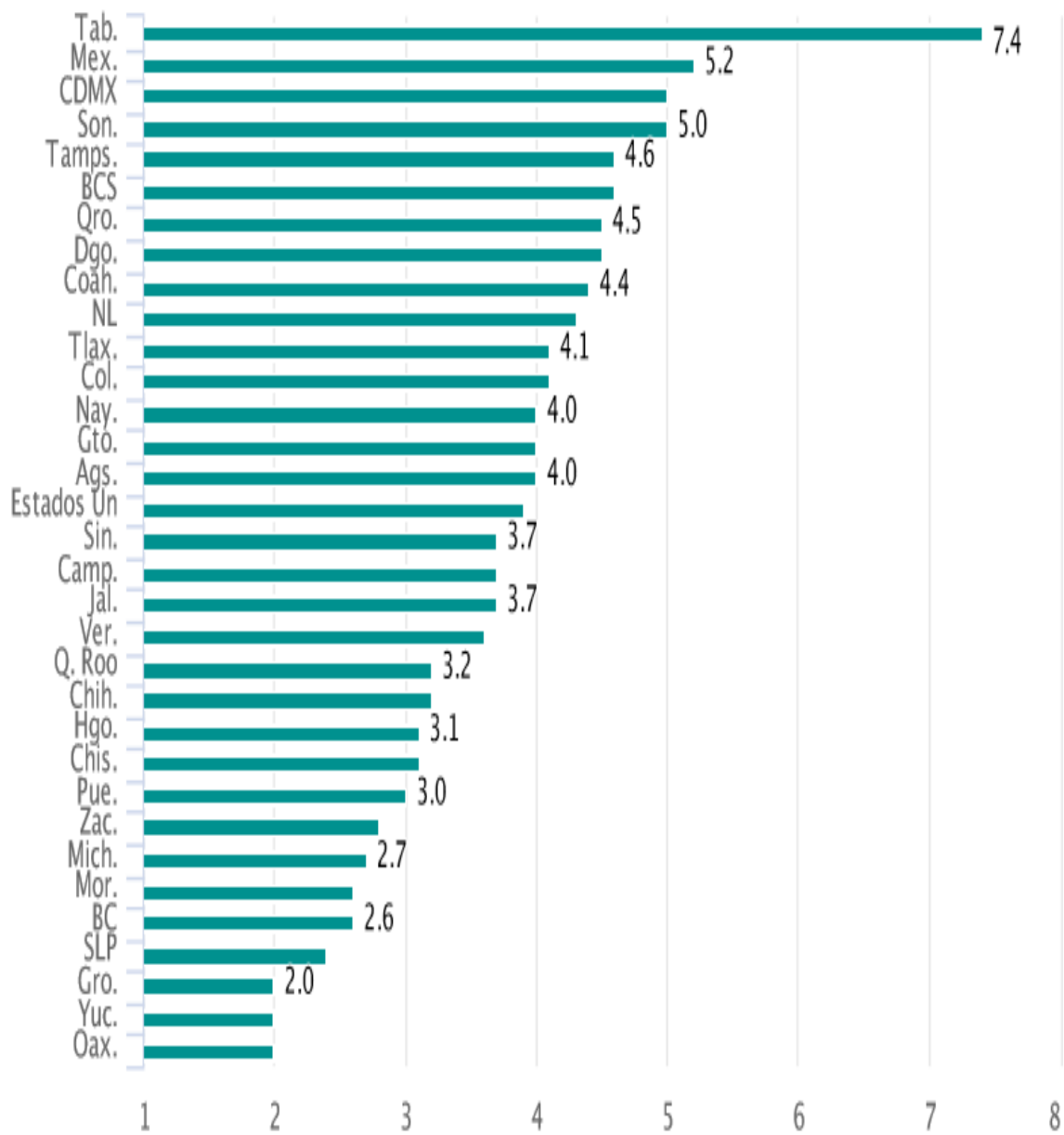
Esta situación nos lleva a no demeritar las cifras de desempleo y a enfocarnos en el análisis de la recurrencia, la larga duración y las evidentes dificultades de remplio en estados como el de Morelos donde supuestamente existe una tasa relativamente baja en la falta de empleo (Ver Figura 2).

**Figura 1.** Serie desestacionalizada y tendencia-ciclo de la tasa de desocupación nacional



*Figura 1.* Reflejo del aumento en la creación de puestos en México copiado del (INEGI, Tasa de desocupación 2015-2017, 2017).

**Figura 2.** Tasa de desocupación por entidad federativa



*Figura 2.* En Morelos existe una tasa relativamente baja de desempleo copiado del (INEGI, Tasa de desocupación por entidad federativa, 2014).

En este punto es necesario documentar que el desempleo es también un problema clínico, que afecta aproximadamente a 2 millones de personas en todo el país (considerando una población económicamente activa de 57 millones de personas) (INEGI, 2019) y que las expone al sufrimiento de algún trastorno mental, por ejemplo, la depresión.

Con respecto a la afectación de la salud mental de los individuos, de acuerdo con las estadísticas de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida (Berenzon, Asunción, Robles y Media-Mora, 2013), teniendo la depresión una frecuencia de 10.4% en las mujeres y 5.4% en los hombres (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet y Orozco, 2012). Para ser más exactos, según el panorama del Simposio de Psiquiatría para Expertos Regionales, en el país había 10 millones de personas con depresión (Reyes, 2016), número que incidía en una tasa de suicidio de 4.5 por cada 100 mil habitantes, implicando una discapacidad mayor a la que producen otras condiciones crónicas (Berenzon et al., 2013).

Además, en el 2015 la Cámara de Diputados aseguró en uno de los boletines de la Comisión de Salud, que el país registra aproximadamente 43 mil 700 defunciones por trastornos mentales, que uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años, ha padecido una enfermedad de esta naturaleza y que tan sólo 2.5 % de los pacientes se encuentra bajo supervisión de algún especialista (Navarro, 2015).

A este bagaje, se le añade la crisis del desempleo que reduce la autoestima de los individuos pues a medida que aumenta el tiempo de inactividad, va creciendo el distanciamiento

entre las habilidades y destrezas que poseen los extrabajadores y las exigidas por el mercado laboral (López, 2014).

Con este panorama, parece difícil creer que, de acuerdo con una encuesta realizada recientemente por Gallup International, México se encuentra entre uno de los cinco países más felices del mundo (MRF, 2018). Cuestión que parece estar explicada por:

- La aparente negación de la realidad, que permite evadir conflictos y hacer de los problemas un chiste, aunado a la desensibilización de la sociedad (Miguel y Miranda, 2017).
- La disociación entre el crecimiento del sentimiento subjetivo de satisfacción con la vida que se declara en la mayoría de las encuestas y el bienestar en términos de bienes y servicios, en otras palabras, por la paradoja de Easterlin (Turmo, Vara y García-Brazales, 2008). Desde esta perspectiva, el individuo evalúa subjetivamente su utilidad tomando en consideración sus circunstancias individuales, su posición respecto a otros, su experiencia pasada y sus expectativas, empíricamente esto quiere decir que los países con una renta per cápita baja tienen índices de felicidad más altos que aquellos con rentas superiores (Layard, 2005).

Pero entrando en materia, ¿qué es el trabajo?

## **Capítulo 2. El trabajo y sus funciones psicosociales**

Desde tiempos remotos el trabajo ha sido una fuente primordial de superación y desarrollo para el ser humano. Herramienta que permitía el empleo de los recursos naturales para la modificación del entorno social e individual de las personas. Con el paso de los años y la aparición de la propiedad privada, las actividades productivas remuneradas (trabajo) se vuelven necesarias, creadoras y reguladoras del mundo (Zola, 1991).

El trabajo independientemente de ser un ejercicio altamente positivo brinda una cobertura económica que nos introduce orden en la actividad cotidiana, aporta en la construcción de relaciones sociales más allá del ámbito familiar, amplía nuestras metas y objetivos personales, participa en la definición del estatus social, aporta identidad y por encima de todo, fomenta la vida activa al imponer la realización concreta de una actividad (Espino, 2014). Proporciona además, un conjunto de nutrientes necesarios para nuestra existencia y que sentimos especialmente cuando los perdemos (Espino, 2014).

Desde un punto de vista social, el trabajo permite la transformación de la naturaleza y la evolución del ser humano como especie, pero desde el punto de vista psicológico, constituye un vínculo de unión entre la persona y la realidad (Morales, 2005). Pues es la actividad humana primordial y el marco de referencia que define el sentido de la existencia, construyendo la intersubjetividad del individuo y creando vínculos para su integración (Morales, 2005).

Román (2007) plantea desde la perspectiva de la Organización Internacional del Trabajo, que el empleo debe ser entendido como la actividad humana generadora de riqueza que puede ser

contabilizada en el plano económico (específicamente en el PIB), y que el espacio específico de la política de empleo es esencialmente macroeconómico, lo que implica su incidencia sobre el nivel y la estructura económica, así como sobre el desarrollo de la productividad.

Además, desde la concepción del trabajo decente, el empleo aquel que respeta a plenitud la dignidad humana, que no discrimina por razón de género, preferencia sexual, discapacidad, raza o religión, brinda seguridad social, ofrece un salario remunerador, capacita de forma continua para incrementar la productividad y el bienestar del trabajador y cuenta con condiciones óptimas de seguridad e higiene que prevengan riesgos. En general, un trabajo decente de acuerdo a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, incluye el respeto irrestricto a los derechos colectivos de los trabajadores (STPS, 2010).

Esta idea nos hace entender entonces, que todas las actividades productivas remuneradas son una utopía en donde los problemas de la miseria y la degradación son definitivamente superados, que implica no sólo ocupar un puesto personal sino también social en el proceso de producción (Zola, 1991).

Pero entonces ¿qué sucede cuando se pierde el trabajo?

### **Capítulo 3. El desempleo**

#### **3.1. Concepto de desempleo.**

La noción de desempleo presupone la existencia de un mercado de trabajo y de aquel que no ha tenido éxito al recurrir a un empleador y que, por ende, al mismo tiempo se ha inscrito en una

agencia pública encargada de buscar empleo, o de prestar algún tipo de ayuda a quienes no lo encuentran (Caicedo y Van-Gameren, 2016). Según la OIT (2003) es la situación que se da cuando la demanda de empleo excede las ofertas disponibles, que se refiere principalmente al mercado de trabajo formal, el cual suele ser de manera considerable, más pequeño que el informal.

Al hacer un análisis más concreto y profundo, la OIT (2003) menciona que las personas desempleadas son aquellas que tengan la edad exigida para la medición de la población económicamente activa y que, durante el período de referencia se hallen en los siguientes criterios simultáneamente:

- Sin trabajo: no tienen un empleo remunerado ni trabajo por cuenta propia.
- Actualmente disponibles para trabajar.
- Buscando trabajo: han hecho gestiones concretas en un determinado periodo reciente para encontrar un empleo remunerado o trabajar por cuenta propia.

Puede definirse entonces como: un paro forzoso o la desocupación de los asalariados que pueden y quieren trabajar, pero no encuentran una posibilidad laboral (Álvaro y Garrido, 2003).

Los economistas lo clasifican en cuatro tipos básicos (Ávila, 2004):

- Friccional: flujo continuo de personas que van de un empleo a otro, o bien que pasan del grupo de empleados al de desempleados.
- Cíclico: relacionado con los cambios en las condiciones comerciales, considerando recesiones y depresiones.



- Estacional: Viene y va según las estaciones del año en las que se eleva y se reduce la demanda de empleos específicos.
- Estructural: los desempleados no pueden encontrar trabajo para el cual están capacitados.

Para el INEGI (2017) el desempleo se asocia a la desocupación que afecta a la Población Económicamente Activa que no logró trabajar siquiera una hora durante la semana de referencia para la encuesta de Ocupación y Empleo, pero que manifestó su disposición para hacerlo e intentó mediante alguna actividad obtener empleo.

Según su origen, se sabe que afecta a dos tipos de personas, por un lado, a aquellas con un cierto nivel de cualificación que son obligadas a abandonar su trabajo y por el otro, a personas con un nivel muy bajo de formación que no cuentan con las competencias personales para cubrir las vacantes e incorporarse al mercado de trabajo (Izquierdo y Alonso, 2010). En ambos casos y desde un punto de vista conductista, se consideran causales del desempleo las acciones previas y las características o competencias personales de los individuos según Kessler, 1997 (Citado en Alles, 2006).

### **3.2. Fases psicológicas del desempleo.**

El análisis del desempleo como pérdida (temporal) incluso desde un punto de vista aplicado, supone la experiencia de privación o la pérdida del contacto con una situación con la se mantiene un vínculo afectivo, guardando una estrecha similitud con la elaboración producida del duelo en cualquier otra circunstancia, inclusive como en el fallecimiento de un ser querido (Díaz, Navarro,

Climente, Ortega, López-López y Casado, 2015) que es definitivo y mucho más traumático (Fagin, 1987).

Desde este enfoque, se entiende que el duelo en los desempleados se compone por el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que aparecen tras la pérdida de la experiencia u acontecimiento con la que se estaba psicosocialmente vinculado (Tizón, 2004). Y al igual que en otras experiencias de privación, Fagin (1987) y Buendía (2010) establecen que existen distintas fases psicológicas que no afectan en la misma medida a todos los individuos:

- **Escepticismo:** Incredulidad, estupor y/o conmoción ante la noticia del despido, particularmente si están apegados a su trabajo y se sienten reconocidos positivamente. Es un estado que tiende a durar poco y viene acompañado de un sentimiento de desorientación y de confusión, con una sensación de fracaso y de incapacidad para hacer planes para el futuro.
- **Negación:** optimismo irreal e incluso incongruente, en que prevalece la sensación de hallarse de vacaciones, alejados de las responsabilidades, pues la pérdida del empleo se considera temporal. Este proceso de negación puede durar pocas semanas y el tránsito a la siguiente fase es gradual e inadvertido, por la negativa de aceptar las circunstancias presentes que se encuentran fuera del control del extrabajador (a).
- **Ansiedad:** la realidad de la falta de empleo se hace evidente lentamente, por la falta de dinero y los primeros intentos fallidos de encontrar trabajo, que intensifican el temor de estar en paro durante largo tiempo. La característica principal de este periodo es la búsqueda asidua de empleo, sin recibir respuesta y

como consecuencia, la idealización del trabajo anterior. Por lo que se experimentan estados de melancolía e irritabilidad, insomnio y discusiones en el hogar por la falta de confianza en sí mismo. Esta fase, sí puede durar muchos meses y depende en gran medida del apoyo familiar y la resistencia personal.

- Identidad como desempleado: el extrabajador o extrabajadora se da cuenta de que existen pocas razones que lo estimulan pues ya se ha resignado a la situación, él o ella y su familia han establecido un nuevo estilo de vida y la búsqueda de empleo se realiza de manera fortuita y sin esperanza real de éxito. A menudo, se quejan de cansancio, pérdida o ganancia de peso, irritabilidad, abuso de alcohol y de cigarrillos. En algunos casos también, se presentan relaciones familiares en deterioro (divorcio, separación, negligencia y/o abuso conyugal).

Durante el duelo de los desempleados, según Buendía (2010) se presentan en el individuo tres déficits fundamentales:

- Cognitivo por la incapacidad de apreciar las relaciones de contingencia entre sus respuestas y sus resultados.
- Motivacional por el retraso de las respuestas voluntarias.
- Emocional por la perturbación del equilibrio emocional.

Con esto se entiende que el desempleo implica entonces una pérdida no sólo de la satisfacción de una función instrumental o manifiesta (salario y condiciones de trabajo) sino también de funciones de carácter latente, que se derivan de una representación psicológica, como son (Jahoda, 1987):

- La estructura del tiempo.
- El contacto social: experiencias compartidas y contactos con la gente fuera del núcleo familiar.
- Los objetivos comunes: vinculan al individuo a metas y propósitos.
- El estatus: clarifica también la identidad personal.
- La actividad: habitual y cotidiana.

Estas funciones latentes son necesidades profundamente arraigadas que afectan en el bienestar psicológico del individuo (Creed y Macintyre, 2001) y que convierte al fenómeno en una realidad familiar y generalizada (Espino, 2014).

### **3.3. Enfoques de análisis e influencia en la salud mental.**

El nivel científico de la crisis sobre el desempleo y su análisis desde el enfoque socioeconómico y psicosocial no toma relevancia hasta la explicación de las funciones latentes del trabajo y sus representaciones psicológicas (Johoadá, 1987; Gómez, Morejón y Sabater 2008). Abriendo un camino hacia una comprensión sistémica de la persona que busca trabajo e iniciativas de apoyo para su inserción (Gómez et al., 2008).

Estudiado desde un corte sociológico, es imposible hacer a un lado el impacto negativo que el desempleo tiene sobre la calidad de vida y el nivel de satisfacción de las personas, en específico en el grado de bienestar psicológico (Espino, 2014). Y es que definitivamente, el trabajo integra mientras que el desempleo segrega; la actividad laboral normaliza y desarrolla, y

el desempleo reduce a la excedencia social a la persona que ha perdido su trabajo (Buendía, 2010).

### **3.4. Patologías del desempleo.**

Los investigadores se han visto con la necesidad de explicar la relación entre el desempleo y la salud física y mental de los individuos desde distintas disciplinas, hasta la fecha, se ha demostrado que en situaciones de paro laboral están presentes trastornos psicósomáticos, cefaleas, alteraciones de peso, palpitaciones, impotencia sexual, así como aumento del colesterol, afecciones cardíacas, neurosis y úlceras (Ayerdi y Tabera, 1991). Además, produce cambios en la configuración de la subjetividad individual y social de quienes lo viven, produciendo efectos psicosociales como son los sentimientos de inseguridad, de impotencia, de desesperanza, de ansiedad y de depresión (Morales, 2005), mayor probabilidad de alcoholismo (Dooley, Catalano y Hough, 1992) de comportamientos suicidas (Platt, 1981) e incluso de consumo de psicofármacos (Gili, García y Roca, 2014).

Según los estudios del tema, las personas desempleadas presentan (Garrido, 2009; Paul y Moses, 2009; Buendía 2010):

- Menores niveles de bienestar psicológico, autoestima y satisfacción con la vida.
- Mayor grado de sentimientos depresivos y ansiedad.
- Aislamiento social y deterioro de las relaciones familiares.

La cuestión es que el desempleo aparece como psicológicamente destructivo (Ver Tabla 1) (incluso en los casos en los que el ingreso económico está garantizado) (Buendía, 2010) ya no solo para la persona que lo vive, sino también para los miembros de su familia.

Tabla 1

*Efectos del desempleo*

Enfoque	Efecto	Trastornos
Socioeconómico	Renta familiar Sistema familiar Prestaciones Ciclo económico	
	Psicosomático	Cefaleas Alteraciones de peso Palpitaciones Impotencia sexual Aumento del colesterol Afecciones cardiacas Neurosis Úlceras
Psicosocial	Bienestar psicológico	Depresión Distimia Extroversión Neuroticismo Escala de valores (inseguridad, impotencia, desesperanza) Expectativas de éxito Alcoholismo Comportamientos suicidas Consumo de psicofármacos Autoestima y autoeficacia Inteligencia emocional Salud percibida Calidad de vida

*Nota:* Elaboración propia con información de Ayerdi y Tabera, 1991; Morales, 2005; Dooley et al., 1992; Platt, 1981; Gili et al., 2014.

De hecho, algunos estudios aseguran que:

- En los niños se afecta el estado de ánimo por la percepción de los problemas económicos, incluso plantea una posible predisposición a presentar problemas de ansiedad (Guillamón, 2003).
- En el matrimonio aumentan las discusiones y por ende disminuye el nivel de apoyo y afecto que los progenitores otorgan a sus hijos (Guillamón, 2003).
- Existe un aumento en las cargas de trabajo doméstico (Briales, 2013).

Ahora bien, se considera que la relación entre el desempleo y salud mental del individuo está medida fundamentalmente por el tiempo de inactividad, los niveles de autoestima y estabilidad mental, el soporte social, la actitud ante el desempleo y el compromiso que estableció la persona con su trabajo. En esta ecuación se consideran también las variables sexo, edad, nivel de ingresos y expectativa de retornar a la situación laboral, como aspectos protectores antes el estrés causado por el desempleo (Schaufeli, 1992).

Ya enfocados en la relación de la salud mental con el desempleo, es importante mencionar que por ejemplo en España, entre el 2006 y 2010, se encontró un incremento relativo de los trastornos mentales en las personas sin empleo, con una prevalencia de riesgo entre dos y siete veces de padecer depresión después del paro (Ver Figura 3) (Gili et al., 2014). Específicamente en México los datos son alarmantes ya que tan solo en el 2016 hubo 6 mil 291 suicidios asociados en su mayoría a la crisis del desempleo, lo que se traduce en 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes (INEGI, 2018). Además, las estadísticas epidemiológicas con respecto a la salud

mental, alertan que, en el país el 14.3% de la población padece ansiedad, 9.2% abusa de alguna sustancia, 9.2% sufre algún trastorno afectivo y 7.1% sufre de alguna fobia.

Figura 3. Crisis económica y salud mental

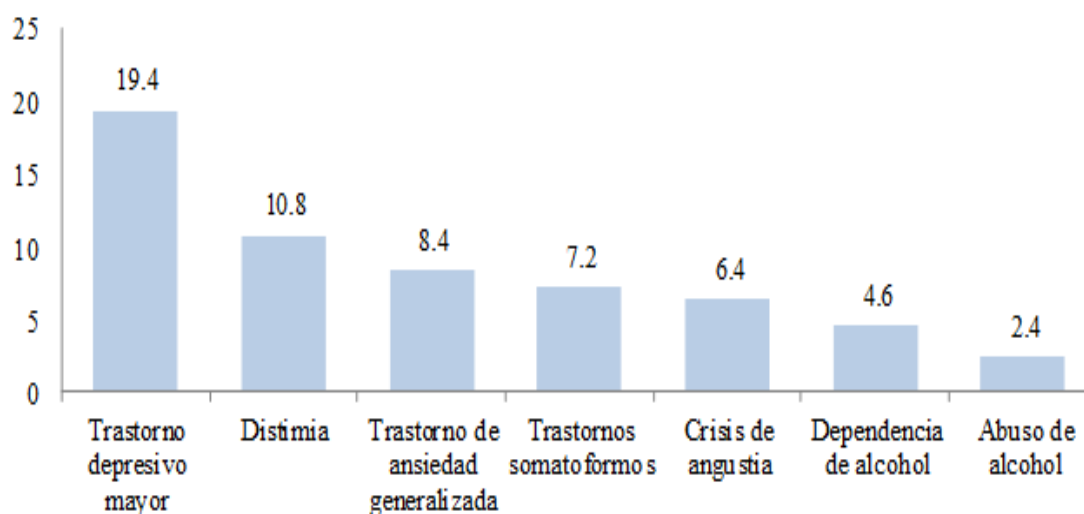


Figura 3. Incremento de los trastornos mentales en las personas sin empleo en España entre el 2006 y 2010 (Gili et al., 2014).

#### Capítulo 4. Depresión en tiempos de crisis

Caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación y autoinculpación irracional (Fagin, 1987), la depresión cobra cada día mayor importancia en el conglomerado de trastornos mentales que afecta a la población mexicana (Bello, Puentes-Rosas y Lozano, 2005) implicando costos económicos y sociales (Berenzon, Asunción, Robles y Media-Mora, 2013), influyendo e inhabilitando todas las áreas de vida de individuo (López-Petersen, 2011).

Este problema de salud mental con predeterminaciones endógenas y exógenas (Bello et al., 2005), que suele comenzar en edades tempranas (Berenzon et al., 2013), compromete a un



elevado porcentaje de adultos y ensorbece el pronóstico de distintas patologías somáticas (Retamal, 2003).

El concepto de depresión como tal, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo en tres vocablos, que significaban una misma realidad pero que, permiten una mirada más profunda del trastorno (Bello et al., 2005):

- Melancolía: proviene de la alteración del equilibrio humoral.
- Acedia: síndrome de tristeza, dejadez e inhibición.
- Depresión: fragua a partir de la Ilustración y compaginan una nueva concepción mental que expresa la bipolaridad de euforia-disforia, es decir, distingue entre los estados de hipertimia y distimia.

De forma romántica la depresión significa el abatimiento, la postración, el hundimiento, la distonía, el descenso a la oscuridad vital y a la muerte (Bello et al., 2005). Pero en concreto, es una enfermedad grave sin posibilidad de liberación voluntaria, que afecta la valoración a sí mismo (autoestima) y a la forma en que uno piensa (San y Arranz, 2010).

Para la OMS (2001) la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas, es decir, es una alteración que afecta la funcionabilidad en sus principales áreas de actividad (Beltrán, Freyre y Hernández-Guzmán, 2012).

La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona y se que se manifiesta por cambios en el estado de ánimo, en el comportamiento, en los sentimientos y en la forma de pensar. Por lo regular, estos cambios son continuos y duran más de dos semanas (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2016). Incluso, se encuentra determinada por una serie de síntomas que se acompañan en algunos casos, de pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas (Beltrán et al., 2012). Estos síntomas suelen agruparse en (Pérez y García, 2001):

- Afectivos: humor bajo, tristeza, desánimo.
- Cognitivos: pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza, remordimiento.
- Conductuales: retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desgana.
- Físicos: falta de apetito, sueño y energía.

En general, la depresión se caracteriza por manifestaciones y sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y poca concentración (Hernández-Bussolo, Romero, Alcázar, Vogel y Reyes, 2017; IMSS, 2016).

La depresión suele clasificarse de acuerdo con su gravedad (IMSS, 2016):

- Leve: Bajo estado de ánimo, fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración que no afecta las actividades diarias.

- Moderada: Importante baja en el estado de ánimo, llanto espontáneo, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño y del apetito. Disminución de la autoestima acompañada de aislamiento, ansiedad y nerviosísimo, que afectan la vida diaria del individuo.
- Grave: Incapacita por completo al individuo que ya no sólo presenta los sentimientos y manifestaciones antes mencionadas, sino que también tiene ideaciones y planeaciones suicidas.

Además, puede dividirse en:

- Depresión grave: que se caracteriza por una combinación de síntomas que incapacita a la persona y le impide desenvolverse con su normalidad (Nance, 2010).
- La distimia: que se define por un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por la persistencia del estado de ánimo depresivo durante aproximadamente dos años (Asociación Americana de Psiquiatría “por sus siglas en inglés” [APA], 2013).

El DSM-5 en general, reconoce como trastornos depresivos al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno de depresión inducido por una sustancia y/o medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica y el trastorno depresivo especificado y otros no especificados (APA, 2013). Y plantea que a pesar de que se diferencian por la duración, la presentación temporal y la etiología, todos tienen como rasgo

común la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo que lo padece (APA, 2013).

El CIE-10 en cambio, da detalles específicos para un criterio diagnóstico y aclara que, aun siendo leve, moderado o grave el episodio depresivo, el paciente sufrirá de un estado de ánimo bajo, una reducción en la energía, una disminución de la actividad por la presencia de un cansancio importante y la pérdida del interés, la concentración y el disfrute, aunado a ideas persistentes de culpa o inutilidad, alteraciones en el sueño, pérdida de peso y disminución de la libido. Además, aclara que, el episodio como mínimo debe durar dos semanas sin estar atribuido al consumo de sustancias psicoactivas o a algún trastorno mental orgánico y que el paciente no debe presentar ningún síntoma hipomaníaco o maníaco durante su historia de vida (OMS, 1994).

Ahora bien, existen como se mencionó antes, predeterminaciones endógenas y condiciones exógenas que pueden provocar un episodio depresivo, por ejemplo, el hecho de estar desempleado (Berenzon et al., 2013). Esta condición de paro y las posibilidades de padecer un cuadro depresivo están dadas en muchos casos por factores característicos de acuerdo con el sexo (Franchi, 2001) (Ver Tabla 2), y que teóricamente se encuentran asociados a la fractura de la identidad socioprofesional, misma que se construye sobre estereotipos de género que como bien se sabe, son identidades sociales estructuradas por determinadas relaciones sexo-género y producción (Martínez-Guirao y Téllez, 2016).

Resumiendo el apartado pareciera entonces que, con la falta de consuelo ante la pérdida laboral y los esfuerzos apropiados para conseguir empleo, surge en el individuo la sensación de incompetencia, los sentimientos de inutilidad, irritabilidad, cansancio, pérdida de la propia estima

e ideas suicidas (Fagin, 1987) en otras palabras, depresión, pérdida del sentido de sí mismo y emociones disfóricas (Ezzy, 1993).

Tabla 2

*Factores disparadores de la depresión*

Sexo	Factor
Masculino	Eventos de la vida, tensiones, adaptación a los cambios. Incremento en las deudas. El modelo cultural en cuanto a las expectativas con respecto a las cargas familiares, laborales, profesionales o de estudio. Demandas relacionales, derivadas de la sobrecarga proveniente de satisfacer las necesidades de otros a cargo. Expectativas sobre su funcionamiento, autoestima disminuida, trastornos de adaptación, falta de lazos sociales.
Femenino	Expectativas con respecto a sí misma. Aislamiento o desconexión. Síntomas físicos (cansancio). Sentido de sí misma disminuido. Insatisfacción y dificultad en las relaciones interpersonales.

*Nota:* Elaboración propia con información de Franchi, 2001.

Visto así, es importante rescatar que *durante el proceso de desempleo, se aprecia el sentido de pérdida como característica central del deprimido* y se asume que, el individuo tiene una visión mustia de sí mismo, ya que construye sus experiencias de forma negativa con una idea pesimista de su futuro a corto y largo plazo (Feather y Davenport, 1981). Situación emocional que ligada al bienestar psicológico del extrabajador es decir, la capacidad del individuo para desarrollar sus potencialidades y superar las metas a pesar de las adversidades (Ryff y Keyes, 1995), implicará el éxito o el fracaso futuro en el mercado de trabajo (Estramina, Gondim, Luque, Luna, y Dessen, 2012).

## Capítulo 5. El bienestar

A pesar de que el concepto de bienestar en la actualidad se enmarca en una concepción positiva de la salud o psicología salutogénica (Arévalo-Pachón, 2012), la evidencia científica, apunta a que con la pérdida brusca de los factores psicosociales y de las necesidades universales, surgen en el individuo de manera paulatina, ciertos sentimientos que merman su percepción y sus niveles de bienestar, influyendo de manera positiva o negativa en diversos ámbitos de su vida (Barrantes-Brais y Ureña-Bonilla, 2015).

El bienestar puede definirse como el grado en el que el individuo juzga globalmente su vida en términos favorables (Veenhoven, 1989) es decir, la evaluación que la persona hace de su vida (Diener, 2000). Esta valoración en gran medida se encuentra sujeta a tres facetas básicas: la primera son aspectos afectivos-emocionales (positivos o negativos), la segunda se refiere a aspectos cognitivos-valorativos (la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida) y por último la vincular, que hace referencia las relaciones entre los aspectos anteriores (Cuadra y Florenzano, 2003).

Como tal el concepto de bienestar y su estudio, se desarrolla desde dos tradiciones, una subjetiva y otra psicológica, interesadas en un mismo proceso, pero con distintos indicadores para medirlo (Zubieta y Delfino, 2010).

### **5.1. Bienestar subjetivo.**

La tradición epistemológica subjetiva del bienestar hace alusión a una perspectiva hedonística, asociada con nociones de felicidad y placer (Ryan y Deci, 2000) o con la satisfacción vital y la afectividad positiva en el momento presente (Vielma-Rangel y Alonso, 2010).

Esta idea da origen al bienestar subjetivo (García-Alandete, 2014), proponiendo una relación causal y determinante con la personalidad, la salud, los aspectos sociodemográficos, las variables comportamentales y los acontecimientos vitales (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Martín, 2016; Vielma-Rangel y Alonso, 2010).

Respecto a esta tradición, el desempleo y cada una de sus etapas, influye negativamente en el bienestar subjetivo (Lázaro y Peraita, 2007) por el hecho de generar malestar, ansiedad, tensión y menores niveles de autoestima (Martín, 2016). Incluso se sabe, que su efecto perdura aún después de tener acceso al nuevo empleo, ya que los sujetos no regresan a sus antiguos niveles de satisfacción (Diener y Ryan, 2009).

### **5.2. Bienestar psicológico.**

Por el contrario, el bienestar psicológico es el resultado de la tradición eudaimónica, que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo (García-Viniegras, Carmen y Benítez, 2000) centrando su atención en el desarrollo del potencial humano y en la percepción que tienen las personas con relación a diversos aspectos de su funcionamiento (García-Viniegras et al., 2000; Ryff y Keyes, 1995; Ryan y Deci, 2000) en otras palabras, la

búsqueda del crecimiento personal y el sentido de la vida en el presente y en el futuro (Vielma-Rangel y Alonso, 2010).

El bienestar psicológico un constructo mucho más amplio que el bienestar subjetivo y la estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo, es una dimensión evaluativa del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido (Casullo y Solano, 2000). Se refiere al esmero en desarrollar las potencialidades y las capacidades propias de modo que, la vida alcance su propio significado, logrando con esfuerzo y superación metas valiosas, muy a pesar de las adversidades (Ryff y Keyes, 1995). En general, se entiende como lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y las conclusiones cognoscitivas y afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia (Retamal, 2011).

La valoración e interpretación del bienestar psicológico se encuentra ligada conceptualmente a la calidad de vida y se factoriza multidimensionalmente con el ingreso o la riqueza, la salud, la educación, las actividades cotidianas, relacionales y personales, la política, el medio ambiente y la seguridad (Arias, 2017). Además, se construye y protege de ciertas habilidades sociales (Ver Figura 4) como la disposición favorable, las habilidades de solución de problemas, autoeficacia, autoestima, habilidades de comunicación efectiva y aspiraciones elevadas (Bisquerra, 2003). Estos a su vez, se encuentran finamente relacionados con las capacidades del individuo para lograr obtener sus objetivos y la funcionabilidad de estos en la vida cotidiana (Sen, 2001, citado en Arias, 2017).



Figura 4. Factores protectores en el Bienestar Psicológico

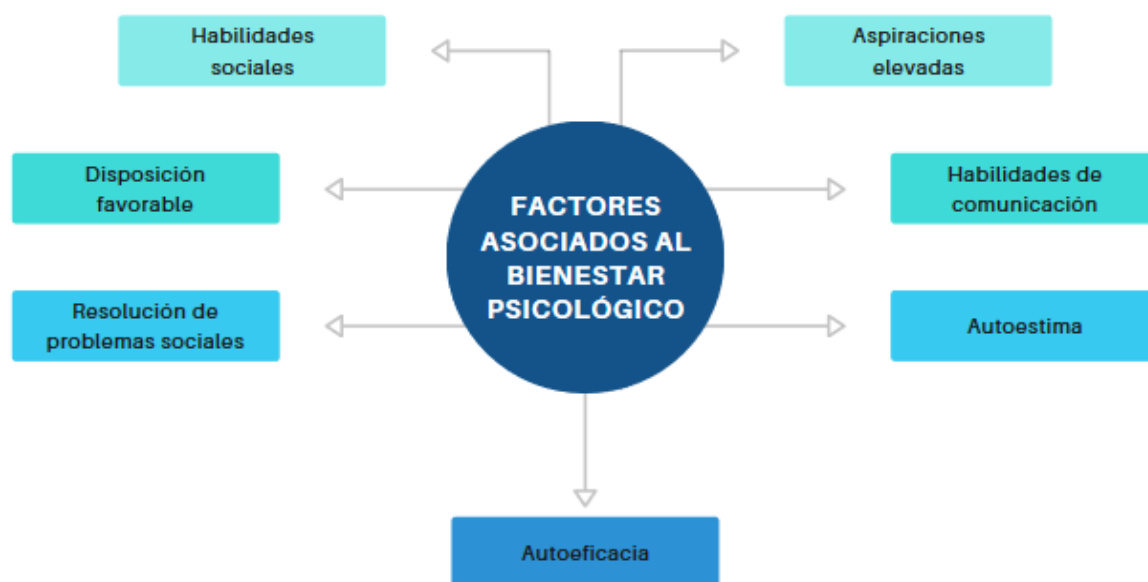


Figura 4. Construcción y protección del Bienestar Psicológico (Bisquerra, 2003). Elaboración propia.

Entonces, para conservar del bienestar individual y global se necesitan según la literatura cuatro tipos de capital: el ambiental, el económico, el humano y el social (Arias, 2017). Estos circulan entre las oportunidades ecológicas, políticas, económicas y éticas del medio y las capacidades del individuo para lograr satisfacer su deseo de vivir bien, feliz y de manera prolongada (Veenhoven, 2009, citado en Arias, 2017).

En este caso, al buscar coincidencias con la propuesta de Jahoda (1987) de los factores que cobran relevancia en la presencia o ausencia de salud mental (Romero-Carrasco, García-Mas y Brustad, 2009) es necesario mencionar que la depresión tiene relaciones negativas con el bienestar y que, por el desempleo estos decrementos pueden ser aún más evidentes (Arias, 2017).

Bajo esta primicia, está argumentado también que la salud mental, los niveles de frustración y bienestar psicológico en los desempleados varían en función de aquellas actividades que realizan durante su estatus de desempleado (Martín, 2016) y que les permitan (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009):

- Sentirse bien consigo mismas aun estando conscientes de sus limitaciones.
- Desarrollar y mantener relaciones cálidas con los demás.
- Dar forma a su medio para satisfacer sus necesidades y deseos.
- Impulsar la individualidad y la libertad personal.
- Encontrar un propósito que unifique sus esfuerzos y sus retos.
- Mantener una dinámica de aprendizaje y desarrollo continuo de sus capacidades.

Cada una de las acciones anteriores es indispensable en la actividad y en la mejora del bienestar psicológico, hacen alusión o se asemejan empíricamente a las seis dimensiones propuestas en el modelo de Ryff (1989) para el análisis y medición del bienestar psicológico:

- Autoaceptación: figura central de la salud mental, característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.
- Relaciones positivas con los demás: da importancia a la calidez y la confianza puesta en las relaciones interpersonales, así como a la capacidad de amar.
- Autonomía: enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.
- Dominio del entorno: implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

- Propósito en la vida: destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, sentido de dirección o intencionalidad.
- Crecimiento personal: el funcionamiento psicológico óptimo requiere de desarrollar las características anteriores y de continuar con el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

Estas dimensiones permiten a la vez, que los individuos se desvinculen y sean más conscientes de los momentos de estrés, es decir, que sean más observadores y objetivos con su vida y las evaluaciones que hacen de ella. De acuerdo con Ryff (1989) para tener bienestar psicológico hay que reforzar y aumentar habilidades desde un análisis situacional, por lo que, desde una mirada holística y biopsicosocial, se considera para su intervención al Modelo Cognitivo Conductual justo porque procura brindar herramientas para ver la vida desde otro punto de vista (Puerta-Polo y Padilla-Díaz, 2011).

## **Capítulo 6. Modelo Cognitivo Conductual**

Desde hace algunos años las instancias de atención primaria han registrado un aumento en las consultas por trastornos afectivos (Carro y Sanz, 2015) lo cual ha llevado a la búsqueda de estrategias de tratamiento mucho más eficientes y rentables en términos de costo-beneficio, con tendencia a la terapia Conductual y la terapia Cognitiva, pues algunos meta-análisis han mostrado su validez incluso por encima de la medicación en pacientes con depresión leve o moderada (Carro y Sanz, 2015; Gloaguen, Cottraux, Cucherat y Blackburn, 1998; López-Petersen, 2011).

En específico, el modelo cognitivo-conductual combina las teorías de aprendizaje con aspectos fundamentales del procesamiento de la información, intentando de algún modo integrar los factores internos y externos del hombre (Batlle, 2007). Supone entonces, la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para la modificación de comportamientos (Yapko, 2006) es decir, la intervención primero en las cogniciones (pensamientos) y segundo en las conductas que se originan a partir de ideas irracionales (Hernández-Silva, 2010).

En terapia, el modelo cognitivo-conductual, trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, buscando que el individuo asuma su responsabilidad en cada una y a la vez, ejerza control sobre ellas mediante intervenciones individuales o grupales, incluso interdisciplinarias (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Además, ofrece al individuo la posibilidad de participar en el proceso de manera activa, directiva, estructura y delimitada en tiempo (Beck, 1983), que abre una brecha para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida (Ruiz et al., 2012).

En general, las distintas formas de terapia cognitiva comparten tres supuestos básicos (Sarason-Irwin y Sarason-Bárbara, 2006):

- La actividad cognitiva afecta la conducta.
- Esa actividad puede monitorearse, analizarse y alterarse.
- El cambio de conducta puede obtenerse por medio del cambio cognitivo.

Estas primicias alientan a los participantes o pacientes del modelo cognitivo a probar sus percepciones como hipótesis, por tanto, el terapeuta asigna tareas que permitan la expresión y observación objetiva de los supuestos y esquemas que los forman a ellos y al mundo (Sarason-Irwin y Sarason-Bárbara, 2006).

Además, las estrategias de intervención del modelo pueden organizarse en tres grandes grupos (Riso, 1992):

- Empirismo colaborativo: como un equipo de trabajo el terapeuta y el paciente examinan y corroboran científicamente las creencias del paciente.
- Diálogo socrático y disputa verbal: el terapeuta incita al paciente a reconocer las inconsistencias lógicas de sus formulaciones, ataca y examina todo lo que señala de forma cálida y empática.
- Descubrimiento guiado: se generan experiencias comportamentales y psicológicas que le permitan al paciente descubrir aspectos de su personalidad, con una actitud de cuestionamiento y crecimiento.

Los tratamientos cognitivos más comunes son: la terapia cognitiva de Beck (Beck, 1963), la terapia racional emotiva de Ellis (Ellis, 1958), la egodistonia y complejidad del Se de Guidano (Guidano, 1991) y el entrenamiento autoinstruccional e inoculación del estrés de Meichenbaum (Meichenbaum, 1977). Todos integrados bajo los principios del procesamiento de información y tres recursos terapéuticos básicos (Riso, 1992):

- Exposición del individuo a evidencias desconfirmatorias de sus creencias o pensamientos erróneos con la intención de que se modifique su substrato cognitivo.
- Explicación al paciente de sistemas alternativos de esquemas y creencias.
- Educación para la comprensión de la naturaleza de sus distorsiones cognoscitivas (insight).

### **6.1 Terapia Racional Emotiva.**

En específico, la Terapia Racional Emotiva es un sistema de psicoterapia que procede del pensamiento griego, romano, budista, taoístas y de ideas neoracionalistas (José y Navas, 1981), creado por Albert Ellis a finales de los 50's con el objetivo de ayudar a la gente a minimizar sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes (Ellis y Grieger, 1990). Enseñando una forma diferente de pensar y por lo tanto de asumir y manejar las emociones, los actos y sus consecuencias (Ibáñez, Onofre y Vargas, 2012). Creyendo que el ser humano logrará sentirse feliz y efectivo siempre cuando, actúe y piense de manera racional (José y Navas, 1981; Ellis y Grieger, 1990).

De acuerdo con Ellis y Grieger (1990) esta terapia tiene como metas:

- Ayudar a comprender lo ilógico y lo falso de las ideas que provocan perturbaciones.
- Mostrar las consecuencias contraproducentes de esas ideas irracionales.
- Enseñar nuevas ideas y alternativas.
- Transmitir la lógica y los beneficios detrás del proceso.

Todos estos fines, presuponen un modelo educacional y persuasivo (Ellis y Grieger, 1990), donde el pensamiento y los sentimientos se encuentran íntimamente conectados, actuando en forma circular de causa y efecto, llegando a ser incluso, una misma cosa porque el pensar se convierte en la emoción y/o viceversa (José y Navas, 1981). De acuerdo con Ellis y Grieger (1990), esto supone, además, la existencia de:

- Pensamientos, ideas o creencias racionales que ayudan a las personas a presentar, elegir o alcanzar valores, propósitos, metas o ideales de manera eficaz, lógica y feliz.
- Sentimientos convenientes que ayudan a minimizar o eliminar las emociones que provienen de las preferencias y/o deseos bloqueados y frustrados.
- Sentimientos inconvenientes que empeoran las circunstancias, conducen a resultados desafortunados y a mayores frustraciones.

Ahora bien, como psicoterapia la Terapia Racional Emotiva de grupo inició tan pronto como la individual, por ende, las metas (que el individuo adopte una actitud de autoaceptación) y las consideraciones iniciales son prácticamente las mismas (Ellis y Grieger, 1990).

## **6.2 Intervenciones grupales.**

Numerosos estudios han documentado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión, principalmente por la heterogeneidad de las técnicas y la limitación y el establecimiento de los tiempos de atención (Pérez y García, 2001). Usualmente el modo de entrenamiento destacado es el individual porque permite la participación y evita un posible

aislamiento pero, de acuerdo al APA (2000) las intervenciones grupales son susceptibles de aplicación no sólo para los tratamientos agudos, sino también para los procesos de continuación, mantenimiento, prevención de recaídas y recurrencias. Aunado al ahorro de costes que revelan una mayor viabilidad para cualquier centro de salud (Echeburúa, Salaberría, Corral y Berasategui, 2000).

Entonces, bajo las premisas de la Terapia Racional Emotiva y los principios básicos del modelo cognitivo conductual, los terapeutas deben construir sesiones que permitan la interacción y la discusión, que respondiendo a tiempos limitados y en caso de trabajo de grupo, se ajusten a 6 u 8 semanas (Ellis y Grieger, 1990). Aunque en la actualidad, se emplean intervenciones grupales mucho más breves, que tienen como objetivo incentivar comportamientos de autoayuda, brindar apoyo emocional y entrenamientos en habilidades, a través de la psicoeducación (López-Petersen, 2011). Usando principalmente, las técnicas de detención del pensamiento, de entrenamiento asertivo, de respiración diafragmática, del esquema ABC, de role-playing y de desensibilización sistemática (Ellis y Grieger, 1990).

Estas técnicas aplicadas a un grupo permiten una psicoterapia preventiva, donde los miembros comprendan que no son únicos al tener un problema, escuchen discusiones a los mismos y se ayuden a solucionarlos (Ellis y Grieger, 1990). En otras palabras, el uso consciente e inconsciente de estos métodos, enseña a los participantes a pensar de forma clara y científica sobre sí mismos y sus compañeros más cercanos (Landriscini, 2006).

El trabajo grupal, entonces, permite que los usuarios sean vistos en un campo interpersonal donde se perciben estilos relacionales y defensivos característicos, evoquen



sentimientos y recuerdos que puedan ser usados en forma productiva y generalizados a la vida cotidiana (López-Petersen, 2011). Además, en el caso de los grupos con tiempos limitados, el hecho de estar reunidos por un diagnóstico o síntoma en particular, la demografía o la crisis, permite la cohesión con mayor rapidez, facilita las discusiones en las sesiones, fomenta el factor curativo (esperanza, universalidad, entrega de información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, recepción y entrega de información, catarsis, etc.) y reduce la vergüenza (López-Petersen, 2011; Urra, 2005).

## **Planteamiento**

### **Pregunta de investigación**

Con un panorama así surge la siguiente pregunta: ¿es posible disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico en personas desempleadas mediante una intervención cognitivo conductual?

### **Hipótesis**

Un programa de intervención cognitivo conductual disminuirá la sintomatología depresiva y aumentará el bienestar psicológico en un grupo de personas desempleadas ubicadas en el Servicio Nacional del Empleo de Cuernavaca, Morelos.

### **Justificación**

Las personas desempleadas ocupan una prevalencia de dos millones de personas dentro del país (INEGI, 2019), comparten al igual que todos, necesidades substanciales y apremiantes, como el simple hecho de disponer o tener un lugar en la sociedad.

En este grupo vulnerable, el bienestar psicológico mantiene niveles negativos debido al cúmulo de pérdidas que trae consigo: merma de aportes psicosociales, la disminución de habilidades laborales y del estatus, y la percepción de no poder planificar el futuro (Contreras, 2013) lo que afecta directamente la idea que el individuo tiene de sí mismo y de su entorno, y la capacidad de responsabilizarse con su proyecto profesional y de vida. En general, la salud se ve mermada por sentimientos de inferioridad ante la pérdida de la autoestima y la minoración del estatus social (Buendía, 1990).

Dentro de esta línea, se consideró importante:

- La efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la sintomatología depresiva, por su condición estructurada y la identificación de tipos y efectos del pensamiento, creencias y síntomas (Hernández-Brussolo et al., 2017).
- El uso de intervenciones que han demostrado fehacientemente su eficacia desde un punto de vista científico para ofrecer soluciones eficientes y efectivas (Ruiz et al., 2012).
- La responsabilidad del individuo ya no en el acontecimiento (que, aunque en este caso es el desempleo, aplica para cualquier otro) sino en la interpretación de este, es decir, en la implicación en el cambio de sus actitudes, creencias, pensamientos y reflexión introspectiva, así como el control sobre ellas (Contreras, 2013).

Se desea determinar entonces que, aunque la situación social del desempleo es una situación exógena que no permite a la persona tener control en la exposición ni en la duración (Izquierdo y Alonso, 2010), la sintomatología depresiva como indicador endógeno del individuo sí puede disminuir y el bienestar psicológico puede aumentar en los desempleados mediante una intervención cognitivo conductual, mejorando así, la calidad de vida de este grupo vulnerable y previniendo un círculo vicioso entre el estatus de desempleo y la baja eficacia de funcionamiento social y psicológico.

Se espera obtener resultados que promuevan futuras intervenciones comprometidas e innovadoras que conlleven a:

- Mejorar la calidad de vida de personas en situación laboral vulnerable, pues el objetivo no es “sustituir” la necesidad social de un empleo por una intervención cognitivo conductual, sino coadyuvar a aminorar el impacto psicológico del estatus de desempleo en las personas que no tienen empleo.
- La formación de procesos salutogénicos que consideren la relevancia en los métodos y en la consecución de todo aquello que promueve la vitalidad, la autenticidad y el crecimiento.
- Al diseño de estrategias de inserción, que lejos de promover la formación académica, incida en las habilidades que ahora son exigidas por el mercado y las que se basan una buena salud psicológica.

## Objetivo

Analizar si un programa de intervención cognitivo conductual disminuye la sintomatología depresiva y aumenta el bienestar psicológico en un grupo de personas desempleadas que asisten al Servicio Nacional del Empleo de la ciudad de Cuernavaca.

## Variables

Variable dependiente: sintomatología depresiva y bienestar psicológico.

Variable independiente: Intervención cognitivo conductual.

## Definición conceptual

Sintomatología depresiva (*variable dependiente*): sensación de incompetencia, sentimientos de inutilidad, pérdida de la propia estima, incapacidad de comunicación, aislamiento, irritabilidad, cansancio, variaciones en el peso e ideaciones suicidas (Fagin, 1987).

Bienestar psicológico (*variable dependiente*): esmero en desarrollar las potencialidades y las capacidades propias de modo que, la vida alcance su propio significado, logrando con esfuerzo y superación metas valiosas, muy a pesar de las adversidades (Ryff y Keyes, 1995).

Estructurado en seis factores propios (Ryff, 1989):

- Autoaceptación: madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.
- Relaciones positivas con los demás: calidez y confianza puesta en las relaciones interpersonales, así como a la capacidad de amar.
- Autonomía: autodeterminación, independencia y regulación de la conducta.
- Dominio del entorno: capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

- Propósito en la vida: comprensión de un propósito o significado de la vida, sentido de dirección o intencionalidad.
- Crecimiento personal: el funcionamiento psicológico óptimo requiere de desarrollar las características anteriores y de continuar con el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

Intervención cognitivo conductual (*variable independiente*): programa breve enfocado en intervenir en la disminución de la tristeza e irritabilidad, y encontrar pensamientos adaptativos para mejorar la salud mental. Que, a su vez, incida en los factores del bienestar psicológico (Ryff, 1989).

### **Definición operacional**

Sintomatología depresiva: puntaje obtenido del Inventario de Depresión de Beck en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) que consta de 21 ítems, con cuatro opciones de respuesta ordenas de menor a mayor gravedad, una duración de diez minutos y un criterio de evaluación en el que puntuaciones de diez en adelante se ubican en niveles de moderados a severos (Hernández-Silva, 2010).

Bienestar psicológico: puntaje promedio obtenido de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), versión adaptada al español por Van Dierendonck (2004) y traducida por Díaz y colaboradores (2006) que consta de 39 ítems, con una duración de 20- 25 minutos. Donde puntuaciones mayores a 152 indican alto bienestar psicológico y por debajo de 122 un déficit en los criterios de crecimiento personal (Páez, 2008).

Intervención cognitivo conductual: grupo que se expondrá a la intervención que consiste en cinco sesiones que se llevarán a cabo de forma grupal y dos veces a la semana con una duración aproximada de 1 hora o 1 hora y media (revisar Tabla 6 y Anexo 5).

## Método

### Diseño

Investigación con diseño de contraprueba simple, conformado por dos grupos; uno experimental y otro control (Arias, 2007).

Figura 5. Diseño de contraprueba simple

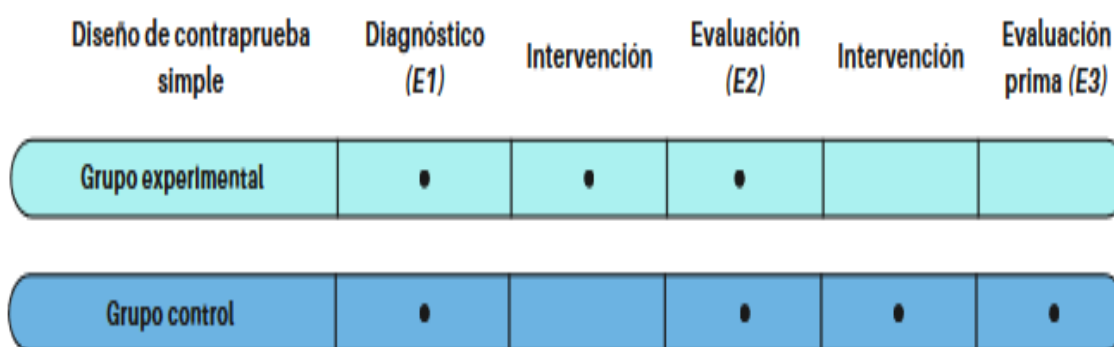


Figura 5. Diseño experimental (Arias, 2007).

## Participantes

El universo de desempleados participantes (N=18) se definió por aquellos que se encontraron inscritos en el Servicio Nacional de Empleo (SNE) de la ciudad de Cuernavaca y que respondieron de manera voluntaria al anuncio con invitación abierta en el periodo del 23 de julio al 27 de julio del 2018.

Cabe destacar que en un inicio, la propuesta era seleccionar aleatoriamente ambos grupos, esperando cubrir al menos 20 participantes, sin que existieran diferencias previas en las variables de estudio y en las sociodemográficas lo que, de ser necesario, se aseguraría mediante procedimientos de emparejamiento empero, una vez lanzada la convocatoria a pesar de que se inscribieron 36 personas, se presentaron a la intervención sólo 18, que quedaron divididas por orden de llegada entre el grupo experimental (N=9) y el control (N=9).

Considerando únicamente a aquellos que:

- Firmaran el consentimiento informado.
- Presentaron un nivel de depresión Leve y Moderado de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck, porque los casos severos necesitan más evaluaciones para determinar el tipo de depresión (endógena o exógena) y atención psicológica y/o psiquiátrica individual. Justo por eso serán canalizados al área clínica del CITPsi.
- No tuvieran un empleo remunerado (formal o informal) ni trabajo por cuenta propia.

## Instrumentos de medición utilizados

### 1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Versión estandarizada para la población mexicana (Jurado et al., 1998) que intenta obtener el grado de depresión, mediante tres factores altamente intercorrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Que se presentan como manifestaciones de tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesagrado, autoacusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, indecisión, cambios en la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido (Hernández-Silva, 2010).

Es un autoinforme de 21 ítems, con frases que deben ser escogidas en dependencia del estado de ánimo, con posibilidades de respuesta de 0 (ausencia de las manifestaciones) a 3 (prevalencia en un nivel alto de la sintomatología) (Hernández-Silva, 2010). Con una confiabilidad por consistencia interna de 0.87,  $p < .000$  en población mexicana y validez concurrente con la Escala de Zung de  $r=0.65$ ,  $p < .000$  (Jurado et al., 1998).

Para efectos de su interpretación:

Tabla 3

#### *Baremo de interpretación del Inventario de Depresión de Beck*

Nivel de Depresión	Puntuación
Altibajos normales	5-9
Leve-Modera	10-18
Moderada- Severa	19-29
Severa	30-63

*Nota:* información tomada de (Hernández-Silva, 2010).



## 2. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Adaptación española (Dierendonck, 2004) de la escala de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), traducida al español por (Díaz et al., 2006). Consta de 39 ítems en una escala tipo Likert, con valoraciones que corresponden a (1) totalmente en desacuerdo, (2) moderadamente en desacuerdo, (3) ligeramente en desacuerdo, (4) ligeramente de acuerdo, (5) Moderadamente de acuerdo y (6) totalmente de acuerdo, considerando seis factores: Autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Díaz et al., 2006).

Las propiedades de esta versión se ajusta significativamente con el modelo de los seis factores propuesto por Ryff (1989) y presenta una consistencia interna por encima de 0.9 que oscila entre 0.78 y 0.81 en cada una de sus subescalas y características psicométricas aceptables para ser aplicado a la población mexicana (Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez, 2013).

Para efectos de interpretación se emplean como baremos (Ver Tabla 4 y 5):

Tabla 4

*Baremos de interpretación de la Escala de Bienestar Psicológico (1989) en su versión española (Díaz et al., 2006)*

Nivel de Bienestar Psicológico	Puntuación
Elevado	$\geq 176$
Alto	141-175
Moderado	117-140
Bajo	$\leq 116$
Puntaje máximo	234

*Nota:* Información tomada de (Díaz et al., 2006).

Tabla 5

*Dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico (1989) Versión Española (Día et al., 2006) y dominancia de afectos positivos y negativos*

Rangos	Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio propio	Crecimiento personal	Propósito en la vida
Alto	>27	>27	>36	>27	>32	>27
Medio	18-26	18-26	24-35	18-26	21-31	18-26
Bajo	<25	<25	<23	<25	<20	<25
Puntaje	36	36	48	36	42	36

*Nota:* Información tomada de (Ryff y Keyes, 1995).

### **Técnicas Cognitivo Conductuales utilizadas en la intervención**

Los tratamientos cognitivo conductuales y en particular la Terapia Racional Emotiva, se encuentra integrada por los principios del procesamiento de la información y se basa en el uso terapéutico de (Riso, 1992):

- La exposición del individuo a evidencias desconfirmatorias de sus creencias o pensamientos erróneos con la intención de que se modifique su substrato cognitivo,
- Sistemas alternativos de esquemas, creencias y pensamientos,
- La educación para la comprensión de la naturaleza de sus distorsiones cognoscitivas (insight).

Para lograrlo se pueden utilizar las intervenciones en las siguientes técnicas.

#### **1. Respiración diafragmática**

La respiración diafragmática es una técnica básica para alcanzar un mayor nivel de relajación física y mental (Baechle y Earle, 2000) que parte de la idea de que es el diafragma el encargado de controlar la respiración involuntaria y, por ende, de mejorar la eficacia de la ventilación,

reducir el esfuerzo respiratorio, aumentar la excursión y mejorar el intercambio gaseoso y la oxigenación (Kisner y Allen, 2005).

Es considerado un método somatofísico que se centra en la conexión del músculo con la mente es decir, en la acción muscular como iniciadora de la relajación para ello, exige (Baechle y Earle, 2000):

- Relajar los músculos abdominales.
- Dejar brazos colgados y concentrar la atención en la relajación.
- Hacer respiraciones profundas.
- Colocar las manos en el abdomen para verificar que el estómago se distensa de forma natural.
- Inhalar por la nariz y exhalar por la boca de forma lenta por algunos minutos hasta que se domine.

## **2. Esquema ABC**

El esquema ABC es un modelo que señala que las consecuencias emocionales y conductuales (C) no son provocadas por los acontecimientos activadores (A), sino más bien por las creencias (B) que la persona tenga acerca de ellos (Carbonero, Martín-Antón y Feijó, 2010).

Esta idea presupone entonces, que los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales son creados, mediados y/o mejorados por las cogniciones (Calvete y Cardeñoso, 1999). Por ende, promueve el cuestionamiento sistemático, el razonamiento inductivo y el desafío verbal para hacer el reencuadre cognitivo (Amodeo, 2011).

### 3. Detención del pensamiento

La detención del pensamiento es una técnica cognitiva aplicada principalmente en pacientes con trastornos de naturaleza ansiógena, que elaboran pensamientos desagradables, inadecuados y persistentes, con el objetivo reducir el estrés y la ansiedad (Lozano y Rubio, 1999), mediante la interrupción y modificación ya no solo de los pensamientos sino también de las emociones negativas que lo acompañan (González-Salazar, 2009).

Es también conocida como un método de bloqueo o parada de pensamiento (González-Salazar, 2009) que en un primer paso, supone la identificación de los pensamientos negativos o estresantes y posteriormente la detención de los mismos, utilizando la imaginación o el grito de la palabra alto. El final está, en la sustitución por un pensamiento incompatible o distractorio es decir, más adecuado y positivo (Lozano y Rubio, 1999).

En otras palabras, es una técnica que incluye concentrarse en los pensamientos no deseados y, después de un corto período de tiempo, detener y vaciar la mente a través de la orden de “stop” o bien algún ruido fuerte, para interrumpir los pensamientos desagradables y el seguimiento de ideas sustitutivas de tranquilización o bien afirmaciones de autoaceptación (Davis, McKay y Eshelman, 2002).

Su análisis parte fundamentalmente de que los pensamientos negativos y de miedo proceden de emociones del mismo orden y por lo tanto pueden ser controlados y/o reducidos, al igual que el estrés (Davis et al., 2002).

#### **4. Role-playing**

El role-playing significa asumir la posición de otra persona para lograr una mejor perspectiva en la interacción (Ellis y Grieger, 1990). Mediante la dramatización de una situación que represente un conflicto de trascendencia moral, pretendiendo facilitar la (Martín-García, 1992):

- Adquisición de empatía y la perspectiva social.
- Exploración de sentimientos, actitudes, valores y percepciones que influyen en las conductas.
- Resolución de conflictos.
- Asunción de las consecuencias de la toma de decisiones.

#### **5. Entrenamiento asertivo**

El entrenamiento asertivo es una técnica que permite reducir el estrés en la vida, defender los derechos legítimos sin agredir ni ser agredido, expresar gustos e intereses de forma espontánea, hablar de uno mismo sin cohibición, aceptar los cumplidos sin sentir incomodidad, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones de las cosas y poder decir “no” (Davis, McKay y Eshelman, 2002).

Esta forma de interacción ha demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión, el resentimiento y la ansiedad derivada principalmente de las relaciones interpersonales (Davis, McKay y Eshelman, 2002).

#### **6. Psicoeducativa**

La técnica psicoeducativa un poco haciendo referencia a las necesidades psicológicas y educativas, implica formar y proporcionar datos de una situación determinada, y con ello lograr

la comprensión y la estimulación de las conductas aceptadas por la sociedad (Foschia, 2011; Briones, Bravo y Moreira, 2019). Su uso parte en gran medida por la necesidad de moderar en los individuos la ansiedad por el desconocimiento o la desinformación y al mismo tiempo acomodar, explicar, ampliar y o sintetizar el bagaje de información de los medios tanto internos como externos al individuo (García-Núñez, 2011).

### **Escenario**

El Servicio Nacional del Empleo (SNE) de la ciudad Cuernavaca del Estado de Morelos, ubicado en Gustavo Gómez Azcárate S/N, Lomas de la Selva, es una institución pública a nivel nacional con la función de brindar servicios de información, vinculación y orientación ocupacional de manera gratuita y personalizada, así como apoyos económicos, capacitación e instrumentación de estrategias de movilidad laboral para la comunidad desempleada (SNE, 2018).

El SNE tiene la misión de contribuir a través de servicios de información y orientación laboral; de apoyos económicos para la capacitación, el empleo y el autoempleo; y de acciones de movilidad laboral; a mejorar las oportunidades laborales de la población desempleada y subempleada del país para su efectiva incorporación al mercado laboral. Así como la visión de ser un instrumento eficiente, eficaz, transparente, humanista, justo, sensible, honesto y creativo que responda a las necesidades laborales de la sociedad morelense, propiciando una mejor en la calidad de los mismos, en armonía con el desarrollo de nuestro país (SNE, 2018).

## Aspectos éticos

Conforme a la declaración de Helsinki (Manzini, 2000) el propósito principal de la investigación en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Por ende, es nuestro deber proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación.

La investigación **cumple** con los principios científicos generalmente aceptados apoyándose en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, en experimentos correctamente realizados, así como con la consideración, el consejo y la aprobación del Comité de Ética del Centro Transdisciplinar de Psicología (CITPsi) de la UAEM con número de registro institucional 210518-04.

Los participantes **recibieron** un consentimiento informado (Anexo 2, Tabla 6), que contenía:

- Objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses y afiliaciones institucionales del investigador.
- Beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento.
- Estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación.
- Derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Tabla 6  
*Beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento*

Beneficios calculados de la intervención	Riesgos previsibles e incomodidades
1. Será gratuita, en un lugar céntrico y conocido.	1. El desempleado quizás no cuenta con recursos económicos y organiza sus actividades y dinero para la búsqueda de empleo, por lo que su participación puede alargar este estatus.
2. Incorporará elementos clínicos, sociales y psicoeducativos que favorecerán las posibilidades de actuación y el reconocimiento de las consecuencias de las acciones.	2. La participación implicará tiempo, dinero (pasajes) y esfuerzo extra asumidos por la persona desempleada.
3. Fomentará el sentido común para la solución de conflictos habituales.	3. No sustituye la necesidad de empleo y podrían perderse oportunidades de empleo al participar en este estudio, no obstante, siempre se insistirá en la posibilidad de retirarse del mismo en el momento que la persona desee.
4. Proveerá recursos terapéuticos para la orientación emocional.	4. La intervención cuenta con poco tiempo y pueden despertarse
5. Aminorará el impacto psicológico del estatus del desempleo.	necesidades psicológicas que el programa no cubre, sin embargo, se
6. Incidirá en las habilidades exigidas por el mercado y en una buena salud psicológica.	ofrecerá canalización al CITPsi en estos casos.
7. Promoverá la comunicación y el contacto social con personas en igualdad de circunstancias.	

*Nota:* Elaboración propia.



## Procedimiento

1. Aprobación del Comité de Ética del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la UAEM.
2. Reunión con las autoridades del Servicio Nacional del Empleo para presentar la propuesta y para acceder al auditorio donde se realizó la intervención.
3. Lanzamiento de la publicidad del taller en las redes de comunicación del Servicio Nacional del Empleo y en distintos medios electrónicos de comunicación (Anexo 2), donde se establecía la existencia de dos grupos con horarios respectivos.
4. Registro de 18 personas y división de los grupos experimental (N=9) y control (N=9) por orden de llegada.
5. Diagnóstico a ambos grupos, anticipado por la firma voluntaria del consentimiento informado (Anexo 2) para participar en la investigación y responder al Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998) y la Escala de Bienestar Psicológico adaptada por (Dierendonck, 2004).
6. Evaluadas la escala y el inventario, no se encontraron casos severos para una atención más específica. Sin embargo, uno de los participantes del grupo experimental solicitó de manera voluntaria la canalización al CITPsi.
7. Posteriormente se aplicó la intervención en el grupo experimental, que tuvo inicio el día 23 de julio del 2018. Esta tuvo una duración de tres sesiones consecutivas que se llevaron a cabo de forma grupal con una duración aproximada de 2 horas (revisar Tabla 6 y Anexo 6). Por ende, culminó el 25 de julio del 2018 con la segunda aplicación y evaluación del Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998) y la Escala de Bienestar Psicológico adaptada por (Dierendonck, 2004).

8. Al finalizar con el grupo experimental, se realizó una segunda evaluación del grupo control con el Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998) y la Escala de Bienestar Psicológico adaptada por (Dierendonck, 2004) el día 25 de julio del 2018.
9. La intervención en el grupo control tuvo inicio el día 26 de julio del 2018. Esta tuvo una duración de tres sesiones consecutivas que se llevaron a cabo de forma grupal con una duración aproximada de 2 horas (revisar Tabla 6 y Anexo 6).
10. La intervención culminó el 27 de julio del 2018 con una evaluación prima, es decir, la evaluación del tratamiento en el grupo control, utilizando de nueva cuenta el Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998) y la Escala de Bienestar Psicológico adaptada por (Dierendonck, 2004).

Figura 6. Procedimiento

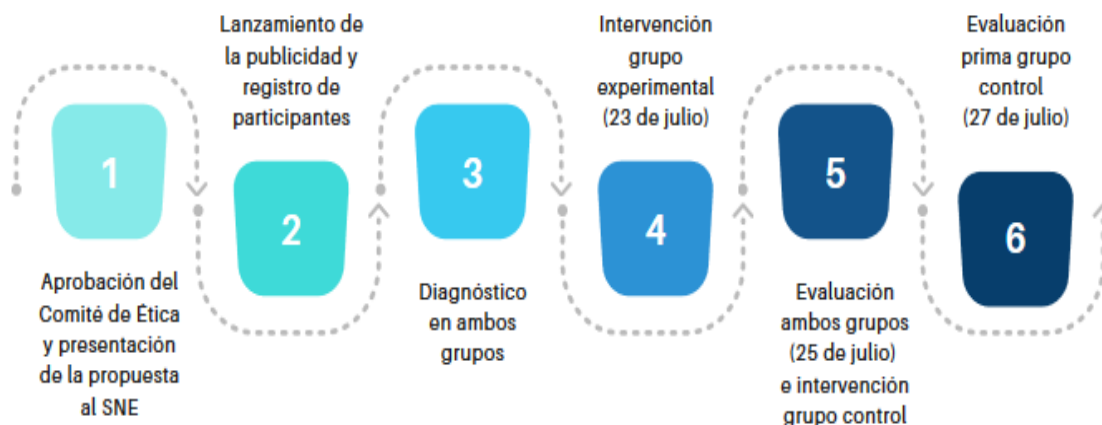


Figura 6. Elaboración propia.

### **Propuesta de intervención**

Se realizó un programa de intervención breve y grupal valorado por juicio de expertos y basado en la Terapia Racional Emotiva (Ellis y Grieger, 1990), con nombre “Herramientas para afrontar el desempleo”. Compuesto por tres sesiones diarias de aproximadamente dos horas cada una. Para abordar el cambio, el duelo por el desempleo, las alternativas de afrontamiento, el conocimiento y dominio de uno mismo, la percepción de los demás, ira, tristeza, miedo, vergüenza y motivación en la búsqueda de empleo, utilizando actividades lúdicas ajustadas a las necesidades reales del desempleado y aspectos muy específicos como el diseño del currículum y el manejo de posturas en las entrevistas laborales (Ver Tabla 7 y Anexo 6 para más detalle).

Tabla 7  
Resumen de las sesiones de intervención

No	Objetivo	Técnica	Contenido	Indicador de Depresión y Dimensión de Bienestar Psicológico
1	Integrar a los participantes y crear un clima favorable para la vinculación del grupo, generación del encuadre y del vínculo terapéutico, aplicación de instrumentos.	Presentación, rapport y psicoeducativa.	Descripción del tratamiento, recogida de información con la aplicación de instrumentos, educación sobre el cambio (desempleo), las etapas del duelo y las alternativas de afrontamiento.	Interés y concentración. Relaciones positivas, dominio del entorno y crecimiento personal.
2	Guiar al grupo para la normalización del proceso de pérdida, así como, las emociones y sentimientos que se producen en cada una de las etapas. Identificación de ideas irracionales y su relación con la vergüenza y la autoestima.	Psicoeducativa, esquema ABC, detención del pensamiento, entrenamiento asertivo y respiración diafragmática.	Educación y racionalización del duelo, recogida de información, ejercicio de imaginación emotiva, educación sobre las ideas irracionales y ejercicio de relajación.	Autoestima, culpa, ira, miedo y tristeza, concentración, sueño y placer. Autonomía, autoaceptación y dominio del entorno.
3	Concientizar el autosabotaje emocional y las consecuencias conductuales. Transmitir la importancia de obtener dominio sobre uno mismo mediante la confrontación activa de las filosofías de vida que nos limitan y el reconocimiento de nuestros recursos; aplicación de instrumentos.	Psicoeducativa, role-playing y entrenamiento asertivo.	Educación sobre el dominio de uno mismo, evaluación racional y generación de reacciones, antes, durante y después de la búsqueda de empleo, análisis de la idea general de las sesiones y el reconocimiento de los recursos, identificar cambios y recogida de la información con la aplicación de instrumentos.	Autoestima, culpa, ira, miedo, tristeza, concentración, sueño y placer. Propósito en la vida y crecimiento personal.

*Nota:* Elaboración propia.

### **Estrategia de análisis de resultados**

Ya en el análisis de resultados, se vaciaron los cuestionarios en una base de datos del programa Statical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 y se estableció un índice de error del 5% en todas las pruebas de hipótesis usadas. Se utilizaron también, estadísticas descriptivas para analizar medias y desviaciones estándar en cada uno de los grupos, así como la prueba V de Cramer (que genera un coeficiente interpretable para cada una de las variables de análisis aún en grupos con tamaño desigual) para probar la equivalencia sociodemográfica desde el punto de vista metodológico y la fuerza de asociación.

Para realizar las comparaciones entre las medias pre y postintervención del grupo experimental y el grupo control, con base en el cumplimiento del principio de normalidad, se utilizaron las pruebas estadísticas de “t de student” y “U de Mann Whitney”, así como el cálculo de los tamaños del efecto para corroborar la aplicabilidad de la intervención e intentar reducir el error tipo II en la muestra no probabilística representativamente (N=18).

Además, por la falta de certeza en la conformación aleatoria entre los grupos y, por ende, de la neutralización de fuentes extrañas, se realizaron (como ejercicio de confirmación) estadísticos aleatorios de comparación pre y postintervención para la verificación interna de la validez experimental.

## Resultados

Las características de la población en ambos grupos desglosaron que el 33% de los participantes tenía más de un mes desempleado, 28% de uno a seis meses, 17% de seis meses a un año y 22% más de un año desempleado, provenientes de funciones como analista, auxiliar o asistente (22%), estudiante (22%), gerente (17%), supervisor (11%), química, terapeuta, cajera, tallerista, secretario (6% cada una). En cuanto a la edad, la media fue de 34 años pues los 18 participantes estaban en un rango entre los 21 y 68 años y en cuanto al sexo, 72% eran mujeres y 28% eran hombres. Del total, 61% eran solteros y 8% casados, con escolaridad entre licenciatura (78%), seguido de posgrado (11%) y preparatoria trunca (11%) (Tabla 8).

- Como ejercicio inicial y para probar la equivalencia de ambos grupos en los aspectos sociodemográficos se categorizaron las variables sintomatología depresiva y bienestar psicológico y se realizaron pruebas V de Cramer, encontrando significación estadística en la variable Ocupación con respecto a los grupos ( $p=0.023$ ) (Ver Tabla 8).

Tabla 8  
Prueba de equivalencia de ambos grupos en los sociodemográficos

	Grupo experimental		Grupo control		Total		X <sup>2</sup>	V	ρ
	n	%	n	%	n	%			
Sexo							0.277	0.124	0.599
Hombre	2	22	3	33	5	28			
Mujer	7	78	6	67	13	72			
Edad							2.692	0.387	0.260
Adulthood temprana	5	56	8	89	13	72			
Adulthood intermedia	3	33	1	22	4	22			
Adulthood tardía	1	11	0	0	1	6			
Estado civil							0.234	0.114	0.629
Casado/a	5	56	6	67	11	61			
Soltero/a	4	44	3	33	7	39			
Escolaridad							2.286	0.356	0.319
Preparatoria trunca	2	22	0	0	2	11			
Licenciatura	6	67	8	89	14	78			
Posgrado	1	11	1	11	2	11			
Hijos							2.104	0.342	0.147
Si	5	56	2	22	7	39			
No	4	44	7	78	11	60			
Última ocupación							5.143	0.535	<b>0.023</b>
Profesionistas	9	100	5	56	14	78			
Estudiantes	0	0	4	44	4	22			
Tiempo desempleado							1.200	0.258	0.753
Más de un mes	4	45	2	22	6	33			
De uno a seis meses	2	22	3	34	5	28			
De seis meses a un año	1	11	2	22	3	17			
Más de un año	2	22	2	22	4	22			

*Nota:* Elaboración propia. El coeficiente V de Cramer es usado para ver la asociación de las variables cuando sus categorías son de dos o tres clases y varía entre cero y uno, cuanto más próximo a cero se encuentre más independientes son las variables.

Tabla 9  
*Prueba de equivalencia de los niveles de depresión y bienestar psicológico en los sociodemográficos*

	Depresión		Bienestar Psicológico	
	V	$\rho$	V	$\rho$
Sexo	0.175	0.758	0.439	0.324
Edad	0.339	0.389	0.410	0.419
Estado civil	0.484	0.121	0.404	0.402
Escolaridad	0.423	0.169	0.373	0.541
Hijos	0.730	0.008	0.506	0.202
Ocupación	0.374	0.283	0.197	0.874
Tpo. desempleado	0.334	0.675	0.472	0.212

*Nota:* Elaboración propia. La variable depresión fue categorizada de acuerdo con su baremo de interpretación (altibajos normales, leve-moderada, moderada-severa y severa), al igual que bienestar psicológico (elevado, alto, moderada, bajo).

En un primer momento, se realizó una comparación en los pretest de ambos grupos (E1 Diagnóstico) con la prueba estadística “t de student”:

- En el grupo experimental, se obtuvieron medias leves para sintomatología depresiva con un valor de 13.56 (Figura 6) y para el bienestar psicológico 155.11 (Figura 7), que corresponde a puntuaciones altas de acuerdo con el baremo.
- En el grupo control, para sintomatología depresiva la media fue de 18 (leve) (Figura 6) y para bienestar psicológico 138.56 (moderado) (Ver Figura 7).

Estas puntuaciones en una primera fase no representan diferencias significativas entre los grupos, lo que corrobora la equivalencia de los grupos ya no sólo en los datos sociodemográficos sino también en las medias de respuestas.

Por otro lado, cabe mencionar que en los experimentos con pre y post intervención donde se pretende evaluar el mejoramiento o empeoramiento de una medida, se presenta un efecto de



regresión estadística (Arnau, 1984). Mismo que desde la experimentación tradicional se soluciona, por ejemplo, con el uso de medidas repetidas en muestras homogéneas (Arnau, 1984). En el caso de esta investigación, no se controló este efecto de acarreo, por lo que para intentar corregirlo se realizaron comparaciones entre la evaluación diagnóstica del grupo experimental (E1) y la evaluación del grupo control aun sin intervención (E2). Sin encontrar diferencias significativas en ninguna de las variables (Ver Tabla 10).

Tabla 10

*Prueba de control de acarreo entre la evaluación diagnóstica del grupo experimental y la evaluación del grupo control aun sin intervención.*

	Grupo experimental Diagnóstico (E1)	Grupo control Evaluación II	$\rho$
Depresión	13.56	16.89	0.386
Bienestar psicológico	155.11	152.00	0.860

*Nota:* Elaboración propia.

En un segundo momento y ya concluida la intervención experimental se realizaron comparaciones entre:

1. El diagnóstico (E1) y la evaluación postintervención (E2) del grupo experimental, encontrando con la prueba estadística “t de student para muestras relacionadas”, una disminución significativa en la sintomatología depresiva ( $p=0.007$ ) con un tamaño de efecto “grande” ( $d=1.01$ ), porque las medias de respuesta pasaron de 13.56 a 6.78, es decir de leve a altibajos normales (Ver Figura 6). Y luego un aumento significativo en el bienestar psicológico ( $p=0.023$ ) con un tamaño de efecto “moderado” ( $d=0.51$ ) por el incremento en las medias de respuesta de los

participantes que fueron de 155.11 a 174.78 en otras palabras, de alto a elevado (Ver Figura 7).

2. El diagnóstico (E1) y la evaluación del grupo control sin el tratamiento (E2), con la prueba “t de student” no arrojaron diferencias significativas ni en sintomatología depresiva ni en bienestar psicológico (Ver Figura 6 y 7).
3. La evaluación del grupo control aun sin tratamiento (E2) y el postintervención del grupo experimental (E2) donde se identificaron:
  - La disminución significativa ( $p=0.09$ ) de la sintomatología depresiva en el grupo experimental después de la intervención, con tamaño de efecto “grande” ( $d=1.40$ ).
  - El mantenimiento de puntuaciones moderadas de bienestar psicológico que no representan diferencias significativas ( $p=0.202$ ) entre ambos grupos a pesar de la intervención, pero que sí tienen tamaños de efectos “moderados” ( $d=0.63$ ).

En el último momento y ya realizada la intervención en el grupo control, se compararon las evaluaciones del grupo aun sin tratamiento (E2) y la evaluación prima (E3) encontrando un:

- Decremento significativo ( $p=0.002$ ) en las medias de sintomatología depresiva de 16.89 a 6.11, es decir, de leve a altibajos normales. Con magnitud “grande” ( $d=1.62$ ) (Ver Figura 6).
- Incremento en las medias de bienestar psicológico de 152 a 185.56 (de alto a elevado) que representan diferencias significativas ( $p=0.006$ ) con tamaño de efecto “grande” ( $d=1.10$ ) (Ver Figura 7).

Figura 6. Tendencia decreciente significativa de la variable sintomatología depresiva.

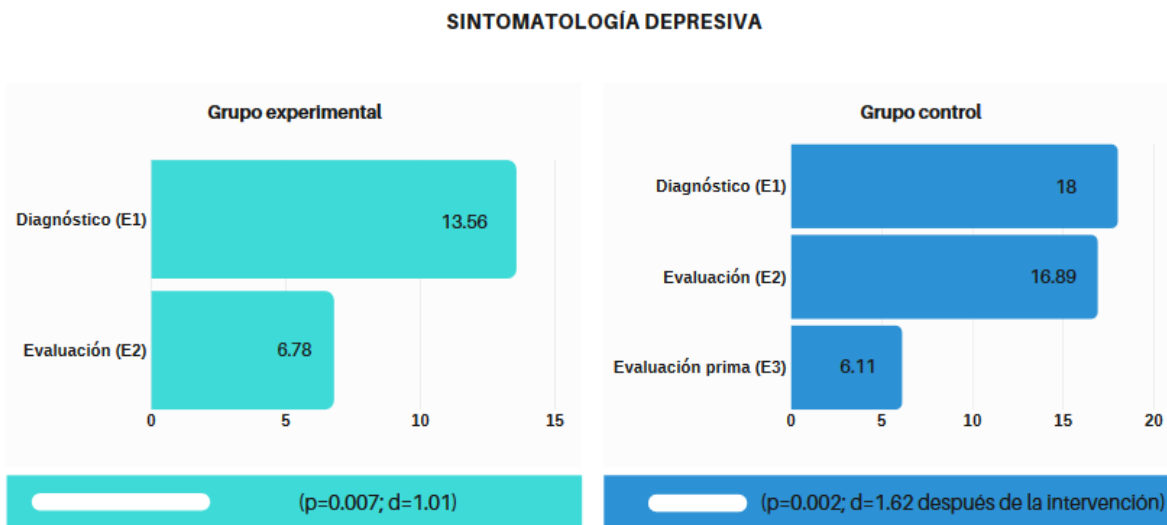


Figura 6. Medias estadísticas en los tres momentos de evaluación de la variable sintomatología depresiva tanto en el grupo experimental como el grupo control. Elaboración propia.

Figura 7. Tendencia creciente significativa de la variable bienestar psicológico.

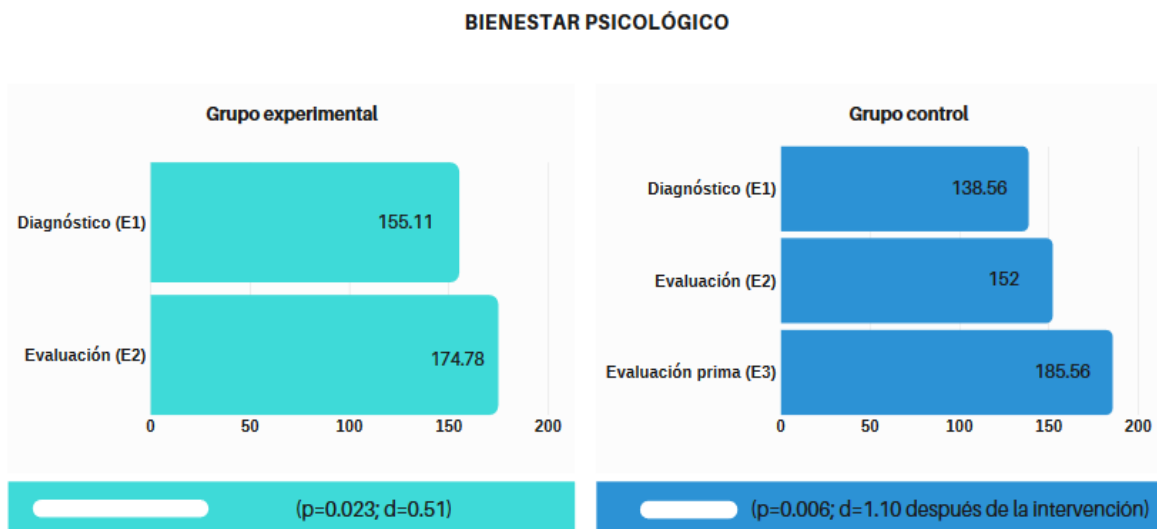


Figura 7. Medias estadísticas en los tres momentos de evaluación de la variable bienestar psicológico tanto en el grupo experimental como el grupo control. Elaboración propia.

Además, por la falta de certeza en la conformación aleatoria de la muestra y como confirmación, se realizaron comparaciones aleatorias entre los pres y postintervención de ambos grupos. Para ello, se colocaron los folios en pequeños papeles, se le solicitó ayuda a un compañero de la maestría, se le explicó que el lado derecho representaba el grupo experimental y el izquierdo el grupo control y que ambos debían tener nueve participantes, luego se le vendaron los ojos y se le pidió que de manera aleatoria fuera colocando los papelitos en la derecha o la izquierda.

Este ejercicio arrojó para el grupo experimental un decremento significativo con tamaño de efecto “grande” ( $p=0.005$ ;  $d=1.12$ ) en las medias de sintomatología depresiva de 14.56 a 6, es decir, de leve a altibajos normales y un incremento en las medias de bienestar psicológico de 159.56 a 186.44 (de alto a elevado) que representan diferencias significativas ( $p=0.025$ ;  $d=0.62$ ); y para el grupo control un decremento significativo ( $p=0.004$ ;  $d=1.57$ ) en las medias de sintomatología depresiva de 15.89 a 5.600 y un incremento en las medias de bienestar psicológico de 147.56 a 173.89 que representan una diferencias significativas ( $p=0.005$ ;  $d=1.20$ ).

Para finalizar, mediante la “t de student de muestras relacionadas”, se realizaron comparaciones entre las medias de evaluaciones diagnósticas y postintervención de cada grupo con respecto a las dimensiones de Bienestar Psicológico, mismas que evidenciaron en el grupo experimental un aumento significativo en las medias de la autoaceptación ( $p=0.032$ ), el dominio del entorno ( $p=0.000$ ) y el propósito en la vida ( $p=0.004$ ). En el grupo control, en un primer análisis entre las evaluaciones sin intervención sólo se encontró un incremento significativo en las medias de la dimensión de autonomía ( $p=0.035$ ), pero después del tratamiento, se presentó un aumento significativo en las medias de todas las dimensiones (Ver Figura 8 y 9). Es importante

mencionar que las medias de todas las dimensiones en ambos grupos se encuentran en un rango medio de acuerdo con la dominancia de los afectos positivos y negativos que Ryff propone en la escala y modelo teórico (Ryff y Keyes, 1995).

Figura 8. Tendencia creciente en las dimensiones de la variable bienestar psicológico en el grupo experimental

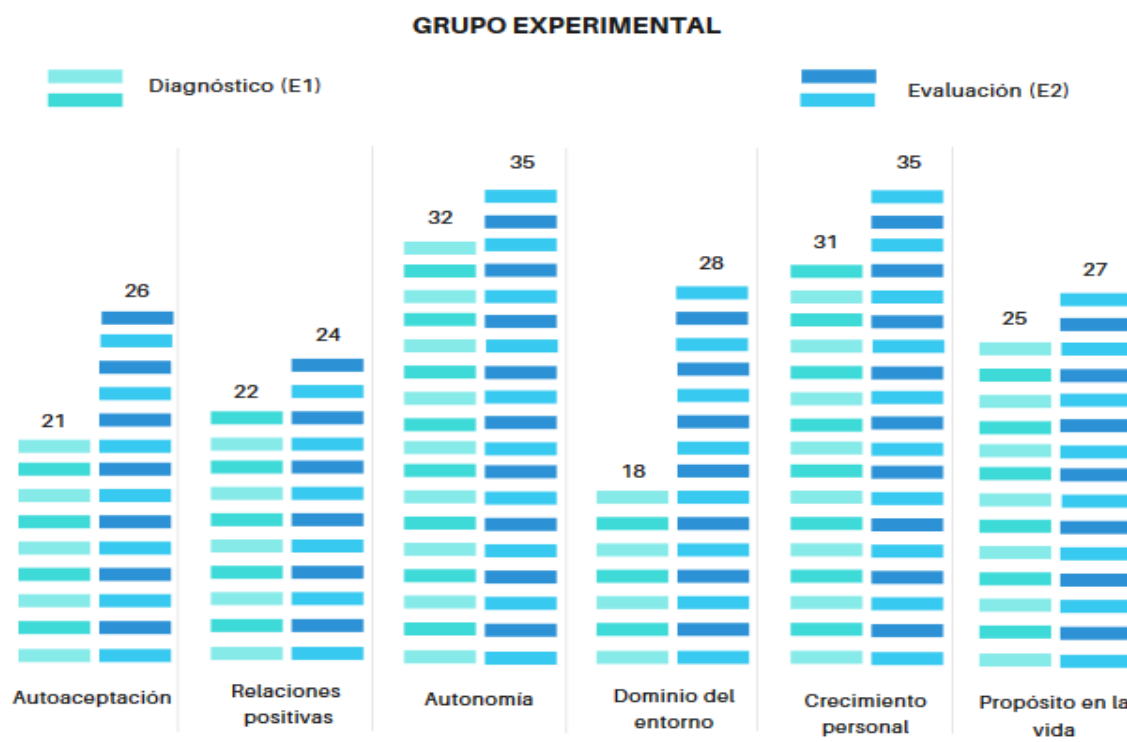


Figura 8. Tendencia en los dos momentos (pre y postintervención) para las dimensiones de Bienestar Psicológico en el grupo experimental. Hubo un aumento significativo en las medias de autoaceptación ( $p=0.032$ ), dominio del entorno ( $p=0.000$ ) y propósito en la vida ( $p=0.004$ ).

Figura 9. Tendencia creciente en las dimensiones de la variable bienestar psicológico en el grupo control

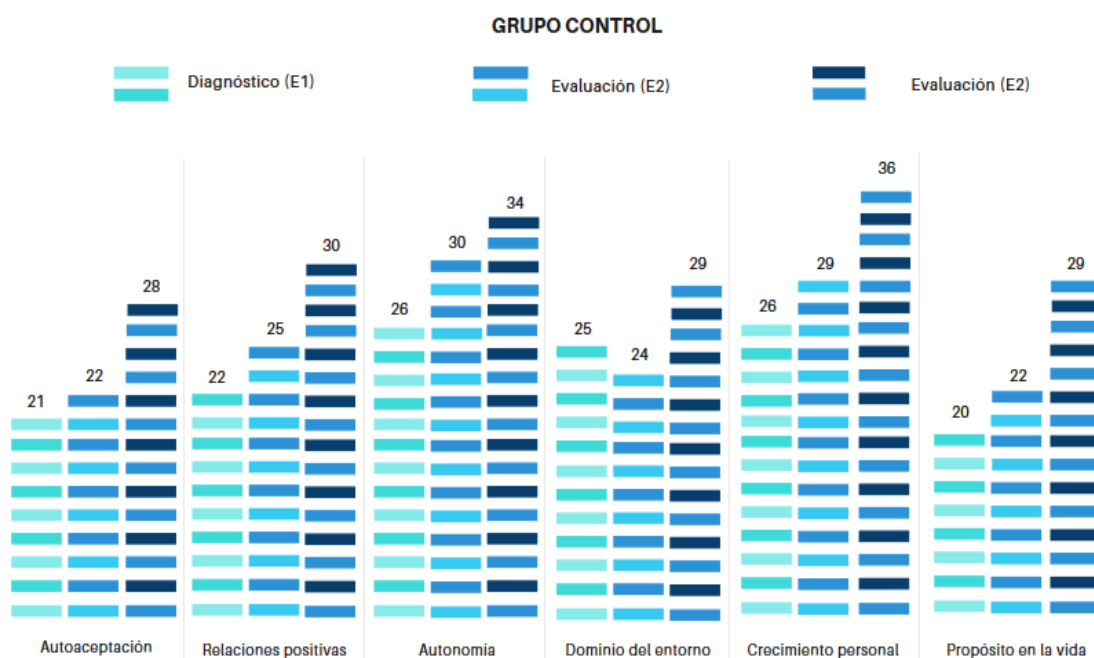


Figura 9. Tendencia en los tres momentos (pre y postintervención) para las medias de las dimensiones de Bienestar Psicológico en el grupo control. Aumento significativo en todas las medias de las dimensiones después de la intervención.

### Comentarios y conclusiones

El trabajo desde una perspectiva sociohistórica se ha colocado para los seres humanos como una prioridad, inclusive y aunque no parezca práctica la opinión religiosa en un estudio científico, la Biblia lo considera como uno de los primeros castigos de Dios al hombre. De hecho, el proceso de trabajo y las condiciones en muchos países y en particular en México, resultan una fuente de frustración en todas las estructuras sociales.

Para muchos, los años noventa fundaron una nueva era en el proceso económico y político mundial, dando fama a conceptos como calidad, productividad, eficiencia, eficacia y competitividad. Con la globalización y las nuevas ciencias de la comunicación, se esperaba manejar cada país como una empresa, protegiendo los factores de la producción y el libre mercado. Bajo este supuesto, la actividad económica se tornó al área de los servicios, dando valor al conocimiento y a la manera de producir y apropiarse a la tecnología, solicitando profesionales con distintas concepciones del capital financiero y humano. Irónicamente estos supuestos, pusieron en descubierto las desigualdades entre grupos humanos, la desprovisión de recursos esenciales (educación, salud y seguridad) y de estrategias para enfrentar los cambios, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo (Rodríguez, 2007).

En México, la precariedad laboral desde hace años es una situación crítica, millones de personas se enfrentan a condiciones deterioradas por jornadas prolongadas, ausencia o pérdida de prestaciones e incluso de contratos (Espino, 2014), situación que se ve reflejada en la cantidad y la calidad productiva, las tasas de rotación, ausentismo e incapacidad, la desmotivación y la insatisfacción personal de los afectados (Juárez y Camacho, 2011). Por si fuera poco, por las exigencias y tendencias del mercado, el desempleo también se ha puesto como referente obligado en la planeación gubernamental e institucional por ser un problema sociológico, clínico y político con impacto negativo en la calidad de vida, el nivel de satisfacción de las personas y el grado de bienestar psicológico por la presencia de trastornos psicossomáticos y mentales, como la depresión.

Además, los estudios prospectivos del mercado auguran un futuro oscuro para los empleados, porque tan sólo para el 2030 los robots sustituirán a un 20% de la población activa en

el mundo (Coll, 2018). “En nuestro país, el escenario será complejo, por el decremento en la productividad, la existencia de un sistema financiero subdesarrollado, un mercado laboral rígido, la alta informalidad, la escasez de una fuerza de trabajo calificada y una débil capacidad creativa y competitiva de trabajadores y empresarios” (Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales [CONOCER], 2015).

Lamentablemente en la actualidad tanto la precariedad laboral como el tema que nos atañe (el desempleo y sus implicaciones en la salud) se analizan e intervienen separando el ámbito clínico de lo profesional y ocupacional, es decir, desde un escritorio o consultorio, impidiendo el uso de intervenciones que promuevan la transformación integral, la elaboración de estrategias de gestión y atención adecuadas a la persona y a la comunidad, así como la construcción y validación de la experimentación científica.

Esta propuesta intenta alejarse de esta perspectiva y propone herramientas de educación y acceso a recursos clínicos mediados por acciones concretas de apoyo y manejo de las necesidades de la comunidad, en otras palabras, induce a la prevención o atención de la salud mental, considerando la vitalidad, la autenticidad y el crecimiento de las personas sin omitir, la necesidad de generar una búsqueda de empleo activa y acorde al mercado laboral.

Por ende, la intervención “Herramientas para afrontar el desempleo” intentó incluir aspectos muy específicos como el diseño del currículum y el manejo de posturas en las entrevistas laborales, bajo la primicia de desarrollar en los desempleados habilidades para una búsqueda de empleo saludable y acorde a sus proyectos de vida, lógicamente sin aras de crear falsas expectativas.



Desde una perspectiva estadística, el tratamiento cognitivo conductual propuesto para los desempleados del Servicio Nacional del Empleo de Cuernavaca, responde al objetivo planteado de disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico, con la salvedad de que la intervención se realizó en un medio social y no en un laboratorio, impidiendo en gran medida el control absoluto de todas las variables.

En un primer análisis de los grupos (experimental y control), en la variable Sintomatología Depresiva se encontraron puntuaciones medias que reflejan una presencia leve de los síntomas, que puede estar asociada al tiempo y las atribuciones causales del desempleo (Yáñez, 2005). Es importante mencionar que en ambos grupos en los casos con un tiempo de desempleo mayor a seis meses se identificaron promedios moderados de sintomatología depresiva, lo que coincide teóricamente con la idea de que a mayor tiempo de inactividad laboral mayor será el factor de riesgo de depresión y afectación en la salud mental, aunado a las atribuciones que el sujeto realice de su desempleo y las emociones y sentimientos que se deriven de su postura (Aránguiz, 2006; Yáñez, 2005).

En la variable Bienestar Psicológico por otro lado se registraron medias que representaban niveles entre lo moderado y alto, contradictorias a las que se asumían en el inicio del experimento, y que responden al nivel académico alto de los participantes (67% licenciatura y 11% posgrado) y por ende a la existencia de otras variables no contempladas, que ejercen a favor de la persona y amortiguan el impacto del desempleo, por ejemplo, el apoyo social, las actividades que el sujeto desempleado realiza en sus tiempos libres y que le permiten controlar y usar habilidades y los atributos personales como la autoeficacia, la educación y el optimismo

(Aránguiz, 2006; Buendía, 2010, Yáñez, 2005, Martín, 2016; Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

A pesar de lo anterior, en ambas variables después de la aplicación de la intervención en el grupo experimental se identificaron cambios significativos en las respuestas con tamaños de efecto “moderados y grandes”, mismos que se repitieron en el grupo control después del tratamiento. En un inicio, estos cambios podrían estar relacionados al carácter grupal de la propuesta y al uso ya no sólo de las técnicas, sino también de una buena la alianza terapéutica que considere variables como el establecimiento de la confianza, las expectativas iniciales, la comunicación persuasiva del instructor y el desarrollo de la motivación (Aránguiz, 2006; Buendía, 2010, Yáñez, 2005).

Para complementar y desde la mera observación cualitativa, se documenta que los participantes:

- Identificaron las etapas del duelo, los comportamientos, las actitudes y los sentimientos que cada una involucra, así como los ajustes para experimentar rápidamente el periodo de crisis.
- Reconocieron roles distintos a los adquiridos por el trabajo, las expectativas sociales y la cultura.
- Se motivaron para integrarse en actividades familiares, personas y académicas que aumenten las redes sociales y de apoyo.
- Revalorizaron proyectos de vida y redujeron conductas de evitación de estos.
- Aprendieron el diseño correcto de un currículum vitae.

- Tipificaron y apropiaron posturas y estrategias ante un entrevistador.
- Ampliaron posibilidades de búsqueda o creación de trabajo.
- Valoraron el apoyo y la escucha terapéutica.

Además, después de un año de la intervención se contactaron a los participantes para saber su estatus actual y se recopilaron los siguientes datos:

- Del grupo experimental, cuatro personas (44%) emprendieron un negocio a los dos meses de la intervención y dos más (22%) tienen trabajo formal, el resto (34%) no pudo ser localizado.
- Del grupo control cuatro personas (44%) tienen trabajo formal y cuatro (44%) emprendieron, la persona restante no pudo ser localizada.

Empero, siendo críticos, la propuesta de intervención tiene distintas limitaciones que no se consideraron en un inicio y que pudieran afectar las conclusiones del estudio. En primer lugar, a pesar de tener un grupo control, no se redujeron las variables ambientales ni el efecto de acarreo, lo que nos impide concluir que el cambio en las variables se deba a la propia intervención. En segundo lugar, a la muestra le falta potencia por su tamaño para emitir una validez de inferencia estadística más certera, y el diseño como tal a pesar de garantizar la igualdad de los grupos, tampoco permite la comparación entre los puntajes individuales de los sujetos o el análisis de la acción del tratamiento de forma diferencial (Arnau, 1984).

No obstante lo anterior y con respecto a esta muestra podemos concluir que, los resultados estadísticamente significativos, los tamaños de efecto y el carácter de la intervención breve y

grupales, nos permite inferir que a pesar de que el desempleo sea una variable constante en la que no se tiene control ni en la exposición ni en la duración, la sintomatología depresiva como indicador endógeno del individuo puede disminuir, así como también, puede aumentar el bienestar psicológico mediante una intervención cognitivo conductual. Por lo que, a futuro, se exhorta a la construcción de programas a nivel federal que consideren muestras representativas no sólo de México sino de otros países, y que aborden ya no sólo el apoyo para la búsqueda de empleo sino también, aspectos específicos de la salud individual y familiar. Intentando cuidar tanto el apoyo psicológico como el control experimental.

## Referencias

- Alles, M. (2006). *Influencia de las características de personalidad (competencias) en la empleabilidad de profesionales. (Tesis doctoral)*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Álvaro, J., & Garrido, A. (2003). Economic hardship, employment status and psychological well-being of young people in Europe. En T. Hammer, *Youth Unemployment and Social Exclusion in Europe: A Comparative Study* (págs. 173-192). Bristol.
- American Psychological Association [APA]. (2000). Practice Guide for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl. 4).
- Amodeo, S. (2011). Psicoterapia del trastorno de estrés postraumático. A propósito de un caso. *Clínica Contemporánea*, 2(3), 285-292.
- Aránguiz, E. (2006). Psicología y desempleo. *Revista Internacional de Psicología*, 7(2).
- Arévalo-Pachón, G. (2012). Tendencias en la investigación psicológica sobre desempleo y salud. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y tecnología*, 5(2), 17-30.
- Arias, F. (2007). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: Trillas.
- Arias, F. (2017). *Calidad de vida en las organizaciones, las familias y la sociedad*. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos: Juan Pablos Editor.
- Arnau, J. (1984). *Diseños experimentales en psicología y educación (Vol. 2)*. México: Trillas.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Masson.
- Ávila, J. (2004). *Introducción a la Economía*. México: Plaza y Valdés.
- Ayerdi, P., & Tabera, F. (1991). *Juventud y empleo: una aproximación descriptiva*. Madrid: Popular.
- Baechle, T., & Earle, R. (2000). *Principios del Entrenamiento y del Acondicionamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Barrantes-Brais, K., & Ureña-Bonilla, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 101-123.
- Batlle, S. (2007). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: enfoque cognitivo-conductual. *Universidad Autónoma de Barcelona*.
- Beck, A. (1963). Thinking and Depression I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 36-46.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bello, M., Puentes-Rosas, E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*, 47(1), 4-11.
- Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13.
- Berenzon, S., Asunción, M., Robles, R., & Media-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y las necesidades de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
- Buendía, J. (1990). Psicopatología del desempleo. *Anales de psicología*.

- Buendía, J. (2010). *El impacto psicológico del desempleo*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
- Briales, A. (2013). Paro, crisis de los cuidados y relaciones de género: conflictos y ambivalencias. En M. A. García. *GT 12 Sociología del género*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Briones, V., Bravo, G., Moreira C. (2019). Programa de intervención psicoeducativa para la optimización de las habilidades sociales de los estudiantes con discapacidad de la Universidad Técnica de Manabí. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo* Recuperado en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/09/habilidades-sociales-estudiantes.html>
- Caicedo, M., & Van-Gameren, G. (2016). Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 955-966.
- Calvete, E., & Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190.
- Camberos, M., & Yáñez, J. (2003). La informalidad de los mercados laborales de Sonora y la frontera norte de México. *Región y sociedad*, 15(27), 153-178.
- Carbonero, M., Martín-Antón, L., & Feijó, M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 287-298.
- Carro, C., & Sanz, R. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 43-59.
- Casullo, M., & Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la PUCP*, 18(1), 35-68.
- Coll, F. (14 de Febrero del 2018). En 2030, una quinta parte de la población será sustituida por robots, *World Economic Forum* págs. <https://es.weforum.org/agenda/2018/02/en-2030-una-quinta-parte-de-la-poblacion-sera-sustituida-por-robots/>
- Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales [CONOCER]. (2015). *Construyendo el futuro del sistema nacional de competencias en México*. Recuperado en: <https://conocer.gob.mx/contenido/transparencia/PDF/CONSTRUYENDOELFUTURO.pdf>
- Contreras, D. (2013). Habilidades emocionales para enfrentarse al desempleo. En P. DipuEmplea, *Guía práctica para la búsqueda de empleo* (págs. 40-65). Guadalajara: Humanitas, S.L.
- Creed, P., & Macintyre, S. (2001). The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *J Occup Health Psychol*, 6(4), 324-331.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). Bienestar Subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.
- Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. R. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional*. Ediciones Martínez Roca, S.A. España.
- Díaz, C., Navarro, A., Climente, J., Ortega, M.; López-López, & Casado, J. (2015). Pérdida y afrontamiento en desempleados: Adaptación del inventario de Texas revisado de duelo a la situación de pérdida de empleo. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 42(2), 111-124.

- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. v. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective Well-Being: A General Overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Dierendonck, D. V. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.
- Dooley, D., Catalano, R., & Hough, R. (1992). Unemployment and alcohol disorder in 1910 and 1990: Drift versus social causation. *Journal of occupational and organizational psychology*, 65, 277-290.
- Echeburúa, E., Salaberría, Corral, P. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. Análisis y Modificación de Conducta, 108(26), 509-535.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-4.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva. Volumen 2*. Nueva York: Biblioteca de Psicología.
- Espino, A. (2014). Crisis económica, política, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404.
- Estramina, J., Gondim, S., Luque, A., Luna, A., & Dessen, M. (2012). Desempleo y bienestar psicológico en Brasil y España: un estudio comparativo. *Organizaciones y trabajo*, 12(1), 5-16.
- Ezzy, D. (1993). Unemployment and mental health: a critical review. *Social Science & Medicine*, 37(1), 41-52.
- Fagin, L. (1987). Stress y desempleo. *Revista Asociación Española de Psiquiatría*, 7(21), 265-276.
- Feather, N., & Davenport, P. (1981). Unemployment and depressive affect: a motivational and attributional analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 422-436.
- Franchi, S. (2001). La depresión en el hombre. *Interdisciplinaria*, 18(2), 135-154.
- Foschia, A. (2011). Proyecto de Intervención. Recuperado de: <https://www.slideshare.net/alejandra/proyecto-de-intervencion-psicopedaggica>
- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En claves del pensamiento*, 8(16), 13-29.
- García-Núñez, E. (2011). La intervención psicoeducativa. Recuperado de: <http://uvprintervencioneducativa.blogspot.com/2011/09/la-intervencion-psicoeducativa-por.html>
- García-Viniegras, V., Carmen, R., & Benítez, I. G. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana*, 16(6), 586-592.
- Garrido, A. (2009). Desempleo. En R. Román, *Diccionario crítico de ciencias sociales Terminología científico-social*. Madrid-México: Plaza y Valdés.
- Gili, M., García, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta sanitaria*.

- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorder*, 49(1), 59-72.
- Gómez, P., Morejón, R., & Sabater, R. (2008). Expectativas y duración del desempleo. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 24(2), 129-151.
- González-Salazar, I. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57.
- Guidano, V. (1991). *El Sí Mismo en proceso*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Guillamón, N. (2003). Variables socioeconómicas y problemas interiorizados y exteriorizados en niños y adolescentes. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra.
- Hernández-Bussolo, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N., & Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 15-28.
- Hernández-Silva, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso (tesis de grado)*. Universidad Autónoma del Estado de México: México.
- Ibáñez, E., Onofre, G., & Vargas, J. (2012). Terapia Racional Emotiva: una revisión actualizada de la investigación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4).
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2016). Depresión. Recuperado en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2014). Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: Recuperado en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/bienestar/#grafica>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (28 de Marzo de 2017). *Indicadores de ocupación y empleo*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: Recuperado en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/graficas\\_temas/economia/Graficas/enoe\\_e\\_mensual/enoe\\_6.htm?s=est&c=25445](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/graficas_temas/economia/Graficas/enoe_e_mensual/enoe_6.htm?s=est&c=25445)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (22 de Octubre de 2019). *Indicadores de ocupación y empleo*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: Recuperado en: <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/default.html?nc=620>
- Izquierdo, T., & Alonso, H. (2010). Valores culturales y consecuencias psicosociales del desempleo en América Latina. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 26(2), 123-133.
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: un análisis socio-Psicológico*. Morata.
- José, J., & Navas, R. (1981). Terapia Racional Emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(1), 75-83.
- Juárez, A., & Camacho, A. (2011). Reflexiones Teórico, conceptuales de lo psicosocial en el trabajo. *Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México: Primera Edición. México*, 113-129.
- Jurado, S., Villegas, M., Rodríguez, L., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kessler, G. (1997). Algunas implicaciones de la experiencia de desocupación para el individuo y su familia. En Alles, M. (2006), *Influencia de las características de personalidad (competencias) en la empleabilidad de profesionales*. (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Argentina.



- Kisner, C., & Allen, L. (2005). *Ejercicio terapéutico. Fundamentos y técnicas*. Barcelona: Paidotribo.
- Landriscini, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de salud mental*, 25, 126-129.
- Layard, R. (2005). *Happiness. Lessons from a New Science*. London: Penguin Books.
- Lázaro, N., & Peraita, C. (2007). Empleabilidad, cargas familiares y bienestar subjetivo en la Unión Europea. *VII JORNADAS DE ECONOMIA LABORAL*. Recuperado en: <http://aet-aede.ulpgc.es/Descargas/Sesion1Sala2/Lazaro-Peraita.pdf>
- López, M. (2014). *El/la educador/a social en la mejora de la empleabilidad del colectivo de empleados/as de larga duración (tesis de grado)*. Universidad de Valladolid, España.
- López-Petersen, M. (2011). Terapia grupal en Depresión: una mirada Integrativa. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 3, 27-54.
- Lozano, J., & Rubio, E. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamientos en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7(3), 471-499.
- Manzini, J. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Análisis de la 5ª reforma aprobada por la AMM. *Acta Bioethica*, 6(2), 321-334
- Martín, V. (2016). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y significación vital en personas en situación de desempleo (tesis de grado)*. Universidad de la Laguna.
- Martín-García, X. (1992). El rol-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, lenguaje y educación*, 15, 63-67.
- Martínez-Guirao, J., Téllez, A. (2016). El efecto de la crisis y el desempleo desde una perspectiva de género. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 11, 351-372.
- Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C., & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27, 25-30.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Merino, A. (2014). Los efectos de la crisis en el empleo. Integración económica, Estado de bienestar y medidas de fomento del (des)empleo. *Revista IUS*, 8(33), 59-76.
- Miguelés, R., & Miranda, P. (20 de Marzo de 2017). Mexicanos son menos felices. *El Universal*, págs. <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/03/20/mexicanos-son-menos-felices>
- Miguelés, R. (16 de mayo de 2018). Suman 30 millones de personas en la informalidad al primer trimestre de 2018. *El universal*, págs. <https://www.eluniversal.com.mx/cartera/economia/suman-30-millones-de-personas-en-la-informalidad-al-primer-trimestre-de-2018>
- Morales, R. (2005). *Efectos psicosociales de la desvinculación laboral, sin acompañamiento psicológico (tesis licenciatura)*. Universidad de San Carlos, Guatemala.
- MRF. (07 de Enero de 2018). México es uno de los países más felices del mundo. *Milenio*, págs. [http://www.milenio.com/tendencias/paises\\_mas\\_felices\\_del\\_mundo-2018-mexico-para\\_vivir-colombia\\_0\\_1099090193.html](http://www.milenio.com/tendencias/paises_mas_felices_del_mundo-2018-mexico-para_vivir-colombia_0_1099090193.html).
- Nance, D. (2010). *Depresión en adultos mayores. En envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria*. México: Salud Pública.
- Navarro, V. & Quiroga, A. (2003). La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea. *Revista de ciencias sociales*, 177, 3-37.

- Navarro, J. (2015). *4to Informe de Labores 2015-2016*. Secretaría de Salud. Ciudad de México. Recuperado en: <https://www.gob.mx/sfp/documentos/4to-informe-de-labores-de-la-sfp-2015-2016>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2003). Obtenido de International training compendium on labour statistics, Module 1 - Statistics of employment, unemployment, underemployment: economically active population (: Recuperado en: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/module.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. *Médica-Panamericana*, España.
- Páez, D. (2008). *Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas técnicas sobre bienestar y valoración psico-social de la salud mental*. San Sebastian: Universidad del País de Vasco.
- Paul, K., & Moses, K. (2009). Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *Journal of vocational behavior*, 74(3), 264-282.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-506.
- Platt, J. (1981). Evidence and Proof in Documentary Research. *Sociological Review*, 29(1), 31-52.
- Puerta-Polo, J. & Padilla-Díaz, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Rafful, C., Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1), 165-169.
- Retamal, P. (2003). *Depresión, Clínica y Terapéutica*. Chile: Mediterráneo.
- Retamal, G. (2011). Psicofacturación: de la Actividad Física al Bienestar Psicológico. Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 3, 7-26.
- Reyes, A. (2016). 10 millones de mexicanos con depresión. *Siempre*. Recuperado en: <http://www.siempre.mx/2016/11/10-millones-de-mexicanos-con-depresion/>
- Riso, W. (1992). *Depresión*. Medellín. Ediciones gráficas Itda.
- Rodríguez, H. (2007). El paradigma de las competencias hacia la educación superior. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas*.
- Román, L. (2007). ¿Hay espacio para las políticas de empleo? En J. Calva, *Empleo, ingreso y bienestar* (págs. 65-84).
- Romero-Carrasco, A., García-Mas, A., & Brustad, R. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335-347.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée.
- Ruiz, P., & Ordaz, J. (2011). Evolución reciente del empleo y el desempleo en México. *Economía UNAM*.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well – being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- 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.

- Ryff, C., & Keyes, L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C., Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Salas, C. (2007). Políticas de Empleo para México. En J. Calva, *Empleo, ingreso y bienestar* (págs. 85-98).
- San, L., & Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona, España: Amat.
- Sarason-Irwin, G., Sarason-Bárbara, R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Schaufeli, W. (1992). Unemployment and mental health in well- and poorly educated school-leavers. En C. Verhaar, L. Jansma, & e. al., *On the mysteries of unemployment* (págs. 253-271). The Netherlands: Kluwer.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS]. (2010). Cuarto informe de Labores. Recuperado en:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/167202/4\\_\\_Informe\\_de\\_Labores\\_STPS\\_2010.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/167202/4__Informe_de_Labores_STPS_2010.pdf)
- Servicio Nacional de Empleo [SNE]. (2018). Acerca del SNE. Recuperado en:  
<http://sne.morelos.gob.mx/>
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencia, investigación y asistencia*. Paidós.
- Turmo, J., Vara, O. & García-Brazales, A. (2008). La paradoja de Easterlin en España. *Cuadernos de Economía*, 31(85), 31-63.
- Urra, F. (2005). *Terapia integrativa grupal para pacientes con trastorno de personalidad límite (tesis de magíster)*. UAI., Santiago. Chile.
- Van Dierendonck, D. (2004) The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-644.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aporta. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Veenhoven, R. (1989). Is Happiness relative?. *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Vielma-Rangel, J., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14, 49, 265-275.
- Yáñez, R. (2005). *Algunas Consecuencias Psicológicas Asociadas al Desempleo*. Universidad de Concepción: Documento Impreso.
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.
- Zola, E. (1991). *Trabajo*. Ediciones de la Torre.
- Zubieta, E., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 17, 277-283.

## **Anexos**

## Anexo 1. Flyer



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



# HERRAMIENTAS PARA AFRONTAR EL DESEMPLEO



Dirigido a personas desempleadas e  
interesadas en su salud mental

## CONTENIDO

- ♦ Desempleo igual a cambio.
- ♦ Duelo.
- ♦ Alternativas de afrontamiento.
- ♦ Ira, tristeza, miedo y vergüenza.
- ♦ Motivación en la búsqueda de empleo.

¡Reserva tu lugar, sólo habrá  
dos grupos!

**INAUGURACIÓN:**

Lunes 23 DE JULIO 2018

**CURSO GRATUITO**

INFORMES E INSCRIPCIÓN  7771795541  [revisorh003@gmail.com](mailto:revisorh003@gmail.com)





### Anexo 3. Consentimiento informado

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS FACULTAD DE PSICOLOGÍA



### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico en los desempleados que asisten al Servicio Nacional del Empleo de la ciudad de Cuernavaca.

**PROCEDIMIENTO:** Si usted participa voluntariamente en este estudio, se le pedirá **contestar sincera y totalmente los cuestionarios** que se le proporcionarán y **participar de forma activa en cada una de las sesiones** de aproximadamente 2 horas, que se llevarán a cabo de forma grupal durante tres días, entre las 9:30 am y las 12:00 pm.

**RIESGOS POTENCIALES Y MOLESTIAS:** Anticipamos un mínimo riesgo al participar en esta investigación. Con respecto a los cuestionarios, tal vez encuentre algunas de las preguntas repetitivas o sienta incomodidad en compartir sus sentimientos en ciertos tópicos. En este caso le recordamos que toda información que proporcione será manejada bajo **estricta confidencialidad**. Los archivos de información estarán bajo acceso restringido. La información se tratará únicamente con fines de análisis estadísticos.

**BENEFICIOS POTENCIALES PARA LOS SUJETOS Y PARA LA SOCIEDAD:** No se ofrecerá pago por participar. Usted no recibirá ningún beneficio directo por su participación, solamente y en caso de **solicitarlo, se le entregará un informe confidencial e individualizado de sus resultados personales. Para ello deberá solicitarlo a los investigadores señalando su número de folio que se indica en la parte superior derecha de esta hoja.** La intervención incorporará elementos clínicos (salud mental), sociales y psicoeducativos que favorecerán las posibilidades de actuación y el reconocimiento de las consecuencias de nuestras acciones. **Incidirá en las habilidades exigidas por el mercado y en una buena salud psicológica** pues aminorará el impacto del estatus del desempleo.

**PARTICIPACIÓN O RETIRO:** Usted puede decidir si participa o no en este estudio **sin ninguna consecuencia de ningún tipo**. El investigador lo puede retirar de esta investigación si de acuerdo a los cuestionarios usted presenta puntuaciones de depresión alta, pero lo canalizará para recibir atención y apoyo en el CITPsi, o si el participante se ausenta a alguna de las sesiones.

**IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES:** Si tiene cualquier pregunta respecto a esta investigación, por favor siéntase libre de contactar a: **Psic. Hilda Liz Alfaro Juantorena**, correo: [revisorh003@gmail.com](mailto:revisorh003@gmail.com), teléfono: 7771795541.

**DERECHOS DE LOS SUJETOS EN INVESTIGACION:** Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento y detener su participación sin castigo o pena alguna. Usted no está renunciando a cualquier demanda, derecho, recurso legal por su participación en este estudio.

#### FIRMAS DE CONSENTIMIENTO

Entiendo los procedimientos descritos anteriormente. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre y firma del **participante**

Fecha      /      /       
dd / mm / aaaa

Nombre y firma de un testigo

Fecha      /      /       
dd / mm / aaaa

A mi juicio el sujeto está voluntaria y conscientemente informado y posee la capacidad legal para otorgar su consentimiento informado de participación en esta investigación.

Nombre y firma del investigador

Fecha      /      /       
dd / mm / aaaa



### Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

**Instrucciones:** Por favor lea cada una de las frases cuidadosamente y escoja de cada grupo aquella que mejor describa la manera en que usted se sintió la semana pasada, inclusive el día de hoy. Encierre el número que se encuentre junto a la frase que haya escogido. Si le pareciera que no solo una sino varias frases en el grupo le describen, entonces encierre el número más alto entre dichas opciones.

Sexo:	Edad:	Escolaridad:	Estado civil:	Hijos:
Último puesto:		Tiempo de desempleado:	Folio:	

#### A

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Estoy tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

#### B

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 Siento que no tengo que esperar nada.
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán.

#### C

- 0 No me siento fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

#### D

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

#### E

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

#### F

- 0 No creo que esté siendo castigado.
- 1 Me siento como si fuese a ser castigado.

#### G

- 0 No estoy decepcionado de mí mismo.
- 1 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 2 Me da vergüenza de mí mismo.
- 3 Me detesto.

#### H

- 0 No me considero peor que cualquier otro.
- 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- 2 Continualmente me culpo por mis faltas.
- 3 Me culpo por todo lo que sucede.

#### I

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- 2 Desearía suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

#### J

- 0 No lloro más de lo que solía.
- 1 Ahora lloro más que antes.
- 2 Lloro continuamente.
- 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.

#### K

- 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2 Me siento irritado continuamente.
- 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme.

#### L

- 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.



- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**M**

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes.
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3 Ya me es imposible tomar decisiones.

**N**

- 0 No creo tener peor aspecto que antes.
- 1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

**Ñ**

- 0 Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta un esfuerzo comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- 3 No puedo hacer nada en absoluto.

**O**

- 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

**P**

- 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- 3 He perdido todo el interés por los demás.

**Q**

- 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

**R**

- 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2 kilos y medio.
- 2 He perdido más de 4 kilos.
- 3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar: Si  No

**S**

- 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

**T**

- 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

### Anexo 5. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff



Instrucciones: Marque el número que mejor describa su acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones indicadas. Por favor **lea cada una de las afirmaciones y decida cuál de ellas le describe a usted.**

Sexo:	Edad:	Escolaridad:	Estado civil:	Folio:
-------	-------	--------------	---------------	--------

Alternativas de respuestas	6	5	4	3	2	1
	Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.	6	5	4	3	2	1
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	6	5	4	3	2	1
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	6	5	4	3	2	1
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	6	5	4	3	2	1
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	6	5	4	3	2	1
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	6	5	4	3	2	1
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	6	5	4	3	2	1
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	6	5	4	3	2	1
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	6	5	4	3	2	1
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que no son importantes.	6	5	4	3	2	1
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	6	5	4	3	2	1
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	6	5	4	3	2	1
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	6	5	4	3	2	1
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	6	5	4	3	2	1
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	6	5	4	3	2	1
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	6	5	4	3	2	1

17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	6	5	4	3	2	1
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración.	6	5	4	3	2	1
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	6	5	4	3	2	1
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	6	5	4	3	2	1
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	6	5	4	3	2	1
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	6	5	4	3	2	1
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	6	5	4	3	2	1
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	6	5	4	3	2	1
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	6	5	4	3	2	1
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	6	5	4	3	2	1
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	6	5	4	3	2	1
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	6	5	4	3	2	1
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	6	5	4	3	2	1
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	6	5	4	3	2	1
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.	6	5	4	3	2	1
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	6	5	4	3	2	1
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	6	5	4	3	2	1
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	6	5	4	3	2	1
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	6	5	4	3	2	1
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	6	5	4	3	2	1
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	6	5	4	3	2	1
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	6	5	4	3	2	1
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	6	5	4	3	2	1

### Anexo 6. Carta descriptiva

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y AUMENTAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN DESEMPLEADOS. Objetivo general: disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico en desempleados que asisten al SNE de Cuernavaca.						
Objetivo específico: integrar a los participantes y crear un clima favorable para la vinculación del grupo, generación del encuadre y del vínculo terapéutico, aplicación de instrumentos.						Sesión 1
Técnica	Contenido	Dinámica	Tpo.	Material	Indicador Depresión	Dimensión Bienestar Psicológico
1. Presentación. 2. Rapport.	1. Presentación. 2. Descripción del tratamiento.	1. Al ingresar al salón, se le hará entrega a cada uno de los participantes una cartulina en forma de hoja en la que deberán anotar su nombre. El instructor tendrá un papelógrafo con el dibujo de un tronco y les pedirá a los participantes que pasen uno por uno a pegar la hoja en el árbol, mencionando: nombre, algo de su vida, por qué ha llegado aquí y expectativas.  2. Socialización del modelo para la comprensión de la relación entre pensamiento, emoción y conducta y encuadre (objetivos, duración de las sesiones y aclaración de dudas).	15 mins	Cartulina, papelógrafo, marcadores y masking tape, Presentación (ppt.).	Interés y concentración.	Relaciones positivas.
	3. Recogida de información con la aplicación de instrumentos (Inventario de depresión de Beck y Escala de Bienestar Psicológico de Ryff).	3. Se les pedirá a los participantes que lean el consentimiento informado, una vez que se encuentre firmado, empezarán a llenar las escalas.	20 mins	Consentimiento informado; inventario de depresión de Beck (BDI-IA); escala de Bienestar Psicológico de Ryff.		Dominio del entorno, crecimiento personal.
4. Psicoeducativa.	4. Educación sobre el cambio (desempleo), las etapas del duelo y las alternativas de afrontamiento.  5. Asignación de la tarea: informe del impacto del desempleo y de cómo han cambiado.	4. Abordar el cambio como algo natural y causal de nuestra especie. Explicar las etapas del duelo y ayudar a apagar el "piloto automático" reconociendo la existencia de dos alternativas de respuesta: la queja o el protagonismo. Presentación del video "El cambio es bueno".	20 mins	Presentación (ppt.); Video "El cambio es bueno" <a href="https://www.youtube.com/watch?v=IFVgnQd4D9s">https://www.youtube.com/watch?v=IFVgnQd4D9s</a>		

Objetivo específico: guiar al grupo para la normalización del proceso de pérdida, así como las emociones y sentimientos que se producen en cada una de las etapas. Identificación de ideas irracionales y su relación con la vergüenza y la autoestima.						Sesión 2
Técnica	Contenido	Dinámica	Tpo.	Material	Indicador Depresión	Dimensión Bienestar Psicológico
1. Psicoeducativa.	1. Educación y racionalización del duelo.	1. Retomar la idea de cambio y empezar a abordar al duelo, con sus etapas, así como las emociones y sentimientos que se experimentan. Reconocimiento y expresión de las emociones, en la presentación se podrá utilizar una imagen de Gestalt como recurso educativo, se les pedirá a los participantes que digan que observan, posteriormente se hará la analogía de las emociones, intentando demostrar que, así como cada uno observa cosas distintas, se viven las emociones de formas diferentes.	10 mins	Presentación (ppt.).	Autoestima, culpa, ira, miedo y tristeza.	Autonomía, autoaceptación, dominio del entorno.
2. Esquema ABC.	2. Recogida de información.	2. Se abordará de manera breve el esquema ABC desde la lógica del Modelo Cognitivo Conductual. Identificación mediante el esquema ABC de pensamientos, sentimientos y manifestaciones del duelo en cada uno de los participantes, utilizando dos situaciones: Acaban de despedirme y me rechazaron en la entrevista. La idea es dividir al grupo en dos y que cada grupo exponga una de las situaciones. Breve explicación del concepto, la función biológica, las respuestas fisiológicas y emocionales de la ira y el miedo.	30 mins	Esquema ABC.		
3. Detención del pensamiento.	3. Ejercicio de imaginación emotiva.	5. Se les pedirá a los participantes que piensen en el momento de su despido (situación que lo altera emocionalmente y que quiere superar). Debe imaginárselo de la peor manera posible, vivirlo y sentirlo intensamente, recreando los detalles. La instrucción será que se centre en la emoción de ira y que la deje llegar a la mayor intensidad posible, manteniéndola por unos minutos; posteriormente, tratará de transformar esa emoción en otra más apropiada, por ejemplo, tristeza por haber sido despedido. Puede decirse a sí mismo: "Si es cierto que es injusto, ojalá no me estuvieran despidiéndome, pero lo hacen.	10 mins	Ninguno.	Autoestima, culpa, ira, miedo y tristeza.	

4. Psicoeducativa y esquema ABC, entrenamiento asertivo.	4. Educación sobre las ideas irracionales.	4. Retomar el esquema ABC y de él identificar qué son las ideas irracionales y cuáles son los efectos en nuestras acciones y sentimientos. Utilizar el formulario de autoayuda para identificar las creencias asociadas. Debatir y alegar razones lógicas contra esas ideas.	30 mins	Presentación (ppt.) Formulario de autoayuda.		
5. Psicoeducativa y autorregistro, entrenamiento asertivo.	5. Educación sobre cómo somos, cómo nos comportamos y cómo nos perciben lo demás.	5. Se les pedirá a los participantes que dividan una hoja en cuatro cuadrantes. En el primer cuadrante escribirán todas las cosas que conocen de ellos mismos y que los demás también pueden percibir y a qué atenerse, es decir, se pondrán fortalezas y debilidades. En el segundo cuadrante, pondrán todos sus secretos, todo lo que yo sé de mí y los demás no saben. En el tercero, irán todas las cosas que los demás ven de mí y yo no conozco, para eso les pediremos que comenten y se retroalimenten entre ellos. Por último, pondrán lo que está fuera de su alcance, cómo reaccionarían, las suposiciones, es decir qué podríamos hacer para optimizar nuestros resultados.	10 mins	Presentación (ppt.)	Autoestima, culpa, ira, miedo, tristeza, concentración, sueño y placer.	Autonomía, autoaceptación, dominio del entorno.
6. Respiración diafragmática.	6. Ejercicio de relajación.	3. Enseñar a los participantes la técnica de respiración diafragmática	15 mins	Música.		

Objetivo específico: Concientizar el autosabotaje emocional y las consecuencias conductuales. Transmitir la importancia de obtener dominio sobre uno mismo mediante la confrontación activa de las filosofías de vida que nos limitan y el reconocimiento de nuestros recursos.						Sesión 3
Técnica	Contenido	Dinámica	Tpo.	Material	Indicador Depresión	Dimensión Bienestar Psicológico
1. Psicoeducativa.	1. Educación sobre el dominio de uno mismo y elaboración de CV.	1. Presentación de los videos "La entrevista inicial" y "En búsqueda de la felicidad" para identificar y comentar la importancia de dominar nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. Debatir las posibilidades de alcance de nuestros pensamientos. Se les pedirá que elaboren un currículum de acuerdo a las herramientas aportadas en el taller. Informar sobre las características principales de un CV.	15 mins	Presentación (ppt.) Video: La entrevista inicial <a href="https://www.youtube.com/watch?v=t8po1s5tCDw">https://www.youtube.com/watch?v=t8po1s5tCDw</a> Video: En búsqueda de la felicidad <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Xn5zgZgqZvs">https://www.youtube.com/watch?v=Xn5zgZgqZvs</a>	Autoestima, culpa, ira, miedo y tristeza.	Propósito en la vida y crecimiento personal.
2. Role-playing, entrenamiento asertivo.	2. Evaluación racional y generación de reacciones antes, durante y después de la búsqueda de empleo.	2. Se les pedirá a los participantes que seleccionen a una persona de los asistentes que le inspire confianza y que se siente frente a frente. Uno de ellos será el reclutador y el otro el entrevistado. El reclutador está buscando un cajero y debe incluir preguntas sobre: Información relevante de al puesto y al currículum que le entreguen, 3 fortalezas, 3 debilidades, expectativas del puesto y qué aportaría. El reclutador debe identificar los errores del entrevistado y comentárselos. Al terminar, cambiarán papeles y se realizará el mismo procedimiento. Una vez que hayan terminado de hablar ambos, se compartirá en grupo cómo puede aplicarse a nuestra vida lo aprendido en la dinámica.	20 mins	Ninguno.		

3. Psicoeducativa.	3. Análisis de la idea general de las sesiones y el reconocimiento de los recursos.	<p>3. Explicar que a lo largo de las sesiones se intentó transmitir la idea de la importancia de obtener dominio sobre uno mismo mediante la confrontación activa de las filosofías de vida que limitan a uno y el reconocimiento de nuestros recursos.</p> <p>Jugaremos con los participantes y les pediremos que en una hoja dibujen la silueta de su mano, esa mano representará cada una de las características de su talento. Explicarles de manera proyectiva que cada dedo por su nombre representa algo (<i>pulgar</i> = evolución, <i>índice</i> = dirección, <i>corazón</i> = emoción, <i>anular</i> = compromiso, <i>meñique</i> = detalle) y que deben responder en cada dibujo de su dedo las preguntas:  <i>Pulgar: ¿en qué soy bueno?</i>  <i>Índice: ¿cuál es mi meta? ¿cuál es mi sueño?</i>  <i>Corazón: ¿a quién amo?</i>  <i>Anular: ¿qué me sostiene en la vida?</i>  <i>Meñique: ¿qué debo de cuidar de ahora en lo adelante? ¿en qué debo perfeccionar?</i></p> <p>4. Tendremos una imagen de la mano e iremos anotando cada uno de los recursos de manera alusiva.</p>	10 mins	Hoja blanca y lápiz.	Concentración, sueño y placer.	Propósito en la vida, crecimiento personal.	
4. Vivencial, entrenamiento asertivo.	4. Identificar cambios.	4. Los participantes comentarán cómo se sintieron con las sesiones y que cambios notaron en sus vidas. Para culminar se darán un abrazo grupal.	10 mins	Ninguno.	Autoestima, culpa, ira, miedo y tristeza.		
	5. Recogida de información con la aplicación de instrumentos (Inventario de depresión de Beck y Escala de Bienestar Psicológico de Ryff).	5. Llenado de las escalas.	15 mins	Inventario de depresión de Beck (BDI-IA) y Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.			



**Anexo 7. Gráfico ABC**

¿Qué sucedió?	¿Qué fue lo que pensaste?	¿Qué fue lo que sentiste?	¿Qué hiciste?

### Anexo 8. Formulario de autoayuda

Acontecimiento activador que ocurre justo antes de sentirme perturbado emocionalmente o actúe contraproducentemente:

---

Consecuencia o estado que me produce y que me gustaría cambiar:

---

Creencias irracionales que me conducen a la perturbación emocional o conducta contraproducente. <b>Rodee con un círculo todo aquello que provoque el acontecimiento activador.</b>	Discusiones para cada creencia irracional rodeada. <i>Ejemplos: ¿por qué TENGO QUE hacerlo bien?; ¿dónde está escrito que soy una MALA PERSONA?</i>	Creencias racionales efectivas para reemplazar las creencias irracionales. Ejemplos: PREFERIRÍA hacerlo muy bien, pero no TENGO que hacerlo; soy una PERSONA QUE actúa mal, no una MALA PERSONA.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser amado y aprobado por cada persona significativa de la sociedad.</li> <li>2. Para ser valioso se debe ser competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.</li> <li>3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.</li> <li>4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a mí me gustaría que fuesen.</li> <li>5. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.</li> </ol>		

<p>6. Si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.</p> <p>7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.</p> <p>8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.</p> <p>9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmovió debe seguir afectándole indefinidamente.</p> <p>10. Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.</p> <p>11. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene una catástrofe.</p>		
--	--	--

**Anexo 9. Formato de evaluación**

	Si	No
¿Qué le pareció el taller?		
¿El taller aportó conocimientos significativos para ti?		
¿Qué conocimientos te dejó el taller?		
¿El moderador fue amable y respetuoso contigo?		
¿Se te proporcionó el material adecuado para el enriquecer los temas?		
¿Qué crees que le faltó o qué le agregarías al taller?		