

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Lic. Psicología
Trabajo Final Integrador

Título: El significado de la vida en pacientes en tratamiento psicológico

Autor: Manuel Pena

Tutor: Dra. Vanesa Góngora

Índice temático

1. Introducción	4
2. Objetivos	5
3. Hipótesis	5
4. Marco teórico	6
4.1. Psicología Positiva	6
4.1.1. Qué es la Psicología Positiva?	6
4.1.2. Antecedentes	7
4.1.2.1. Modelo Salutogénico	7
4.1.2.2. Psicología Humanista	7
4.1.2.3. Investigaciones de los años 80	8
4.1.3. Los tres pilares	8
4.1.4. Las tres vías	11
4.1.5. Intervenciones positivas	13
4.2. Significado de la vida	14
4.2.1. Antecedentes	14
4.2.2. Diferencias con otros conceptos	15
4.2.2.1. Significado de la vida y espiritualidad	15
4.2.2.2. Significado de la vida y significado situacional	16
4.2.3. Modelo de Steger	16
4.2.4. Relación con otras variables	17
4.2.4.1. Significado de la vida y variables demográficas	17
4.2.4.2. Significado de la vida y variables asociadas al bienestar	18
4.2.4.3. Significado de la vida y variables “negativas”	19
4.2.4.4. Significado de la vida en personas en tratamiento	20
5. Método	22
5.1. Participantes	22
5.2. Instrumentos	22
5.3. Procedimiento	23
5.4. Tipo de estudio y diseño	24

6. Desarrollo	24
6.1. Evaluación de significado de la vida	24
6.2. Significado de la vida y tipo de sintomatología	25
6.3. Significado de la vida y malestar psicológico	28
6.4. Significado de la vida y tratamiento psicológico previo	29
7. Conclusiones	30
8. Referencias bibliográficas	37

1. Introducción

La práctica profesional fue llevada a cabo en un Hospital General. Fue una práctica realizada en el área de Investigación. Las actividades principales realizadas fueron: recolección de datos por medio de la administración de distintos instrumentos de evaluación psicológica a pacientes en tratamiento psicológico y a sus terapeutas, y asistencia a conferencias sobre distintas temáticas impartidas dentro de la institución. La carga horaria suma un total de 280 horas, con una frecuencia semanal variable. Se eligió el constructo significado de la vida como tema de investigación para el Trabajo Final Integrador, por ser ésta una de las variables evaluadas durante la práctica y en función del interés personal por la misma.

2. Objetivos

Objetivo general:

Estudiar el significado de la vida en pacientes en tratamiento psicológico.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el significado de la vida en pacientes en tratamiento psicológico.
2. Establecer si existen diferencias en el significado de la vida según tipo de sintomatología.
3. Establecer si existe relación entre el significado de la vida y malestar psicológico.
4. Establecer si existen diferencias en el significado de la vida según existencia o no de tratamiento psicológico previo.

3. Hipótesis:

1. Se espera encontrar niveles más bajos de presencia de significado de la vida en pacientes con sintomatología depresiva.
2. Se espera encontrar una correlación negativa entre presencia de significado de la vida y malestar psicológico.
3. Se espera encontrar niveles más bajos de presencia de significado de la vida, y niveles más altos de búsqueda, en pacientes con tratamiento psicológico previo.

4. Marco Teórico

4.1. Psicología Positiva

4.1.1. Qué es la Psicología Positiva?

Tradicionalmente, el estudio de los aspectos negativos del funcionamiento humano ha constituido uno de los objetivos centrales de la psicología. Según Seligman (2002), sin embargo, junto a la búsqueda de maneras de aliviar el sufrimiento humano y curar la enfermedad mental, los psicólogos se habrían planteado originalmente, también, la necesidad de identificar vías por las que fuera posible aumentar el bienestar de las personas promedio, así como desarrollar sus potencialidades y ayudarlas a tener una vida más productiva. Junto con el auge del psicoanálisis, y un significativo desarrollo de la orientación clínica en el campo, estas metas fueron gradualmente opacadas por las primeras, conformando los hospitales psiquiátricos, poco a poco, el campo predilecto del ejercicio de la profesión (Maddux, 2002).

Luego de la Segunda Guerra Mundial, el interés por los distintos déficits y patologías mentales adquirió nuevas dimensiones, convirtiéndose en el objeto privilegiado y casi exclusivo de la disciplina. Como consecuencia de esto, si bien desde entonces se han logrado grandes avances en el tratamiento de los trastornos mentales, poco se sabe acerca de las cualidades positivas del funcionamiento humano y de las maneras de aumentar la salud mental en personas psicológicamente sanas (Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000). En un intento por remediar esta situación, se ha desarrollado en la última década un nuevo campo dentro de la psicología: la *Psicología Positiva*. Dedicada al estudio del funcionamiento humano óptimo, su objetivo principal consiste en identificar maneras de fortalecer y hacer más productiva la vida de las personas, y promover la actualización del potencial humano (Gancedo, 2008).

La propuesta de retomar el estudio de los aspectos saludables del ser humano no nace con la Psicología Positiva, sino que forma parte de una gran cantidad de producciones científicas y líneas teóricas desarrolladas durante la segunda mitad del siglo XX, aunque de manera dispersa y sin un sentido de unidad entre ellas (Gancedo, 2008). Quizá el aporte principal de la Psicología Positiva sea el haber agrupado estas ideas bajo un mismo programa de investigación, intervención y formación profesional, generando la posibilidad

de trabajar de manera conjunta, con una dirección en común y en busca de una coherencia y unidad teórica sobre estos temas (Castro Solano, 2010).

4.1.2. Antecedentes

4.1.2.1. Modelo Salutogénico

La idea fundamental que subyace a todas las producciones agrupadas dentro de la Psicología Positiva es que la salud mental es algo más que la ausencia de trastorno o malestar psicológico. Uno de los primeros autores en sostener esto fue Jahoda (1958), quien propuso una serie de criterios por medio de los cuales se puede definir a la salud mental como algo distinto a la ausencia de enfermedad, y que incluían la autonomía, el control ambiental, las actitudes hacia sí mismo, la integración, la percepción de la realidad y la autoactualización (como se cita en Vázquez, & Hervás, 2009). Peterson y Seligman (2004) reconocieron la concepción de salud mental sostenida por Jahoda como la premisa fundamental de la Psicología Positiva (como se cita en Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). Esta idea será desarrollada más tarde por Antonovsky (1987) para dar forma a su *teoría salutogénica humana*, según la cual es necesario reconocer que la enfermedad no se opone a la normalidad o la ausencia de enfermedad, sino a la salud positiva, y, así como se estudian los factores patógenos que causan la enfermedad, deberían estudiarse los factores salutogénicos que causan y mantienen la salud positiva (como se cita en Duckworth, Steen, & Seligman, 2005).

4.1.2.2. Psicología Humanista

Por otro lado, los autores iniciadores de la psicología humanística y existencial han homologado la salud psíquica al desarrollo de las potencialidades humanas, por medio de conceptos como el *self-actualization*, de Maslow (1963), y el *funcionamiento óptimo de la personalidad*, de Rogers (1971), proponiendo que la psicología debería ayudar a las personas a actualizar su potencial, desarrollar sus recursos internos y perseguir la autorrealización (como se cita en Gancedo, 2008). Maslow (1962) se mostró especialmente

interesado en el proceso por el que los individuos pueden alcanzar su autorrealización, desplegando al máximo sus talentos y fortalezas (como se cita en Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). Rogers (1951/2006) destacó el poder terapéutico de descubrir y expresar el auténtico *sí mismo*, y desarrolló su *psicoterapia centrada en el cliente* basándose en la creencia de que los individuos tienen dentro de sí el poder de llevar su propia existencia hacia un mejor funcionamiento, con el que puedan ser más auténticos y espontáneos.

El punto principal que diferencia a la Psicología Positiva de estos desarrollos es que, mientras éstos se basan en un abordaje fenomenológico-existencial, fundamentalmente teórico y sin referencia a investigaciones que los provean de un soporte empírico, la Psicología Positiva se caracteriza por su fuerte énfasis en el empleo de metodología científica para sustentar sus producciones (Castro Solano, 2010).

4.1.2.3. Investigaciones de los años 80

De acuerdo a Gancedo (2008), a partir de los años 80 del siglo XX, de forma paralela a la emergencia del concepto de promoción en los organismos internacionales de la salud, un renovado interés por el estudio de las dimensiones positivas o salugénicas del ser humano resultó en un caudal de investigaciones sobre temas como la teoría del apego (Bowlby, Ainsworth, Marrone), la creatividad (De Bono, Sominton, Stein, Stenberg, Csikszentmihalyi), la resiliencia (Werner & Smith, Syrulnik, Melillo), la inteligencia emocional (Goleman), las inteligencias múltiples (Gardner), y demás. Es en este contexto que Seligman propone, en su discurso inaugural como presidente de la American Psychological Association en 1998, trabajar en pos de una psicología más positiva, ofreciendo a estas tendencias un campo común en el que puedan desarrollarse (Gancedo, 2008).

4.1.3. Los tres pilares

Los temas abordados por la psicología positiva pueden agruparse de acuerdo a tres pilares: el estudio de las emociones positivas, de los rasgos positivos y de las instituciones positivas (Seligman, 2002). El estudio de las emociones positivas incluye emociones acerca

del pasado (e.g., orgullo, serenidad, realización personal), emociones respecto al futuro (e.g., optimismo, esperanza, confianza) y emociones relacionadas con el presente (e.g., alegría, tranquilidad, entusiasmo) (Seligman, 2002). Asimismo, las emociones positivas se vinculan con el concepto de *bienestar subjetivo*, concepción del bienestar que entiende al mismo como la evaluación cognitiva y emocional que realizan las personas de su propia vida (Diener, 2000).

El estudio de los rasgos positivos incluye, fundamentalmente, a las virtudes y fortalezas de carácter. Se entiende por virtudes las características esenciales más valoradas por los filósofos morales y pensadores religiosos de distintas culturas y épocas, que no son específicas de ninguna en particular, sino que están presentes en la vasta mayoría de ellas. Por fortalezas de carácter se entiende los procesos y mecanismos psicológicos por medio de los cuales se despliegan dichas virtudes (Peterson, & Park, 2009). La realización de actividades en las que se ejercitan las propias fortalezas de carácter puede resultar en la experimentación de un estado de *flow* (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). El flow consiste en un estado de concentración, compromiso y entrega tal a la tarea que se está realizando, que la persona pierde momentáneamente la noción del tiempo y de sí mismo. Sólo retrospectivamente, al considerar lo que sucedió, la persona siente una gran satisfacción y gratitud por la plenitud de la experiencia (Csikszentmihalyi, 2008).

Por último, el estudio de las instituciones positivas incluye aquellas instituciones, como la familia, el trabajo, la escuela o la comunidad, por medio de las cuales las personas dan sentido a sus vidas y desarrollan sus potencialidades (Seligman, 2002). Por ejemplo, un área de estudio reciente es la denominada Psicología Organizacional Positiva, la cual se ocupa de investigar la relación entre variables dentro del ámbito del trabajo como la identificación con la empresa, la justicia organizacional, el comportamiento de ciudadanía organizacional, la confianza en la empresa, el compromiso organizacional, la satisfacción laboral y el *capital psicológico*, con otras como la felicidad, satisfacción y compromiso de los trabajadores (Larson, & Luthans, 2006), y otras (como se cita en Castro Solano, 2010). La noción de capital psíquico (Luthans, & Youssef, 2007) se refiere a un estado psicológico positivo caracterizado por la confianza o autoeficacia percibida para llevar a cabo la tarea que se debe realizar, la presencia de atribuciones positivas sobre el éxito actual y futuro (optimismo), la perseverancia y capacidad de cambiar de estrategia si es necesario para

alcanzar las metas propuestas, y la capacidad de salir fortalecido de situaciones adversas, o resiliencia, para alcanzar los objetivos planteados (como se cita en Castro Solano, 2010).

Si el primer pilar (las emociones positivas) se vincula con el denominado bienestar subjetivo, los dos pilares restantes (los rasgos positivos y las instituciones positivas) se encuentran más vinculados a otros modelos de bienestar, que consideran al mismo como algo más que la experiencia de emociones positivas, que puede medirse de forma objetiva y que es consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo. Por ejemplo, en su Teoría de la Autodeterminación, Deci y Ryan (2000) entienden que el bienestar de las personas resulta de una adecuada satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de vinculación, competencia y autonomía, y de la presencia de un sistema de metas congruentes y coherentes, que resulten intrínsecamente motivantes. Ryff y Singer (1995) denominaron *bienestar psicológico* a aquel que deriva de un funcionamiento positivo de seis dimensiones: las relaciones positivas, el control ambiental, la autonomía, el propósito en la vida, la autoaceptación y el crecimiento personal (como se cita en Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). En un modelo integrador, Keyes (2005) define a la *salud mental positiva* por medio de tres componentes: el bienestar emocional (lo que hasta ahora se ha llamado bienestar subjetivo), el bienestar psicológico (las seis dimensiones propuestas por Ryff) y el bienestar social (el cual incluye otras cinco dimensiones: la coherencia social, la integración social, la contribución social, la actualización social y la aceptación social).

La teoría de Keyes (2005) se fundamenta en la consideración de la enfermedad mental y la salud mental como dos continuos diferentes, el primero variando desde la ausencia de enfermedad mental hasta estados de enfermedad mental grave o profunda, y el segundo variando desde lo que el autor llama *languidecimiento*, pasando por la salud mental moderada, hasta los estados de *floreCIMIENTO*. El concepto de florecimiento se refiere al estado en que se encuentra, en un momento dado, la vida de una persona, siendo que su funcionamiento humano se halle dentro de un rango óptimo, connotando la generatividad, el crecimiento y la resiliencia (Keyes, 2007).

El autor propone que, así como para diagnosticar una depresión u otro trastorno psicológico se utiliza una lista de criterios, debe procederse del mismo modo con respecto al florecimiento: para afirmar que un individuo se encuentra en estado de florecimiento, deberá exhibir niveles altos en al menos una medida de bienestar hedónico (e.g.,

regularmente alegre, interesado en la vida, calmo o sereno, lleno de vida) y niveles altos en al menos seis medidas de funcionamiento positivo (e.g., siente que su vida tiene un sentido y una dirección, tiene actitudes positivas hacia sí mismo, se dirige al ambiente para satisfacer sus necesidades). En contraste, los individuos que presentan niveles bajos en al menos una medida de bienestar hedónico y en al menos seis medidas de funcionamiento positivo, están languideciendo, y aquellos que no cumplan con los criterios para entrar en una u otra categoría se considera que están moderadamente mentalmente sanos (Keyes, 2007).

4.1.4. Las tres vías

Los tres pilares de la psicología positiva pueden ser entendidos como una forma de estructurar el campo (Vázquez, & Hervás, 2009), o bien como distintas vías por las cuales las personas pueden aumentar su bienestar, siendo especialmente beneficioso el ejercicio simultáneo de las tres vías (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Se ha señalado que, mientras de la primer vía deriva un tipo de bienestar denominado hedónico y ligado al placer, de las dos últimas deriva un tipo de bienestar denominado eudaemónico, ligado al desarrollo de las fortalezas y potencial humano (Seligman, 2002). Desde esta perspectiva, la vía de los placeres y las emociones positivas lleva a lo que se conoce como *vida placentera*. El ejercicio de las fortalezas de carácter, el compromiso con la tarea y la capacidad de experimentar flow lleva a una *vida comprometida*, y la aplicación de las propias fortalezas para ayudar a otros o relacionarse con algo más elevado que uno mismo, forjando vínculos que proveen de significado a la propia vida, lleva a una *vida con significado*. La presencia conjunta de las tres orientaciones conforma lo que se ha dado a llamar la *vida plena* (Seligman, Park, & Steen, 2004). En un estudio con 845 participantes, Peterson, Park y Seligman (2005) hallaron que las tres orientaciones son empíricamente distinguibles, que no son incompatibles (y por ende pueden ser perseguidas simultáneamente) y que todas ellas están asociadas con la satisfacción con la vida. Debe mencionarse que recientemente Seligman (2011) ha incluido a las relaciones interpersonales y el logro como otras dos posibles vías para aumentar el bienestar de las

personas, en su modelo de bienestar PERMA, aunque este modelo no cuenta aún con investigaciones que le brinden apoyo empírico.

En relación a las tres vías como estrategias para aumentar el bienestar, existe una importante limitación respecto a la vida placentera, que la diferencia de las otras dos orientaciones. Consiste en lo que Brickman y Campbell (1971) denominaron *hedonic treadmill*, que se refiere al hecho de que las personas, luego de haber sido emocionalmente afectadas por un suceso vital, negativo o positivo, retornan a sus niveles normales de felicidad (como se cita en Diener, 2000). El proceso por el que se recupera el nivel habitual de bienestar subjetivo se denomina *adaptación hedónica*. Posteriormente, Lykken y Tellegen (1996) realizaron estudios con gemelos a partir de los cuales desarrollaron su *set point theory* (teoría del punto de referencia), la cual sostiene que el grado en el que las personas sienten placer y emociones positivas es relativamente fijo, está determinado genéticamente y funciona como un punto de referencia al que siempre se vuelve (como se cita en Headey, 2007). Por otro lado, Diener y Lucas (1999) hallaron una relación significativa entre bienestar subjetivo y personalidad, especialmente con los rasgos extraversión y neuroticismo, correlacionando positivamente el bienestar y la extraversión, y negativamente bienestar y neuroticismo, indicando nuevamente que el bienestar subjetivo que experimenta una persona es considerablemente estable (como se cita en Diener, Oishi, & Lucas, 2002).

Esto quiere decir que, si bien la experiencia de emociones positivas, considerada el sello distintivo del bienestar subjetivo, ha sido relacionada con una cantidad de características deseables y beneficios perdurables en distintas áreas de la vida, incluyendo mayor sociabilidad y actividad, comportamientos prosociales, comportamientos saludables, mejor funcionamiento inmunológico y mejor afrontamiento del estrés (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005), es posible que las personas que disfrutan de estos beneficios sean aquellas que ya tienen genéticamente una disposición a experimentar emociones positivas. Por otro lado, los resultados obtenidos de una variedad de estudios coinciden en que la vida comprometida y la vida con significado son, de las tres orientaciones, las que presentan una mayor asociación con la satisfacción con la vida (Peterson, Park, & Seligman, 2005; Park, Peterson, & Ruch, 2009). Esto sugiere que la vida placentera puede ser un buen complemento para aumentar la felicidad, pero si se desean lograr cambios significativos en

el nivel de bienestar de una persona, habrá que esforzarse por desarrollar las otras dos orientaciones o vías: la vida comprometida y la vida con significado.

4.1.5. Intervenciones Positivas

El cuerpo de conocimientos provenientes de la Psicología Positiva no sólo ayuda a los psicólogos a comprender por qué, por ejemplo, algunas personas son felices, optimistas o agradecidas, mientras que otras, incluso estando exentas de enfermedad mental, no se sienten felices o sienten que sus vidas no tienen significado, sino que sugiere maneras en las que las personas pueden, por medio de su actividad intencional, incrementar sus atributos positivos (Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang, & Doraiswamy, 2011). Según sostiene Lyubomirsky (2008), mientras que el 50% de la felicidad de una persona está determinada genéticamente y sólo el 10% depende de las circunstancias y de su situación actual, el 40% restante depende de su actividad libre e intencional, permitiendo esto el diseño de estrategias e intervenciones dirigidas al máximo aprovechamiento de este 40% sujeto al control del individuo.

La aplicación de la Psicología Positiva, por medio de las denominadas *intervenciones positivas* y el diseño de psicoterapias basadas en sus principios, se focaliza en los aspectos saludables del ser humano, sirviéndose de las fortalezas y atributos positivos del individuo para aumentar su bienestar, planteándose como objetivos no sólo reducir el malestar y los síntomas que aquejan a las personas, sino también ayudarlas a ser más felices y a desarrollar sus potencialidades (Maddux, 2008). Por ejemplo, en el ámbito clínico, al tratar la depresión, en lugar de enfocarse exclusivamente en reducir la sintomatología depresiva, los terapeutas podrían ayudar a sus pacientes a dejar la terapia en un estado de florecimiento, en el que no sólo no sufran de depresión sino que hayan aumentado su bienestar y se dirijan hacia una vida más productiva y plena (Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang, & Doraiswamy, 2011).

Los distintos tipos de intervenciones positivas que fueron diseñados apuntan a fortalecer alguna de las tres vías de la Psicología Positiva, es decir, aumentar el afecto positivo, ejercitar las fortalezas o cultivar significado, y a estimular el florecimiento en las personas (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Algunas de estas intervenciones incluyen:

intervenciones positivas sobre el pasado (e.g., técnicas narrativas sobre sucesos positivos pasados, intervenciones basadas en la gratitud, intervenciones basadas en el perdón), intervenciones positivas sobre el futuro (e.g., intervenciones basadas en la esperanza, intervenciones basadas en metas), e intervenciones positivas dirigidas al desarrollo de potencialidades (e.g., intervenciones basadas en fortalezas) (Hervás, Sánchez, & Vázquez, 2009). Como señala Rashid (2009), utilizar intervenciones positivas en la práctica clínica no significa negar el malestar del individuo o la existencia de experiencias negativas, sino enfocarse en las experiencias positivas, y utilizar las fortalezas del sujeto para entender y compensar sus debilidades.

4.2. Significado de la vida

4.2.1. Antecedentes

Recientemente ha recibido una atención renovada el concepto de significado de la vida (Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006), una variable que puede ubicarse, de acuerdo a lo visto, entre aquellas relacionadas con el estudio de la vida con significado. El significado de la vida ha sido considerado por autores como Frankl (1976) y Klinger (1977) como un aspecto fundamental de la naturaleza y funcionamiento humano (como se cita en Baumeister, & Vohs, 2002).

Frankl atribuyó a la falta de significado de la vida el notable incremento en los diagnósticos de neurosis durante el siglo XX, y diseñó un tipo de psicoterapia basada en esta presunción, la denominada *logoterapia*, fundada en el principio de que los seres humanos se encuentran motivados fundamentalmente por una búsqueda de sentido y propósito. Mientras la seguridad, la eficacia y el placer pueden motivar a las personas a comportarse de determinada manera, existiría una búsqueda de sentido y propósito que subyace a estos determinantes, y mueve a las personas incluso en las situaciones más difíciles (como se cita en Bailey, & Fernando, 2012). Según el autor, no existe un sentido universal que pueda aplicarse a la vida de todas las personas por igual, sino que el sentido debe ser hallado individualmente, y puede ser facilitado por medio de: la actitud que

tomemos frente al dolor inevitable, la realización de alguna tarea, trabajo u obra de bien, y el encuentro con alguien o algo más elevado que uno mismo (Frankl, 1959/2001).

Klinger (1977) consideraba que si a un individuo se lo priva de los incentivos que para él resultan importantes, su vida pierde significado; de este modo relaciona al significado de la vida con la motivación (como se cita en Petri, & Govern, 2006). Para el autor, el significado surge de los incentivos por cuya consecución trabajamos y nos esforzamos. Según su teoría, existen tres grandes fuentes de significado en la vida de las personas: la familia, la esposa y las amistades (Petri, & Govern, 2006). Actualmente se considera que las fuentes de significado pueden ser más variadas que las que propuso Klinger. Como señalaron Baumeister y Vohs (2002), algunas personas encuentran significado principalmente en sus relaciones familiares o entre sus amistades, otros lo encuentran en una religión o ciertas creencias espirituales, otros en su trabajo o en alguna actividad que disfrutan particularmente; en realidad, las personas casi invariablemente buscan significado no de una única fuente, sino de una pluralidad de relaciones y actividades. Wong (1998) diseñó un instrumento para medir las fuentes del significado de la vida, el *Personal Meaning Profile* (PMP), en el que incluía: religión, relaciones, logros, autoaceptación, intimidad, autotranscendencia (enfocarse en el valor de servir a otros) y justicia (como se cita en Pan, Wong, Joubert, & Chan, 2008).

Schnell (2011) halló que diferencias en la diversidad y densidad de las fuentes de significado resultan en diferencias significativas en el grado que se experimenta significado en la propia vida. El predictor más poderoso de significado de la vida fue la generatividad. El nivel de significado que experimenta una persona aumenta significativamente con el incremento de la diversidad y densidad de las fuentes. La relación entre densidad de las fuentes y el nivel de significado es mediada ampliamente por la diversidad de las fuentes. Finalmente, los autores concluyen que el compromiso con numerosas y diversas fuentes de significado (especialmente aquellas que van más allá de uno mismo), es la mejor estrategia para tener una vida significativa (Schnell, 2011).

4.2.2. Diferencias con otros conceptos

4.2.2.1. Significado de la vida y espiritualidad

Hay que diferenciar el significado de la vida, también llamado *significado existencial*, de la espiritualidad o *significado espiritual* (Sorajjakool, Aja, Chilson, Ramirez-Johnson, & Earll, 2008). Mascaro y Rosen (2006) definen al significado espiritual como el sentimiento de tener un propósito en la vida vinculado a creencias religiosas o espirituales, mientras que el significado existencial se refiere al propósito de la vida propia más allá de cualquier consideración espiritual o metafísica (como se cita en Sorajjakool, Aja, Chilson, Ramirez-Johnson, & Earll, 2008). De acuerdo a Steger y Frazier (2005), el significado de la vida (como significado existencial) y la espiritualidad son dos variables distintas, pero relacionadas. En un estudio, los autores hallaron que el significado de la vida funciona como mediador entre los comportamientos religiosos y el bienestar, sugiriendo que es el significado de la vida lo que media el vínculo entre la espiritualidad y la salud mental.

4.2.2.2. Significado de la vida y significado situacional

Otro concepto del cual es importante diferenciar al significado de la vida es el de *significado situacional*. Éste se refiere al proceso por el cual las personas dan sentido a una situación particular, como la pérdida de un ser querido o el diagnóstico de una enfermedad grave, como una forma de afrontar dicha situación (Thompson, 2007). El significado de la vida, a diferencia de este último constructo, se refiere a un sentimiento global que tiene la persona acerca del conjunto de su vida (Steger, Kashdan, Sullivan, & Lorentz, 2008). Como señalaron Park, Malone, Suresh, Bliss y Rosen (2008), el afrontamiento (particularmente la aceptación de lo sucedido, las interpretaciones positivas y el afrontamiento por medio de la religión) se encuentra asociado a mayores niveles de significado de la vida.

4.2.3. Modelo de Steger

El significado de la vida es una variable sujeta a diferencias individuales, cuya evaluación requiere refinamientos en su conceptualización y el diseño de instrumentos de medición de mayor precisión (Mascaro, & Rosen, 2008). No existe consenso sobre cuál sea la mejor manera de evaluar el significado de la vida, pero, dado que aquello a lo que los

sujetos se sienten conectados de una manera significativa varía ampliamente de un individuo a otro (Baumeister, & Vohs, 2002), al querer medir una variable tan idiosincrática como el significado de la vida, muchos autores optan por métodos de medición en los que se le pregunta a la persona, por ejemplo, en qué medida siente que su vida tiene significado, dejando a su elección el criterio por el que considere que esto es así (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005).

En contraste con medidas generales del constructo, modelos más recientes evalúan aspectos específicos o subescalas de la variable (Mascaro, & Rosen, 2008). Steger, Frazier & Kaler (2006) desarrollaron el Cuestionario de Significado de la Vida (MLQ), el cual evalúa la presencia y la búsqueda de significado como dos componentes, independientes entre sí, del constructo más amplio. Según este modelo, las personas experimentan la presencia de significado cuando poseen una comprensión de sí mismos y del mundo, de su lugar en el mundo y de lo que quieren hacer de sus vidas. La búsqueda de significado consiste en la intensidad con que las personas desean alcanzar o dar un sentido a sus vidas, y el esfuerzo que realizan para conseguirlo (Steger, Kashdan, Sullivan, & Lorentz, 2008).

4.2.4. Relación con otras variables

4.2.4.1. Significado de la vida y variables demográficas

Existen diferencias en el significado de la vida de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre la persona. En términos generales, las personas que se encuentran en etapas avanzadas de la vida reportan mayor presencia de significado en sus vidas, mientras que las personas en etapas más tempranas de la vida se caracterizan por presentar altos niveles de búsqueda de significado (Steger, Oishi, & Kashdan, 2009). Asimismo, mientras la presencia de significado varía a lo largo del ciclo vital de modo similar a como lo hace el bienestar, la búsqueda de significado en etapas avanzadas de la vida está fuertemente asociada con déficits en el bienestar (Steger, Oishi, & Kashdan, 2009). No existen diferencias significativas en el significado de la vida según género (Theger, Bachner, Martos, & Kushnir, 2009).

4.2.4.2. Significado de la vida y variables asociadas al bienestar

El significado de la vida ha sido conceptualizado de distintas maneras y relacionado con una variedad de constructos, pero, más allá de las diferencias entre autores, siempre fue considerado una variable positiva. Mientras Ryff (1989) lo ha tomado como un indicador de bienestar psicológico, Park y Folkman (1997) lo consideraron un facilitador de afrontamiento adaptativo, y Crumbaugh y Maholick (1964) vieron en él un indicador de crecimiento terapéutico (como se cita en Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006). Se ha corroborado empíricamente la relación del significado de la vida con una cantidad de variables consideradas como indicadores de bienestar, incluida la satisfacción con la vida (Steger, & Kashdan, 2007). Compton et al. (1996), establecieron la existencia de una relación positiva entre el significado de la vida, el optimismo y la actualización personal; Steger et al. (2006) establecieron la existencia de un vínculo entre el significado de la vida y el autoestima; y King et al. (2006) obtuvieron evidencias sobre la existencia de una relación positiva entre el significado de la vida y el afecto positivo (como se cita en Steger, & Kashdan, 2007).

Zika y Chamberlain (1996) hallaron una correlación positiva entre el significado de la vida y el bienestar psicológico (como se cita en Fegg et al., 2010). Steger y Frazier (2005) establecieron la existencia de un vínculo entre el significado de la vida, la satisfacción con la vida, el autoestima y el optimismo. Ho, Cheung y Cheung (2010) examinaron la relación entre significado de la vida, optimismo y bienestar en adolescentes, hallando una asociación tanto entre significado de la vida y satisfacción con la vida como entre optimismo y satisfacción con la vida. Además de esto, según el estudio, el optimismo parece mediar parcialmente la relación entre significado de la vida y distintos aspectos del bienestar. Los resultados obtenidos por McMahan y Renken (2011) sugieren que el experimentar significado de la vida es una ruta por la cual las dimensiones de los modelos eudaemónicos del bienestar (e.g., el auto-desarrollo, la contribución) se asocia con el bienestar evaluado por medio del autoinforme. En un estudio de Dunn y O'Brien (2009) sobre la salud psicológica y el significado de la vida, la presencia de soporte social de otros significativos fue un buen predictor de la presencia de significado de la vida. El afrontamiento religioso negativo (específicamente la reevaluación del poder de Dios) predijo la búsqueda de significado de la vida.

Steger, Kashdan, Sullivan y Lorentz (2008) investigaron la relación entre el significado de la vida y rasgos de personalidad, según el modelo de los Cinco Factores, obteniendo los siguientes resultados: la presencia de significado de la vida se encuentra asociada a bajos niveles de neuroticismo, altos niveles de extroversión, altos niveles de agradabilidad y de responsabilidad, mientras que la búsqueda de significado se vinculó con niveles altos de apertura a la experiencia y neuroticismo.

4.2.4.3. Significado de la vida y variables “negativas”

En un estudio sobre la relación entre el significado de la vida y el uso de sustancias y otras conductas riesgosas en adolescentes, Brassai, Piko y Steger (2011) obtuvieron una asociación negativa entre significado de la vida y conductas riesgosas para la salud (e.g., uso de drogas ilegales y alcohol, sexo inseguro, falta de ejercicio, tabaquismo). En el mismo estudio, la falta de significado de la vida estuvo asociada a la presencia de síntomas psicosomáticos, pobre bienestar psicológico y pobre calidad de vida (Brassai, Piko, & Steger, 2011). En una investigación sobre el significado de la vida y el funcionamiento psicológico y espiritual en sobrevivientes de cáncer de mamas y mujeres de población general, Bauer-Wu y Farran (2005) obtuvieron fuertes correlaciones negativas entre significado de la vida y estrés, y entre significado de la vida y malestar psicológico. Menor presencia de significado de la vida ha sido asociada por Battista y Almond (1973) a una mayor necesidad de tratamiento psicoterapéutico, a niveles más altos de depresión y ansiedad por Debats, Van Der Lubbe, & Bentler (1986), y a otras formas de malestar psicológico (como se cita en Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006).

Según Mascaró y Rosen (2005), el significado de la vida se encuentra particularmente asociado a la esperanza y la depresión, siendo un buen predictor de ambas variables y presentando correlaciones positivas y negativas respectivamente. En términos generales, a mayor presencia de significado en la vida corresponde menor presencia de sintomatología depresiva (Kleftaras, & Psarra, 2012). Kleftaras y Psarra (2012) compararon individuos con niveles bajos de sintomatología depresiva, niveles medios y niveles altos, obteniendo resultados que confirman al significado de la vida como factor discriminante entre ellos, siendo que, cuando un grupo presenta un nivel de depresión superior al de otro

grupo, el segundo presenta un nivel superior de significado de la vida. Simonelli, Fowler, Maxwell y Andersen (2008) hallaron una asociación entre altos niveles de sintomatología depresiva y baja presencia de significado de la vida en pacientes con secuelas físicas por cáncer ginecológico.

4.2.4.4. Significado de la vida en personas en tratamiento

Koslander, Silva y Roxberg (2009) destacaron la importancia de tener en cuenta las necesidades existenciales de los pacientes en el cuidado de la salud, física y mental. Según los autores, el sistema de salud occidental ha desatendido la necesidad de sus pacientes de experimentar que sus vidas tienen significado, siendo éste un factor decisivo en el desarrollo y mantenimiento de la salud mental y el bienestar, así como en el tratamiento de distintas enfermedades mentales. Debats (1996) obtuvo evidencias a favor de la relevancia clínica del significado de la vida, mostrando que no sólo existe una relación entre el significado de la vida y el bienestar, sino también entre el significado de la vida y el progreso en la psicoterapia. El significado de la vida predijo parcialmente el resultado de la psicoterapia, independientemente de los niveles de bienestar del paciente previos al tratamiento. Debats, Drost y Hansen (1995) realizaron un estudio con estudiantes universitarios en el que hallaron una mayor probabilidad de haber realizado tratamiento psicológico en el pasado, y de no estar actualmente satisfechos con sus vidas, entre aquellos estudiantes que podían recordar momentos en los que experimentaron que su vida no tenía significado (como se cita en Mascaró, & Rosen, 2005).

Martin, MacKinnon, Lohson y Rohsenow (2011) estudiaron el propósito en la vida en pacientes en tratamiento por abuso de cocaína. Un nivel bajo de propósito en la vida predijo reincidencia en el consumo de cocaína y de alcohol luego de realizar un programa de 30 días de tratamiento por abuso de sustancias, así como la cantidad de días en que se consumió cocaína o alcohol en los seis meses posteriores al tratamiento. Los autores proponen la inclusión de intervenciones tendientes a aumentar el propósito en la vida como un aspecto fundamental de este tipo de programas. Waisberg y Porter (1994) estudiaron el propósito en la vida en un grupo de 131 sujetos alcohólicos, algunos en lista de espera y otros en tratamiento, que fueron evaluados antes de comenzar el programa y tres meses

después de haberlo terminado. El nivel promedio de propósito en la vida antes del tratamiento fue significativamente inferior al rango normal, y luego del tratamiento estuvo dentro del rango normal. Además, el propósito en la vida luego del tratamiento predijo cambios en las relaciones íntimas y en la salud de los sujetos, así como su situación en relación al consumo de alcohol u otras drogas en la etapa de seguimiento (Waisberg, & Porter, 1994).

Se han encontrado diferencias en el significado de la vida incluso en pacientes en tratamiento por enfermedad física. Fegg et al. (2010) hallaron niveles más bajos de significado de la vida en pacientes con esclerosis lateral, en comparación con población normal. Jim y Andersen (2007) realizaron un estudio con sobrevivientes de cáncer en el que hallaron que las secuelas físicas y sociales del cáncer están asociadas a un mayor malestar psicológico, y esta asociación parece estar mediada, en parte, por el significado de la vida. La relación entre el funcionamiento social y el malestar psicológico estuvo mediada totalmente por el significado de la vida, mientras que la asociación entre funcionamiento físico y malestar psicológico estuvo mediada parcialmente (Jim, & Andersen, 2007). Thompson (2007) investigó la relación entre el significado de la vida y la fatiga en sobrevivientes de cáncer de mamas, obteniendo resultados que, según el autor, sugieren al significado de la vida como un posible factor modulador de la experiencia que los pacientes tienen de su enfermedad y sus síntomas.

Es posible que un alto significado de la vida provea a las personas de un marco, más amplio que las distintas situaciones de sufrimiento o fracaso por las que pasan, que les permite mitigar los efectos de estos eventos negativos particulares, incluidos la enfermedad física y mental (Savolaine, & Granello, 2002). Owens, Steger, Whitesell y Herrera (2009) obtuvieron evidencias que apoyan parcialmente la hipótesis del significado de la vida como modulador de los efectos de la enfermedad mental (específicamente, depresión y culpa), en pacientes con trastorno por estrés postraumático.

5. Método

5.1. Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística y voluntaria, constituida por 20 pacientes que realizan tratamiento psicológico en el servicio de salud mental del Hospital General al que se asistió. El 15% (n = 3) fueron hombres y el 85% (n = 17) mujeres. El 20% (n = 4) realizan tratamiento psicológico y el 80% (n = 16) realizan tratamiento psicológico y psiquiátrico. El promedio de tiempo en tratamiento fue de aproximadamente 1 año. El rango de edad de los sujetos evaluados fue de 18 a 65 años, con una media muestral de 43 años. Fueron excluidos los pacientes internados, pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otros estados psicóticos, demencias y trastornos cognoscitivos, trastornos bipolares y pacientes cuyo estado de crisis constituyera un impedimento para completar los cuestionarios. También participaron del estudio los psicólogos y psiquiatras que atienden a cada uno de los pacientes evaluados.

5.2. Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos para evaluar a los pacientes:

Hoja de datos demográficos y clínicos: edad, sexo, nivel educativo, ocupación, estado civil, edad de inicio del trastorno, tratamiento psiquiátrico simultáneo, medicación psiquiátrica, tratamiento psicológico previo, tratamiento psiquiátrico previo.

Cuestionario de Significado de la Vida (MLQ): consta de 10 ítems que evalúan el sentido de la vida (Steger et al., 2006). El MLQ está conformado por dos subescalas con 5 ítems cada una, las cuales evalúan Presencia y Búsqueda de sentido, obteniéndose puntuaciones independientes para cada dimensión. El cuestionario presenta opciones de respuesta tipo Likert que varían de absolutamente falso, que puntúa 1, a absolutamente verdadero, que puntúa 7. Los estudios de validación replicaron la estructura de dos factores a través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio (Góngora, & Castro Solano, en prensa).

SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised): consta de 90 ítems (Derogatis, 1997) que evalúan diversos síndromes psiquiátricos a través de nueve dimensiones primarias: somatización, trastorno obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, esquizofrenia, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicotismo. Contiene, además, tres índices globales de malestar psicológico: un Índice Global de Severidad utilizado para estimar el status psiquiátrico general, un Índice Positivo de Malestar y el Total de Síntomas Positivos. La escala se encuentra adaptada en población argentina mostrando buenas propiedades psicométricas (Casullo, 1998).

Los terapeutas que participaron del estudio respondieron la siguiente hoja de datos:

Hoja de Datos Generales del Paciente y del Tratamiento: motivo de consulta, fecha de inicio del tratamiento psicoterapéutico, tiempo de tratamiento, etapa del tratamiento (inicial/intermedia/final), diagnóstico principal en eje I, diagnóstico secundario en eje I (si lo hubiese), diagnóstico en eje II (si lo hubiese), frecuencia del tratamiento (dos o más veces por semana/semanal/quincenal/mensual), tipo de sintomatología (ansiosa/depresiva/mixta/otra).

5.3. Procedimiento

Se administraron las pruebas a los pacientes de forma individual en el servicio de salud mental del hospital. Los participantes leyeron y firmaron un consentimiento informado antes de iniciar cada evaluación. Se solicitó a los terapeutas de cada paciente completar una hoja de datos generales del paciente y evaluación de su opinión sobre el progreso del paciente desde el inicio del tratamiento. Los datos recolectados fueron cargados en una base de datos utilizando el programa SPSS y analizados con el mismo según los distintos objetivos del estudio. Los análisis estadísticos utilizados fueron: estadísticos descriptivos (media, desvío estándar, máximo, mínimo y percentil), análisis de varianza (ANOVA-one way), prueba de Kruskal-Wallis, correlación r de Pearson y prueba t de Student.

5.4. Tipo de estudio y diseño

El estudio realizado fue de tipo correlacional, con un diseño no experimental y transversal.

6. Desarrollo

6.1. Evaluación del significado de la vida en pacientes en tratamiento psicológico

Con el fin de responder al objetivo 1 se administró el Cuestionario de Significado de la Vida (MLQ) a los 20 pacientes que forman parte de la muestra del estudio. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente para obtener medidas descriptivas que faciliten la interpretación de los mismos. Se calculó la media, desvío estándar, máximo, mínimo y percentil tanto para la evaluación de la presencia de significado de la vida como para la evaluación de la búsqueda de significado de la vida. Los resultados son presentados en la tabla 1.

Tabla 1.
Presencia y búsqueda de significado de la vida en pacientes en tratamiento psicológico

	media	DE	mínimo	máximo	percentil
MLQpres	22,95	8,92	5	35	25
MLQbusq	22,90	9,71	6	35	70

La presencia de significado de la vida obtuvo una media de 22,95, ubicándose en el percentil 25 comparado con la población de adultos argentinos, y la búsqueda de significado de la vida obtuvo una media de 22,90, ubicándose en el percentil 70 en comparación con adultos argentinos (Góngora, & Castro Solano, en prensa). En ambos casos los valores obtenidos se encuentran dentro de la media, mostrando una tendencia hacia el extremo superior en el caso de la búsqueda de significado (percentil = 70), y hacia el extremo inferior en el caso de la presencia de significado (percentil = 25).

6.2. Significado de la vida y tipo de sintomatología

Con el fin de responder al objetivo 2 se utilizaron los datos obtenidos por medio del Cuestionario de Significado de la Vida (MLQ) y los datos otorgados por los terapeutas por medio de la Hoja de Datos Generales del Paciente y del Tratamiento, específicamente sus respuestas respecto al tipo de sintomatología exhibida por sus pacientes (ansiosa/depresiva/mixta/otra). Se dividió a la muestra en cuatro grupos, conformados de la siguiente manera: pacientes con sintomatología ansiosa ($n = 6$), con sintomatología depresiva ($n = 2$), con sintomatología mixta ($n = 9$) y con otro tipo de sintomatología ($n = 3$). Para evaluar si existen diferencias en la presencia y la búsqueda de significado de la vida según tipo de sintomatología se aplicó el análisis de varianza (ANOVA-one way) tomando a la presencia y la búsqueda de significado de la vida como variables dependientes. Los resultados obtenidos son presentados en la tabla 2.

Tabla 2. Diferencias en presencia y búsqueda de significado según tipo de sintomatología

	<u>depresiva</u>	<u>ansiosa</u>	<u>mixta</u>	<u>otra</u>	
	m (DE)	m (DE)	m (DE)	m (DE)	F
MLQpres	20,50 (12,02)	24 (3,34)	22,66 (9,89)	23,33(15,94)	0,07 _{ns}
MLQbusq	27,50 (10,60)	23,83 (9,23)	22,88 (10,33)	18 (11,78)	0,38 _{ns}

Los resultados obtenidos muestran una menor presencia de significado de la vida en pacientes con sintomatología depresiva ($m = 20,50$; $DE = 12,02$) en comparación con pacientes con otro tipo de sintomatología, así como una mayor búsqueda de significado de la vida en pacientes con sintomatología depresiva ($m = 27,50$; $DE = 10,60$) en comparación con el resto. Las diferencias halladas no mostraron ser estadísticamente significativas, tanto para la presencia de significado de la vida ($p = ,97$) como para la búsqueda de significado de la vida ($p = ,76$).

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA-one way) según tipo de sintomatología utilizando, no los informes de los terapeutas, sino lo reportado por los propios pacientes en el SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), específicamente las escalas de depresión y

ansiedad del instrumento. Se consideró en riesgo en alguna de las escalas a los pacientes con puntuaciones T mayores a 63, en base a los baremos en adultos argentinos (Casullo, 1998), y se dividió la muestra en cuatro grupos: pacientes con riesgo en la escala de ansiedad ($n = 3$), pacientes con riesgo en la escala depresión ($n = 4$), pacientes con riesgo en ambas escalas ($n = 4$), y pacientes sin riesgo en las dos escalas ($n = 9$). Los resultados son presentados en la tabla 3.

Tabla 3.

Diferencias en presencia y búsqueda de significado de la vida según tipo de sintomatología mediante escalas SCL-90-R

	<u>depresión</u>	<u>ansiedad</u>	<u>mixta</u>	<u>ninguna</u>	
	m (DE)	m (DE)	m (DE)	m (DE)	F
MLQpres	17,75 (10,14)	23 (11,13)	18,75 (9,67)	27,11(6,52)	1,51 _{ns}
MLQbusq	33,25 (2,06)	24 (10)	22,75 (10,04)	18 (8,86)	3,02 _{ns}

Los resultados muestran una menor presencia de significado de la vida ($m = 17,75$; $DE = 10,14$), y una mayor búsqueda de significado ($m = 33,25$; $DE = 2,06$), en pacientes con riesgo únicamente en la escala depresión en comparación con el resto. Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos, tanto para presencia de significado ($p = ,24$) como para búsqueda de significado ($p = ,06$), aunque en este último caso está cerca del nivel de significación. No obstante, debe señalarse que el análisis post-hoc de Tuckey indicó una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo depresivo y el grupo sin sintomatología en búsqueda de significado ($p = .03$).

Además de evaluar si una relación entre dos variables es estadísticamente significativa, es posible medir la fuerza o importancia de la relación entre éstas, lo cual es llamado el tamaño de efecto. El tamaño de efecto es una medida objetiva y estandarizada de la magnitud de un efecto observado, y puede utilizarse el coeficiente r de correlación de Pearson como medida del tamaño de efecto. Cohen (1988/1992) sugiere considerar un $r = ,10$ como un tamaño de efecto pequeño, un $r = ,30$ como un tamaño de efecto mediano, y un $r = ,50$ como un tamaño de efecto grande (como se cita en Field, 2005). Para calcular el tamaño de efecto de un análisis de varianza (ANOVA-one way) hay que calcular primero el

eta cuadrado, a partir del cual se calcula el coeficiente r de correlación de Pearson correspondiente.

Si se desea hallar relaciones entre variables que sean estadísticamente significativas tomando un nivel $\alpha = ,05$ (es decir, con un 5% de probabilidad de que los resultados obtenidos se deban al azar), es importante tener en cuenta el tamaño de efecto observado, ya que el mismo determinará el tamaño de la muestra necesario para que las relaciones observadas resulten estadísticamente significativas a ese nivel. Cohen (1992) ofrece las siguientes estimaciones: se necesitarán 783 participantes para detectar un tamaño de efecto pequeño ($r = ,10$), 85 participantes para detectar un tamaño de efecto medio ($r = ,30$), y 28 participantes para detectar un tamaño de efecto grande ($r = ,50$) (como se cita en Field, 2005).

En el estudio presente, teniendo en cuenta que el tamaño reducido de los grupos pudo haber afectado los resultados, se calculó el tamaño de efecto para presencia de significado a través del eta cuadrado, obteniendo un tamaño de efecto entre medio y grande ($\eta^2 = 22$; lo que corresponde a un $r = ,47$). Considerando las estimaciones de Cohen, es probable que se deba al tamaño insuficiente de la muestra el no haber detectado diferencias según tipo de sintomatología a un nivel estadísticamente significativo. Dado el reducido tamaño de los grupos, se utilizó también la técnica no paramétrica Kruskal-Wallis para verificar los datos previos. Los resultados obtenidos a través de esta prueba corroboran los hallados en el análisis de varianza (ANOVA-one way). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa para la búsqueda de significado de la vida ($\chi^2 = 9,41$; $p = ,02$), pero no para presencia de significado ($\chi^2 = 3,64$; $p = ,30$).

6.3. Significado de la vida y malestar psicológico

Con el fin de responder al objetivo 3 se utilizaron los datos obtenidos por medio del Cuestionario de Significado de la Vida (MLQ) y el inventario de síntomas SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), utilizando el Índice Global de Severidad (IGS) de esta prueba como medida del nivel de malestar psicológico presentado por los pacientes. La muestra presentó una media de IGS de 1,28, con un desvío estándar de ,77. Se analizaron los datos utilizando el coeficiente de correlación de Pearson a fin de establecer si existe

relación entre la presencia y la búsqueda de significado de la vida y el malestar psicológico. Los resultados obtenidos son presentados en la tabla 4.

Tabla 4.

Relación entre presencia y búsqueda de significado de la vida y malestar psicológico

SCLGSI	
MLQpres	r -,35ns
MLQbusq	r ,24ns

Los resultados obtenidos muestran la existencia de una correlación entre la presencia de significado de la vida y el malestar psicológico ($r = -,35$), de modo que a mayor presencia de significado de la vida corresponde menor malestar psicológico. Asimismo, el coeficiente de correlación obtenido para la búsqueda de significado de la vida y el malestar psicológico ($r = ,24$) señala la existencia de una correlación entre ambos, de modo que a mayor búsqueda de significado de la vida corresponde mayor malestar psicológico. Las relaciones no son estadísticamente significativas, tanto para presencia de significado de la vida ($p = ,12$) como para búsqueda de significado ($p = ,31$). La relación entre presencia de significado de la vida y malestar psicológico presenta un tamaño de efecto medio ($r = -,35$) y la relación entre búsqueda de significado y malestar psicológico presenta un tamaño de efecto entre pequeño y medio ($r = ,24$), lo que indica que claramente se necesita una muestra de mayor tamaño que la utilizada para poder detectar relaciones a un nivel estadísticamente significativo.

6.4. Significado de la vida y tratamiento psicológico previo

Con el fin de responder al objetivo 4 se utilizaron los datos obtenidos por medio del Cuestionario de Significado de la Vida (MLQ) y la Hoja de Datos Demográficos y Clínicos respondida por los pacientes. Se dividió a la muestra en dos grupos: pacientes que

realizaron tratamiento psicológico previo ($n = 13$) y pacientes que no realizaron tratamiento psicológico previo ($n = 7$). Se aplicó la prueba t de Student a los datos a fin de evaluar si existen diferencias en la presencia y la búsqueda de significado de la vida según haya realizado el paciente tratamiento psicológico previo o no. Los resultados obtenidos son presentados en la tabla 5.

Tabla 5.

Diferencias en presencia y búsqueda de significado de la vida según tratamiento psicológico previo

	<u>tratamiento previo</u>		t
	<u>sí</u>	<u>no</u>	
	m (DE)	m (DE)	
MLQpres	23,69 (8,39)	21,57 (10,39)	-,49 _{ns}
MLQbusq	21,84 (9,65)	24,85 (10,25)	,65 _{ns}

Los resultados obtenidos muestran una mayor presencia de significado de la vida ($m = 23,69$; $DE = 8,39$) en pacientes que realizaron tratamiento psicológico previo, en comparación con los pacientes que no realizaron tratamiento psicológico previo, y una menor búsqueda de significado de la vida ($m = 21,84$; $DE = 9,65$) en pacientes con tratamiento previo en comparación con el resto. Las diferencias no son estadísticamente significativas, tanto para presencia de significado ($p = ,62$) como para búsqueda de significado ($p = ,52$). Se calculó la d de Cohen, obteniéndose un tamaño de efecto pequeño, tanto para presencia de significado ($d = ,20$) como para búsqueda de significado ($d = ,29$).

7. Conclusiones

El objetivo general de la investigación presente fue estudiar el significado de la vida en pacientes en tratamiento psicológico. Específicamente, se buscó evaluar el significado de la vida en pacientes en tratamiento psicológico y determinar si existen diferencias en la presencia y búsqueda de significado de la vida según el tipo de sintomatología presentada

por los pacientes, si existe relación entre la presencia y búsqueda de significado de la vida y el malestar psicológico, y si existen diferencias en la presencia y búsqueda de significado de la vida según hayan realizado los pacientes tratamiento psicológico previo o no.

Con respecto al segundo objetivo, se hipotetizó la existencia de menor presencia y mayor búsqueda de significado de la vida en pacientes con sintomatología depresiva, en comparación con pacientes con otro tipo de sintomatología. Para poner a prueba esta hipótesis se realizó un análisis de varianza (ANOVA-one way) utilizando los reportes dados por los terapeutas acerca de sus pacientes como medida del tipo de sintomatología presentada por éstos, y un análisis de varianza (ANOVA-one way) utilizando los puntajes obtenidos por los propios pacientes en las escalas de depresión y ansiedad del inventario de síntomas SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised). Los resultados obtenidos en ambos análisis muestran diferencias en la dirección que se esperaba en función de la hipótesis, es decir que se hallaron niveles más bajos de presencia de significado de la vida en pacientes con sintomatología depresiva ($m = 20,50$ en el primer análisis; $m = 17,75$ en el segundo), y niveles más altos de búsqueda de significado entre estos pacientes, en comparación con el resto ($m = 27,50$ en el primer análisis; $m = 33,25$ en el segundo). Los resultados fueron verificados utilizando la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis. Los mismos son coherentes con los presentados en investigaciones previas (Kleftaras, & Psarra, 2012; Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006; Simonelli, Fowler, Maxwell, & Andersen, 2008; Mascaro & Rosen, 2005).

Si bien los resultados obtenidos en los análisis de varianza no resultaron estadísticamente significativos ($p = ,24$ para presencia; $p = ,06$ para búsqueda, en el segundo análisis), se considera que esto se debe al reducido tamaño de los grupos. Es por esta razón que se aplicó la prueba Kruskal-Wallis, la cual confirmó la existencia de diferencias estadísticamente significativas para búsqueda de significado según tipo de sintomatología ($p = ,02$). Asimismo, se observó un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = ,22$) para las diferencias en presencia de significado según tipo de sintomatología. Se considera que los resultados obtenidos confirman parcialmente la primera hipótesis del estudio, mostrando una tendencia a sentir menor presencia de significado de la vida, y mayor búsqueda de significado, en pacientes con sintomatología depresiva.

Se desconoce exactamente por medio de qué mecanismos se relacionan el significado de la vida y la sintomatología depresiva, sin embargo existe una cantidad de variables, como el afecto positivo, el optimismo, el autoestima y la esperanza, que se encuentran teórica y empíricamente relacionadas tanto con la sintomatología depresiva como con el significado de la vida (King et al., 2006; Compton et al., 1996; Steger et al., 2006; Mascaro & Rosen, 2005; Steger & Kashdan, 2007). Estas variables podrían funcionar como moduladoras de la relación entre el significado de la vida y la sintomatología depresiva, o bien el significado de la vida podría funcionar como modulador de la relación entre aquellas y la sintomatología depresiva, etc. Se requiere mayor investigación en esta dirección para conocer de qué manera precisa se relacionan unas y otras variables.

Con respecto al tercer objetivo de la investigación, se hipotetizó la existencia de una relación entre la presencia de significado de la vida y el malestar psicológico, de modo que a menor presencia de significado corresponda mayor malestar psicológico. La hipótesis se puso a prueba utilizando el coeficiente r de correlación de Pearson. Se utilizó el Índice Global de Severidad (IGS) del inventario de síntomas SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) como medida del malestar psicológico. Los resultados obtenidos muestran una relación entre el significado de la vida y el malestar psicológico en la dirección que se esperaba observar en función de la hipótesis planteada, mostrando la presencia de significado y el malestar psicológico una correlación negativa ($r = -.35$), y la búsqueda de significado y malestar psicológico una correlación positiva ($r = .24$). Estos resultados son coherentes con los presentados en investigaciones previas (Bauer-Wu & Farran, 2005; Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006; Brassai, Piko & Steger, 2011; Jim & Andersen, 2007).

Si bien los resultados no son estadísticamente significativos ($p = .12$ para presencia de significado y malestar; $p = .31$ para búsqueda y malestar), y por esta razón no puede concluirse que la hipótesis haya sido plenamente confirmada, los mismos muestran un tamaño de efecto medio para presencia de significado y malestar ($r = -.35$), y un tamaño de efecto entre pequeño y medio para búsqueda de significado y malestar ($r = .24$). Considerando los tamaños de efecto observados y el tamaño de la muestra utilizada, hay buenas razones para considerar que es el reducido tamaño de la muestra el motivo por el que no pudieron detectarse relaciones que sean estadísticamente significativas a un nivel $\alpha = .05$.

La existencia de una relación entre la presencia de significado de la vida y el malestar psicológico resulta comprensible, especialmente si se la interpreta en función de un contexto más amplio, tomando en cuenta los conocimientos actuales acerca de la relación entre el significado de la vida y distintas variables asociadas al bienestar psicológico, y acerca de la relación entre el significado de la vida y distintas variables que han sido referidas en este estudio como variables “negativas”. Existen distintas formas de sufrimiento que hacen al malestar psicológico, y muchas de ellas han sido estudiadas individualmente en relación al significado de la vida en investigaciones previas. Se han presentado evidencias a favor de la existencia de una relación entre el significado de la vida y el estrés (Bauer-Wu, & Farran, 2005), entre el significado de la vida y la ansiedad, la depresión (Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006), y entre el significado de la vida y la presencia de síntomas psicósomáticos (Brassai, Piko, & Steger, 2011). El estrés, la ansiedad, la depresión, etc. pueden ser consideradas como distintas vías por las que las personas experimentan malestar psicológico (distintas fuentes de malestar psicológico), y es coherente que, presentando estas distintas variables relación con el significado de la vida, lo haga también el malestar psicológico, como lo reflejan los resultados presentados en el estudio presente.

Del mismo modo, la existencia de una asociación positiva entre la presencia de significado de la vida y distintas variables relacionadas con el bienestar, como la satisfacción con la vida (Steger, & Kashdan, 2007), el optimismo, la actualización personal (Compton et al., 1996), el autoestima (Steger et al., 2006), el afecto positivo (King et al., 2006), etc. (como se cita en Steger, & Kashdan, 2007), es coherente con la existencia de una relación negativa entre la presencia de significado de la vida y el malestar psicológico. Es decir que la presencia de significado de la vida ha mostrado, por un lado, estar relacionada con el bienestar psicológico y con distintas variables asociadas al bienestar psicológico, y por otro lado, ha mostrado relacionarse de manera inversa con el malestar psicológico y con distintas variables asociadas al mismo.

Los resultados obtenidos respecto a la relación entre la búsqueda de significado de la vida y el malestar psicológico se encuentran dentro de lo esperable si se considera el modelo teórico desde el cual se entiende al significado de la vida en el estudio presente. Los autores del Cuestionario de Significado de la vida (MLQ), Steger, Frazier y Kaler

(2006), definieron al mismo como un constructo compuesto por dos dimensiones, la presencia y la búsqueda de significado, que son independientes entre sí. Sin embargo, esto no quiere decir que la presencia y la búsqueda de significado no presenten ningún tipo de relación entre sí. En términos generales, es esperable que junto a una ausencia importante de significado en la vida de una persona, ésta exhiba niveles más altos de búsqueda de significado, e inversamente, que una elevada presencia de significado de la vida sea acompañada por niveles bajos de búsqueda, aunque esto no siempre se cumpla. Los resultados obtenidos apoyan este punto de vista, observándose relaciones opuestas entre la presencia de significado de la vida y el malestar psicológico, y entre la búsqueda de significado de la vida y el malestar psicológico.

Con respecto al cuarto objetivo de la investigación, se hipotetizó la existencia de menor presencia de significado de la vida en pacientes con tratamiento psicológico previo, y mayor búsqueda de significado, en comparación con pacientes que no realizaron tratamiento psicológico previo. Para poner a prueba la hipótesis se dividió la muestra en dos grupos, según hayan realizado tratamiento psicológico previo o no, y se aplicó una prueba t de Student. Los resultados obtenidos muestran una relación inversa a la postulada por la hipótesis, es decir, una mayor presencia de significado de la vida en pacientes con tratamiento previo ($m = 23,69$) y una menor búsqueda de significado en pacientes con tratamiento previo ($m = 21,84$). Es decir que los datos no confirmaron la tercera hipótesis del estudio.

Inicialmente, la hipótesis fue formulada teniendo en cuenta el estudio realizado por Debats, Drost y Hansen (1995), en el que mostraron que hay una mayor probabilidad de haber realizado tratamiento psicológico en el pasado, y de no estar actualmente satisfechos con sus vidas, entre aquellas personas que podían recordar momentos de su biografía en los que experimentaron una falta de significado de la vida (como se cita en Mascaro, & Rosen, 2005). En el estudio presente se supuso que, si una persona realizó tratamiento psicológico en el pasado y se encuentra actualmente realizando otro tratamiento psicológico, probablemente no experimente en gran medida que su vida tiene significado y, al mismo tiempo, se encuentre realizando esfuerzos (como el tratamiento en curso) para conseguirlo.

Una interpretación alternativa podría explicar los resultados obtenidos. En otro estudio, Debats (1996) obtuvo evidencias a favor de una correlación positiva entre la

presencia de significado de la vida y el progreso en psicoterapia. Es posible que muchas de las personas que ya pasaron por un tratamiento psicológico hayan sido beneficiadas por el mismo, que un aumento en la presencia de significado de la vida haya sido parte de los beneficios obtenidos, y que, por ende, presenten niveles más altos de significado de la vida que quienes acuden a tratamiento psicológico por primera vez.

La limitación más evidente del estudio es el reducido tamaño de la muestra utilizada ($n = 20$), el cual dificulta poder detectar relaciones a un nivel de significatividad estadística de $\alpha = ,05$. La constitución de la muestra según género no es muy equitativa, estando conformada la misma por un 85% ($n = 17$) de mujeres, y sólo un 15% ($n = 3$) de hombres. Es posible que los resultados obtenidos se vean afectados por diferencias de género que habrían sido controladas con una distribución más equilibrada de esta variable. También, el 20% ($n = 4$) de los pacientes realizan tratamiento psicológico, mientras que el 80% ($n = 16$) realiza tratamiento psicológico y psiquiátrico. En el estudio realizado no se tomó en cuenta la posible influencia de diferencias en esta variable sobre los resultados obtenidos.

Las diferencias observadas entre las dos formas en que se midió el tipo de sintomatología presentada por los pacientes (los datos otorgados por los terapeutas sobre el tipo de sintomatología exhibida por sus pacientes y los datos a este respecto obtenidos por medio del autoinforme de los propios pacientes) necesitan ser explicadas. Por ejemplo, la gran cantidad de casos con sintomatología mixta reportados por los terapeutas ($n = 9$) en comparación con los identificados por medio del autoinforme ($n = 4$). De utilizarse un tercer instrumento de evaluación para medir el tipo de sintomatología, podrían realizarse análisis estadísticos para identificar cuál de los tres arroja resultados más alejados en comparación con los otros dos y así obtener una medida más objetiva de esta variable.

Por otro lado, el SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) evalúa la sintomatología presentada por el paciente durante la última semana al momento de la evaluación, mientras que la hoja de datos respondida por los terapeutas pregunta acerca de los síntomas presentados por el paciente cuando llega a la consulta. Considerando que el tiempo promedio de tratamiento de la muestra fue de aproximadamente 1 año, es posible que las diferencias entre ambas formas de evaluar el tipo de sintomatología se deban al efecto del tratamiento sobre los participantes.

Futuras investigaciones podrían indagar acerca de los mecanismos por medio de los cuales se relacionan el significado de la vida y la sintomatología depresiva. Se mencionó al afecto positivo, el optimismo, el autoestima y la esperanza como variables que, por estar relacionadas teórica y empíricamente tanto con el significado de la vida como con la sintomatología depresiva, podrían ser moduladores de la relación entre estas dos variables. Estudios que incluyan a estas variables podrían poner a prueba tal hipótesis. Ho, Cheung y Cheung (2010) presentaron evidencias que sugieren al optimismo como regulador de la relación entre el significado de la vida y el bienestar psicológico. Del mismo modo, es importante saber si hay variables que medien la relación entre la presencia de significado de la vida y el malestar psicológico.

Por otro lado, resultan deseables investigaciones que tomen en cuenta la incorporación en psicoterapia de intervenciones tendientes a aumentar el significado de la vida, y los efectos de éstas sobre el progreso y los resultados de la psicoterapia. Distintos autores destacaron la importancia de incorporar las necesidades existenciales del paciente como un elemento importante del tratamiento psicológico de distintas problemáticas (Koslander, Silva & Roxberg, 2009; Debats, 1996; Martin, MacKinnon, Lohson, & Rohsenow, 2011; Waisberg, & Porter, 1994). Cuanto más se conozca sobre la relación entre el significado de la vida y distintas variables psicológicas (autoestima, estrés, rasgos de personalidad, etc.), y sobre su relación con el progreso y los resultados en psicoterapia, mejores intervenciones se podrán diseñar para optimizar la atención en salud mental.

8. Referencias Bibliográficas

- Bailey, A.W., & Fernando, I.K. (2012). Routine and Project-based leisure, happiness and meaning in life. *Journal of Leisure Research*, 44 (2), 139.
- Bauer-Wu, S., & Farran, C.J. (2005). Meaning in life and psycho-spiritual functioning: A comparison of breast cancer survivors and healthy women. *Journal of Holist Nurse*, 23 (2), 172-190.
- Baumeister, R.F., & Vohs, K. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. En C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 608-618). Oxford: Oxford University Press.

- Brassai, L., Piko, B.F., & Steger, M.F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescent's psychological health? *International Journal Of Behavioral Medicine*, 18(1), 44-51. doi:10.1007/s12529-010-9089-6.
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M.M. (1998). *El inventario SCL-90-R (The SCL-90-R inventory)*. Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *Fluir: Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Debats, D.L. (1996). Meaning in life: Clinical relevance and predictive power. *British Journal of Clinical Psychology*, 35 (4), 503-506. doi: 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01207.x.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuit: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4), 227-268.
- Derogatis, L. (1997). *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual – II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- 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., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. En C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford: Oxford University Press.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1 (1), 629-651.
- Dunn, M.G., & O'Brien, K.M. (2009). Psychological health and meaning in life: Stress, social support and religious coping in Latina/Latino immigrants. *Journal of Behavioral Sciences*, 31 (2), 204-227.
- Fegg, M.J., Kögler, M., Brandstätter, M., Jox, R., Anneser, J., Haarmann-Doetkotte, S., Wasner, M., & Borasio, G.D. (2010). Meaning in life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 11, 469-474.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Londres: Sage.
- Frankl, V. (2001). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

- Gancedo, M. (2008). Historia de la psicología positiva. En M.M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-37). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Góngora, V.C., & Castro Solano, A. (en prensa). Validación del Cuestionario de Significado de la Vida MLQ en población adulta y adolescente argentina. *Revista Interamericana de Psicología*.
- Headey, B. (2007). The set point theory of well-being needs replacing: On the brink of a scientific revolution? *German Institute for Economic Research*, 753, 2-27.
- Hervás, G., Sánchez, A., & Vázquez, C. (2009). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez, & G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp.41-71). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ho, M.Y., Cheung, F., & Cheung, S.F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality & Individual Differences*, 48 (5), 658-663. doi: 10.1016/j.paid.2010.01.008.
- Jim, H.S., & Andersen, B.L. (2007). Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *The British Psychological Society*, 12 (3), 363-381. doi: 10.1348/135910706X128278.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 539-548.
- Keyes, C.L.M (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62 (2), 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95.
- Kleftaras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in life, Psychological well-being and depressive symptomatology: a comparative study. *Psychology*, 3 (4), 337-345. doi:10.4236/psych.2012.34048.
- Koslander, T., Silva, A.B., & Roxberg, A. (2009). Existential and spiritual needs in mental health care: an ethical and holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 27 (1), 34-42.
- Layous, K, Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, M. (2011). Delivering happiness: Translating Positive Psychology intervention research for

- treating major and minor depressive disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17 (8), 675-683. doi: 10.1089/acm.2011.0139.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Urano.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803.
- Maddux, J.E. (2002). Stopping the “Madness”: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. En C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 13-25). Oxford: Oxford University Press.
- Maddux, J.E. (2008). Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology. *International Association of Applied Psychology*, 57, 54-70. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00354.x.
- Martin, R.A., MacKinnon, S., Johnson, J., & Rohsenow, D.J. (2011). Purpose in life predicts treatment outcome among adult cocaine abusers in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40 (2), 183-188.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential Meaning's Role in the Enhancement of Hope and Prevention of Depressive Symptoms. *Journal Of Personality*, 73(4), 985-1014. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x.
- Mascaro, N., & Rosen, D.H. (2008). Assessment of existential meaning and its longitudinal relations with depressive symptoms. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 27(6), 576-599.
- McMahan, E.A., & Renken, M.D. (2011). Eudaemonic conceptions of well-being, meaning in life and self-reported well-being: Initial test of a meditational model. *Personality & Individual Differences*, 51 (5), 589-594. doi: 10.1016/j.paid.2011.05.020.
- Owens, G.P., Steger, M.F., Whitesell, A.A., & Herrera, C.J. (2009). Posttraumatic stress disorder, guilt, depression, and meaning in life among military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 654-657. doi:10.1002/jts.20460.
- Pan, J., Wong, D.F.K., Joubert, L., & Chan, C.L.W. (2008). The protective function of meaning of life on life satisfaction among Chinese students in Australia and Hong Kong: A cross-cultural comparative study. *Journal of American College Health*, 57 (2), 221-234.

- Park, N., Peterson, C. & Ruch, W. (2009). Orientations to happiness and life satisfaction in 27 nations. *The Journal of Positive Psychology*, 4 (4), 273-279.
- Park, C.L., Malone, M.R., Suresh, D.P., Bliss, D., & Rosen, R.I. (2008). Coping, meaning in life and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17 (1), 21-26. doi: 10.1007/s11136-007-9279-0.
- Peterson, C., & Park, N. (2009). El estudio científico de las fortalezas humanas. En C. Vázquez, & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva* (pp. 181-207). Madrid: Alianza Editorial.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M.E.P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6 (1), 25-41. doi: 10.1007/s10902-004-1278-z.
- Petri, H.L., & Govern, J.N. (2006). *Motivación: Teoría, investigación y aplicaciones*. DF, México: Thomson.
- Qian, L., & Stanton, A.L. (2010). How benefits of expressive writing vary as a function of writing instructions, ethnicity and ambivalence over emotional expression. *Psychology and Health*, 25 (6), 669-684.
- Rashid, T. (2009). Positive Interventions in Clinical Practice. *Journal Of Clinical Psychology*, 65(5), 461-466.
- Rogers, C. (2006). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.
- Savolaine, J., & Granello, P.F. (2002). The function of meaning and purpose for individual wellness. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 41 (2), 178-189.
- Schnell, T. (2011). Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. *Personality & Individual Differences*, 51 (5), 667-673. doi: 10.1016/j.paid.2011.06.006.
- Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Bailén.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066x.55.1.5.

- Seligman, M.E.P., Parks, A.C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. [Review]. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359 (1449), 1379-1381. doi: 10.1098/rstb.2004.1513.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61 (8), 774-788.
- Simonelli, L.E., Fowler, J., Maxwell, G., & Andersen, B.L. (2008). Physical sequelae and depressive symptoms in gynecologic cancer survivors: Meaning in life as a mediator. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 275-284. doi:10.1007/s12160-008-9029-8.
- Sorajjakool, S., Aja, V., Chilson, B., Ramirez-Johnson, J., & Earll, A. (2008). Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral Psychology*, 56(5), 521-532. doi:10.1007/s11089-008-0125-2.
- Steger, M.F., & Frazier, P (2005). Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (4), 574-582.
- Steger, M.F., & Kashdan, T.B. (2007). Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year. *Journal of Happiness Studies*, 8, 161-179.
- Steger, M.F., Oishi, S., & Kashdan, T.B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 4 (1), 43-52.
- Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- Steger, M.F., Kashdan, T.B., Sullivan, B.A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*, 76, 199–228.
- Thege, B.K., Bachner, Y.G., Martos, T., & Kushnir, T. (2009). Meaning in life: Does it play a role in smoking? *Substance Use & Misuse*, 44 (11), 1566-1577. doi:10.3109/10826080802495096.
- Thompson, P. (2007). The relationship of fatigue and meaning in life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 653-660. doi:10.1188/07.ONF.653-660.

- Vázquez, C., & Hervás, G. (2009). Salud positiva: Del síntoma al bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Waisberg, J.L., & Porter, J.E. (1994). Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *British Journal of Clinical Psychology*, 33 (1), 49-63. doi: 10.1111/j.2044-8260.1994.tb01093.x.