

FENOMENOLOGÍA

¿Necesitamos recetas para ser felices?

Do we need recipes for happiness?

Precisamos de recetas para sermos felizes?

Eva Lourdes Díaz Hernández¹; Pedro Ruymán Brito Brito²; Alfonso Miguel García Hernández³

¹Enfermera especialista de salud mental, Unidad de Salud Mental Comunitaria de San Cristóbal de la Laguna, Servicio Canario de Salud, San Cristóbal de La Laguna, España. Orcid:N.D. Correo electrónico: eludias@gmail.com

²Enfermero. Doctor. Profesor Asociado en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8048-9701>. Correo electrónico: pbrito@ull.edu.es

³Enfermero. Doctor. Profesor Titular en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Responsable y Miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA). Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2838-8735>. Correo electrónico: almigar@ull.edu.es

Correspondencia: Alfonso M. García Hernández. C/ Sta. María Soledad, s/n. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería y Fisioterapia. Apartado 456. Código postal 38200. San Cristóbal de La Laguna. S/C de Tenerife
Correo electrónico de contacto: Eva Lourdes Díaz Hernández eludias@gmail.com

Para citar este artículo: Díaz Hernández, E.L., Brito Brito, P.R., & García Hernández, A.M. (2021). ¿Necesitamos recetas para ser felices? *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.02>

Recibido:12/06/2021 Aceptado: 09/10/2021



RESUMEN

Objetivo: Conocer las estrategias de las personas con trastorno mental grave (TMG) para ser felices. **Método:** Estudio cualitativo fenomenológico, con muestreo por conveniencia e intencional. Se elaboró una entrevista, de la cual 3 preguntas estaban relacionadas con las estrategias empleadas y deseadas para alcanzar la felicidad. Se realizó un grupo de focal constituido por 5 personas y 16 entrevistas individuales a personas con TMG. Las entrevistas se grabaron en audio, fueron transcritas verbatim, codificadas y analizadas con el apoyo del

programa N-vivo. *Resultados*: Todos los participantes identifican sus estrategias para ser felices. Al analizarlas encontramos que la aceptación, el optimismo, la espiritualidad, la recuperación, la normalidad, sentirse funcionales, el apoyo y las relaciones, la realización de actividades, tanto compartidas como individuales, tener las necesidades básicas cubiertas y algunas más, forman parte de las habilidades o tácticas que les permite alcanzar la felicidad. Si bien estas estrategias no parecen diferentes a las de cualquier persona, sí encontramos el deseo de la ausencia del estigma sobre la enfermedad mental y la protección contra el rechazo. *Conclusiones*: La felicidad se puede alcanzar de variadas y personales maneras, e independientemente de la enfermedad que te acompañe.

Palabras clave: Bienestar; felicidad; salud mental; trastorno mental

ABSTRACT

Aim: To find out the strategies of people with severe mental disorders (SMD) to be happy. *Method*: Qualitative phenomenological study, with convenience and purposive sampling. An interview was developed, of which 3 questions were related to the strategies used and desired to achieve happiness. A focus group of 5 people and 16 individual interviews were conducted with people with TMG. The interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, coded and analysed with the support of N-vivo software. *Results*: All participants identify their strategies for being happy. When analysed, we found that acceptance, optimism, spirituality, recovery, normality, feeling functional, support and relationships, doing activities, both shared and individual, having basic needs met and some more, are part of the skills or tactics that allow them to achieve happiness. While these strategies do not seem different from those of anyone else, we do find a desire for the absence of stigma about mental illness and protection from rejection. *Conclusions*: Happiness can be achieved in various and personal ways, and regardless of the disease that accompanies you.

Keywords: Well-being; happiness; mental health; mental disorder

RESUMO

Objetivo: Conhecer as estratégias de pessoas com transtorno mental grave (TMG) para serem felizes. *Método*: Estudo fenomenológico qualitativo, com amostragem por conveniência e intencional. Foi elaborada uma entrevista, da qual 3 questões estavam relacionadas às estratégias utilizadas e desejadas para alcançar a felicidade. Foi realizado um focus group composto por 5 pessoas e 16 entrevistas individuais com pessoas com SMI. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra, codificadas e analisadas com o apoio do programa N-vivo. *Resultados*: Todos os participantes identificam suas estratégias para ser feliz. Ao analisá-los, constatamos que aceitação, otimismo, espiritualidade, recuperação, normalidade, sentir-se funcional, apoio e relacionamento, realizar atividades, tanto compartilhadas como individuais, ter necessidades básicas atendidas e mais algumas, fazem parte das habilidades ou táticas que permitem eles para alcançar a felicidade. Embora essas estratégias não pareçam diferentes das de qualquer outra pessoa, encontramos o desejo de ausência de estigma sobre doença mental e proteção contra rejeição. *Conclusões*: A felicidade pode ser alcançada de várias formas e pessoais, e independientemente da doença que o acompanha.

Palavras-chave: Bem-estar; felicidade; saúde mental; transtorno mental

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad se han hecho propuestas diferentes para alcanzar la felicidad. Estas propuestas abarcan todo un abanico de posibilidades, llegando incluso a ser opuestas, dependiendo del momento histórico, socioeconómico, político... surgiendo así múltiples corrientes filosóficas y religiosas que establecían cómo se podía ser feliz. Entre ensayos y ensayos seguimos sin encontrar esa receta universal que nos lleve a ser felices, si bien se nos siguen proporcionando recetas o que intentamos en muchas ocasiones sin éxito.

Las últimas propuestas, con el aval de las investigaciones de Sonja Lyubomirsky o Tal Ben-Shahar, en el ámbito de la psicología positiva, concretan que para ser felices debemos hacer ejercicio media hora al menos tres veces a la semana, disfrutar con lo que haces, ser agradecidos y cultivar la gratitud, ser optimistas y ver el lado bueno de las cosas, cultivar y fortalecer las relaciones sociales y tener objetivos en la vida. Todos son consejos universales, aparentemente sencillos y fáciles de llevar a cabo, pero, ¿es tan fácil hacerlo como parece? Cuando les pregunté a personas con trastorno mental grave ¿qué haces para ser feliz? también me contaron que utilizan como estrategias cosas sencillas y fáciles de hacer. Se podría pensar que la enfermedad mental limita o dificulta el acceso a la felicidad, si me apuran, incluso aún más las consecuencias de la enfermedad, y no me refiero solo a los estragos que esta provoca, como la cronicidad, efectos secundarios de los medicamentos, estigma, discriminación y rechazo social, sino también por la escasez de recursos económicos, laborales y sociales, pero aun así, con todos estos hándicaps, proponen que sus estrategias para ser felices son sencillas: “tomarme un vasito de agua fresquita” (P1.13).

Dentro del paradigma de la psicología positiva, en el año 2002, Martín Seligman desarrolló la Teoría de la Auténtica Felicidad, proponiendo la felicidad como eje central de la psicología positiva, definida con la medida de la satisfacción con la vida, y establece tres tipos de vida felices: la primera, la vida agradable, placentera o emoción positiva, consiste en tener tantas emociones positivas como sea posible y en aprender las habilidades que las amplifican; la segunda, la vida de compromiso, hace referencia a las responsabilidades que nos surgen a lo largo de nuestra vida, el trabajo, las amistades, la pareja, los hijos y cuando estos compromisos no son una carga, sino una alegría, estamos desarrollando un tipo de vida feliz y estable que nos proyecta hacia un bienestar mayor;

y la tercera forma de felicidad, la vida significativa, en la que las personas de forma continua buscan el significado de valor, necesitando encontrar el sentido y un propósito en la vida, la vida significativa consiste en pertenecer y servir a algo que uno cree que es superior a su yo. Existe una inmensa variedad de cosas que son mayores que nosotros mismos a las que podemos pertenecer y de las que formar parte (política, religión, ecologismo, familia...) (Seligman, 2011).

Una década después, en el año 2011, Seligman propuso un cambio de paradigma, comenzó a trabajar en optimismo y desarrolló la Teoría del Bienestar, exponiendo que el tema de estudio de la psicología positiva es el bienestar, con cinco elementos: emoción positiva, de la cual la felicidad y la satisfacción con la vida forman parte; el compromiso; las relaciones; el sentido; y los logros. Afirmó que:

Ningún elemento define por sí solo el bienestar, pero cada uno de ellos contribuye a alcanzarla. El bienestar es una combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido, buenas relaciones y logros. La forma de elegir el rumbo de nuestra vida es maximizar los cinco elementos en su totalidad. (Seligman, 2011, pp. 39-40)

Además, investigadores sociales, como Jordi Quoidbach (2021), con ayuda de las tecnologías digitales intentan demostrar que tener más tiempo para ti da más bienestar que tener más dinero. Ellos exponen que la gestión de nuestro tiempo y dinero es el factor más relevante en la medida del bienestar.

El ganador del premio Nobel de economía, Daniel Kahneman, desarrolló una línea de investigación al conectar los trabajos en economía con la psicología hedonista, centrada en analizar la situación de bienestar y las posibilidades de alcanzar un estado pleno de felicidad en base a la situación económica. Dicha línea conecta la psicología con la economía y la sociología, ya que investiga los efectos de las dinámicas económicas en la psicología individual y en las prácticas sociales. En el mismo sentido, el centro de esta teoría no es tanto la economía sino la investigación sobre la calidad de vida. Kahneman ha demostrado que, si bien la forma en que evaluamos nuestras vidas está influenciada en gran medida por los ingresos, nuestra salud y nuestro comportamiento de salud tienen una correlación más fuerte con las emociones positivas (Kahneman y Deaton, 2010).

Las autoridades de salud del Reino Unido, en el año 2011, lanzaron el proyecto «cinco maneras de ser felices», basado en estudios académicos sobre cómo las personas pueden aumentar su propio nivel de felicidad, encontrando como elementos para ser

felices: conectarse con las personas que lo rodean, ser físicamente activos, seguir aprendiendo, dar a otros y ser atentos (Ørstavik, 2017). Las investigaciones de Sonja Lyubomirsky proponen qué nos puede hacer más felices: las personas que ayudan a los demás son más felices, disfrutar de algo que te gusta, centrarse en las relaciones, hablar con la gente que aprecias, ser generoso, tener más interacciones sociales y fortalecer nuestras relaciones. Además, señala que las características propias de las personas más felices son: el optimismo, presentan mejores relaciones, tienden a hacer más ejercicio físico, son más agradecidas, espirituales y tienden a perseguir metas significativas (Aprendemos Juntos BBVA, 2020). En la búsqueda de evidencia científica sobre la felicidad, Lyubomirsky et al. (2005) sugirieron que las personas felices, es decir, aquellas que experimentan emociones positivas, tienden a tener éxito y logros en múltiples facetas de su vida. Ellos propusieron que el éxito no conduce a la felicidad, sino que el afecto positivo engendra el éxito. Las características relacionadas con el afecto positivo incluyen: confianza, optimismo y autoeficacia; simpatía e interpretación positiva de los demás; sociabilidad, actividad y energía; conducta prosocial; inmunidad y bienestar físico; afrontamiento eficaz de los desafíos y el estrés; originalidad y flexibilidad. Estos atributos fomentan la participación activa en la búsqueda de objetivos y con el medio ambiente (Lyubomirsky et al., 2005).

Asimismo, Fritz y Lyubomirsky (2017) expusieron en sus investigaciones un modelo sobre la eficacia de la práctica de las actividades positivas y su efecto sobre el incremento del bienestar/felicidad. Este modelo de actividades positivas, como la expresión de gratitud o la práctica de la amabilidad, ofrece predicciones sobre las condiciones en las que varias actividades positivas pueden ser más (o menos) efectivas para aumentar el bienestar.

En la revisión bibliográfica integradora de Seabra et al. (2018) no encontraron una definición única de felicidad de los participantes con enfermedad mental, coincidiendo también con la revisión sistemática de Ferraz et al. (2007) sobre felicidad y salud mental. Asimismo, concluyen que no se puede entender la felicidad separada de la experiencia social, el bienestar, la recuperación y los factores protectores internos de las personas, así, establecen que los factores que contribuyen al aumento de la percepción de felicidad se podrían englobar en dos dimensiones: la dimensión personal, más subjetiva, relacionada con el yo; y la dimensión interpersonal/relacional en múltiples contextos, familiar, apoyo social y afectivo.

Según Ferraz et al. (2007), en su revisión sistemática, concluyen que la felicidad es un fenómeno subjetivo, que depende más de aspectos de naturaleza psíquica (personalidad, optimismo, resiliencia, gratitud, presencia de altas puntuaciones de emociones positivas) y de la actitud ante la vida que de factores externos.

En relación a la investigación sobre felicidad en personas con TMG, los factores personales, familiares, de apoyo social y emocional, son los que contribuyen a alcanzar mejores niveles felicidad, siendo los factores que contribuyen a su disminución los siguientes: efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, la cronicidad del trastorno mental, la falta de apoyo social y la disfunción afectiva y emocional (Seabra et al., 2018).

Con respecto a las personas con esquizofrenia, para comprender su percepción de felicidad, se debe tener en cuenta que hay mayores dificultades para obtener niveles altos de felicidad en aquellas que presentan sintomatología negativa y con una disminución progresiva de las habilidades sociales (Agid et al., 2012). Las intervenciones fundamentales para la recuperación son las que promueven la rehabilitación, las relaciones sociales y el sentido de la vida, permitiendo una mayor percepción de felicidad (Seabra et al., 2018).

Según el estudio de Garay et al. (2014), en sus resultados sobre la investigación relacionada con el funcionamiento cognitivo, autoestigma y recuperación de las personas con enfermedad mental grave, destacan que el proceso de recuperación personal está negativamente afectado por las percepciones y atribuciones que realizan los pacientes sobre sus dificultades cognitivas, la presencia de síntomas positivos de la enfermedad y las dificultades relacionales.

Encuestas realizadas a los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos indican que las tasas anuales de soledad son aproximadamente 2.3 veces más altas que las de la población general (Badcock, 2015; Stain et al., 2012). En el ámbito clínico, la soledad contribuye significativamente a una peor calidad de vida en la esquizofrenia (Roe et al., 2011; Weiner et al., 2010) y las personas con trastornos psicóticos resaltan que la soledad ha supuesto un gran cambio en sus vidas, solo superado por los problemas económicos (Eglit et al., 2018; Morgan et al., 2016).

Por otro lado, Greenberg et al. (2006) recogen que las personas con esquizofrenia informaban de una mayor satisfacción con la vida cuando existe un apoyo emocional y

una mayor interacción familiar, destacando los efectos beneficiosos de los procesos familiares prosociales y la calidad de vida.

Además, dentro de la heterogeneidad de los resultados de estos estudios, destacan que la felicidad está asociada con la calidad de vida relacionada con la salud mental y a su vez con factores como menor estrés percibido, una mayor capacidad de recuperación y optimismo y un mayor dominio personal (Edmonds et al., 2018; Palmer et al., 2014). Buckland et al. (2013) realizaron un estudio cualitativo de la felicidad entre 13 adultos jóvenes con esquizofrenia, exponiendo que las barreras que dificultan experimentar la felicidad son: el miedo, el aislamiento, los medicamentos, y el deseo de sentirse “normal”. Además, destacan que la medicación, aunque valorada positivamente, se asocia con dificultades para controlar el peso, mantenerse alerta, disminución de la libido... Las relaciones sociales son vistas como un antídoto contra el aislamiento. Por último, destacan el deseo de sentirse normal provocado por el estigma y autoestigma.

Desde una visión constructivista del lenguaje, la recuperación se centra en la salud, en el bienestar y en las fortalezas de las personas, además, de la autodeterminación y el autocontrol. La esperanza y el cambio de la identidad personal, separada de la enfermedad, son elementos importantes para la recuperación (Shepherd et al., 2008).

Según recoge el documento estratégico sobre la recuperación de Shepherd et al. (2008) los componentes del proceso de recuperación según Andresen et al. (2003) son: Encontrar esperanza y mantenerla, creer en uno mismo, tener un sentido de autocontrol, optimismo de cara al futuro; restablecimiento de una identidad positiva, que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo; construir una vida con sentido, entender la enfermedad, encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; asumir responsabilidad y control, sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida (Andresen et al., 2003). (p. 2)

Por tanto, Shepherd et al. (2008) afirman que “una persona puede recuperar su vida sin necesariamente “recuperarse de” su enfermedad” (p. 3). La práctica de mindfulness implica, además, actitudes positivas de amabilidad, compasión, gratitud, autoconciencia y no juicio, siendo el mismo el objetivo de las intervenciones positivas. No debemos olvidar que el mindfulness tiene como objetivo la búsqueda de la felicidad y el alivio del sufrimiento, entendiendo que la felicidad se alcanza con la comprensión del sufrimiento y el bienestar entendido como un sentido profundo de serenidad y plenitud, lo cual

coincide con la búsqueda del bienestar eudaimónico (bienestar psicológico), objetivos de la psicología positiva (Cebolla et al., 2017).

Agid et al. (2012), en sus conclusiones, ponen en duda que se enfoquen adecuadamente las estrategias de rehabilitación, ya que asumen que el individuo mantiene las mismas motivaciones y objetivos previos a la aparición de la enfermedad y/o que no está satisfecho con su estado funcional actual, además, añaden que la falta de percepción de infelicidad provoca falta de motivación para buscar una mejora del estado funcional, y, por tanto, esto puede contribuir a la ineficacia de los programas de rehabilitación social y vocacional (Agid et al., 2012).

Por otro lado, la estigmatización, como señala Moloney (2018), “puede dar lugar a situaciones de abuso, rechazo, aislamiento y exclusión de las víctimas de la atención médica y del apoyo que pueda servirles de ayuda” (p. 77). Según su investigación Moloney (2018) señala que el proyecto *MENS Red Europea de Deporte y Salud Mental* destaca tres estrategias efectivas contra el estigma: educación, contacto y protesta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa, partiendo desde una perspectiva de análisis constructivista y fenomenológico interpretativo, a través de un muestreo intencional y por conveniencia en el que se seleccionaron los participantes del grupo focal y de las entrevistas individuales. Se elaboró una entrevista, de la cual 3 preguntas pretenden dar respuesta al objetivo de la investigación: conocer las estrategias de las personas con trastorno mental grave (TMG) para ser felices. Las preguntas seleccionadas fueron: *¿qué haces tú para ser feliz?; ¿cómo debería ser el mundo para que fueras feliz o más feliz?; ¿cómo deberías ser o cambiar tú para ser feliz o más feliz?*

Las entrevistas fueron realizadas a participantes mayores de 18 años, que se encontraban en seguimiento en las consultas de enfermería de la unidad de salud mental. Para su inclusión en el estudio se atendió a los siguientes criterios: tener diagnóstico TMG, no tener discapacidad intelectual, no presentar descompensación psicopatológica y no estar tutorizados. Se les invitaba a la participación, garantizando la confidencialidad de datos, el anonimato y solicitando previamente el permiso para la grabación de voz de la entrevista y la firma del consentimiento informado, en el que se les explicaba con

mayor detalle el estudio y se confirmaba su deseo de participar. Además, se tuvieron en cuenta criterios de edad, sexo y tipo de trastorno mental (véase tabla 1).

TABLA 1. Perfil de los participantes

<i>Identificación</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Trastorno Mental Grave</i>
P0.0	Hombre	47	Esquizofrenia
P0.1	Mujer	69	T. Depresivo
P0.2	Mujer	62	T. Ideas delirantes
P0.3	Mujer	35	T. Ideas delirantes
P0.4	Hombre	42	T. Inestabilidad de la personalidad
P0.5	Mujer	52	T. Inestabilidad de la personalidad
P1.1	Mujer	36	T. Inestabilidad de la personalidad
P1.2	Hombre	43	T. Bipolar
P1.3	Hombre	58	Esquizofrenia paranoide
P1.4	Mujer	40	T. Bipolar
P1.5	Hombre	20	Episodio psicótico
P1.6	Hombre	56	T. Bipolar
P1.7	Mujer	57	Esquizofrenia
P1.8	Hombre	56	Esquizofrenia paranoide
P1.9	Hombre	62	T. personalidad
P1.10	Hombre	44	Esquizofrenia
P1.11	Mujer	60	T. Ideas delirantes
P1.12	Mujer	37	Esquizofrenia
P1.13	Mujer	52	Esquizofrenia paranoide
P1.14	Mujer	26	Esquizofrenia
P1.15	Mujer	22	T. Inestabilidad de la personalidad

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

Es innegable que algunos pasan la vida buscando la felicidad recurriendo a las estrategias que otros usaron para encontrarla, aunque si consideramos que la felicidad es personal y particular ¿nos son útiles las recetas de los demás? o, por el contrario, ¿es necesario hacer nuestras propias recetas, teniendo en cuenta los ingredientes de los que disponemos (deseos, afectos, defectos, fortalezas, experiencias...)?

¿Cómo dicen los participantes que han alcanzado la felicidad? En algunas ocasiones siendo optimistas, en otras aceptando la vida tal cual es y en algunos momentos con la ayuda de Dios. Muchos solo quieren normalidad y cotidianidad, porque, cuando la vida aprieta, la búsqueda de la felicidad se centra en conseguir dinero, casa o comida, y cuando esto se ha conseguido buscan trabajo, formación y/o actividades compartidas. No obstante, no debemos olvidar que tener apoyo familiar, aficiones y objetivos vitales

ayudan en gran medida a alcanzar la felicidad. Cuando hablan de la felicidad afloran aspectos positivos, si bien no olvidan que la enfermedad no es invisible, el estigma y la propia enfermedad les acompañan y en algunas ocasiones eligen estar en compañía de la soledad (véase tabla 2).

TABLA 2 Estrategias para alcanzar la felicidad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA FELICIDAD	Actividades individuales Actividades compartidas Apoyo familiar Ausencia de estigma Felicidad material Funcionamiento social y ocupacional Necesidades básicas Normalidad Objetivos vitales Protección contra el rechazo Soledad	
	Personalidad	Aceptación Optimismo Espiritualidad-Religiosidad
	Salud	Tratamientos Estado funcional (Cognitivo y físico)

Fuente: Elaboración propia

Normalidad:

“Intento llevar una vida normal, levantarme, desayunar, aseoarme, trabajar, hacer las cosas de mi casa, caminar que me encanta... llevar una vida normal”. (P1.4).

Objetivos vitales:

“Intento hacer lo que me gusta y sin una visión de productividad, bailar, cantar es gimnasia rítmica mezclada con el ballet es lo que me sale”. (P1.15).

Felicidad material:

“¿Ahora? [...] el amor lo conozco, el dinero hace más la felicidad”. (P1.6).

Necesidades básicas:

“Tener una casa., y una piba, por pedir... [...] yo que sé... es comer bien, tomar un cortadito, tomarse las pastillas, venir a pincharse educadamente, estar limpio, no venir borracho, ni drogado a casa de nadie”. (P1.3).

Funcionamiento social y ocupacional (capacidad óptima del desarrollo de actividades sociales y laborales):

“Ser libre, alegría, ahora estoy estancada ahí, sin hacer cosas de la casa, mi marido me tiene que obligar”. (P0.1).

Soledad (elegida por voluntad propia):

“[...] Estoy sola y nadie me molesta y hago lo que me da la gana”. (P1.11).

Protección contra el rechazo:

“¿Qué hago? Recogerme, a veces es difícil porque creo que me están comiendo la cabeza”. (P1.8).

Ausencia de estigma (eliminar el estigma de la sociedad):

“¿Qué me haría feliz? Puff...pues la verdad ¿qué me haría feliz? que la gente no pusiera palabras en mi boca que no son, acciones en mí que no he hecho. El presuponer que soy, si no me conocen. Eso sería felicidad”. (P1.1).

Apoyo familiar:

“Compartir con la familia/amigos para tomar las decisiones”. (P1.12).

Actividades individuales:

“Comer chocolate jajaja”. (P1.5).

“Me doy ánimos a mí mismo, me sobrepongo a pesar de lo que pase, me leo un libro, veo una película, un programa de tele, hasta la política me hace feliz cuando trabajan bien, cuando trabajan mal, no”. (P1.6).

Actividades compartidas:

“Irme a tomar un café con una amiga, ir al cine, estar en pareja”. (P1.4).

Personalidad (Aceptación, optimismo y espiritualidad-religiosidad):

“Crear, la fe”. (P1.12).

“Yo creo que es eso, yo ya he esperado tanto de los demás, que ya no espero nada de nadie, y el no esperar nada de nadie me permite ser yo misma”. (P1.1).

Salud (Estado funcional cognitivo y físico y tratamientos):

“Yo sentirme bien, sentirme buena. Superar la enfermedad, sentirme bien a gusto, acompañada, relajada, en fin, ser yo misma”. (P0.2).

“Hombre, lo que estoy haciendo ahora, ir al psicólogo, seguir mis terapias del psiquiatra, yo soy muy cumplidora. Todo esto me ha dado estabilidad”. (P1.4).

Parece ser que las estrategias para alcanzar la felicidad están dentro de una dimensión personal y dependen de uno mismo, salvo el apoyo familiar, la realización de actividades compartidas con otros y el deseo de que acabe el estigma, y, cuando no es así, refieren estrategias utilizadas como la protección contra el rechazo, incluida dentro de una dimensión interpersonal-relacional. El resto de las estrategias están relacionadas con las fortalezas, los valores, los objetivos y la motivación, como el optimismo o la aceptación. Asimismo, en relación a su salud, esperan que el sufrimiento, provocado por la enfermedad, desaparezca si se curan, claramente entienden que la curación será el camino hacia la felicidad.

Además de las estrategias específicas individuales, se les preguntó por la influencia de los demás, de la sociedad o del mundo en su felicidad. Así, atendiendo a las respuestas del grupo focal, no es excepcional, teniendo en cuenta el sesgo de deseabilidad social, que deseen que se acabe en el mundo la pobreza, el hambre, la guerra, las muertes, las injusticias... pidiendo una mayor igualdad. Sin embargo, al realizar las entrevistas individuales las peticiones fueron diferentes, deseando algunos participantes cambios

relacionados con los valores sociales, tales como, honestidad, libertad, sinceridad, solidaridad, respeto, tolerancia, educación, compañerismo, empatía y menor materialismo e individualismo, las relaciones interpersonales y la ausencia de estigma (véase tabla 3).

Tabla 3 Sociedad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
SOCIEDAD	Ausencia de estigma Valores sociales Responsabilidad personal Sin cambios

Fuente: Elaboración propia

Ausencia de estigma (por los aspectos relacionados con el TMG):

“Que entendieran mejor la enfermedad. No estigmatizarla tanto”. (P1.4).

Valores sociales:

“Lo primero que cambiaría es que no hubiera tanta pobreza, yo veo que el mundo está muy desequilibrado. [...] Que no hubiera esas diferencias tan enormes de pobreza, matar personas por probar armas... yo no puedo con todas esas injusticias”. (P0.5).

“Más tolerante con las edades nuestras, porque ya para mí no hay trabajo, lo he intentado en niveles altos, porque en los bajos no me lo dan. Noto egoísmo por parte de las otras personas. Yo intento dar mucho y lo que me dan es [...]”. (P1.9).

Si bien es destacable que hay participantes que opinan que poco influyen en su felicidad

los demás, otros inciden en la importancia de la responsabilidad personal.

Responsabilidad personal:

“Yo creo que el cambio está en mi al 90%, lo que pasa en el mundo el 10%. Es mi visión y actitud y es lo que hay que trabajar. Hay que creer en uno mismo”. (P1.12).

“No, depende de mí nada más”. (P1.7).

Sin cambios:

“La gente tiene que dejar de vivir en un mundo en el que cree que todo es idílico, que cree que todo lo puede conseguir. No todo se puede conseguir, aunque te esfuerces lo más grande”. (P1.1).

“Yo creo que el mundo debería ser tal cual es”. (P0.4).

Algunos, sin saberlo, utilizan estrategias y tienen valores estrechamente relacionados con la atención plena y la compasión. La atención plena “simplemente parar y estar presente, eso es todo” (Kabat-Zinn, 2005) puede entenderse como un estado o un rasgo que a veces desarrollamos. De igual manera, el deseo de que los demás se encuentren libres del sufrimiento (compasión) o la aceptación radical están presentes en algunas entrevistas y descubrimos cómo influyen en su felicidad.

Responsabilidad personal:

“Cuando tengo un objetivo y las cosas no me salen como yo quiero. Ahora he aprendido a aceptar más las cosas y esperar, todo tiene un porque”. (P1.12).

Valores sociales:

“El intentar consolar y ayudar está cuando una persona es capaz de ver el sufrimiento del otro, no de entenderlo, de verlo”. (P1.1).

“Ver el sufrimiento que existe en el mundo, para darse cuenta de...”. (P1.1).

Se podría pensar que las demandas de cambio de los valores de la sociedad no difieren de los de una encuesta general realizada un día cualquiera, lo único que refleja que las personas entrevistadas pudieran tener una enfermedad, y, sobre todo una enfermedad mental, es la petición de la reducción del estigma que sufren muchos desde el momento del diagnóstico, con una petición clara: “que no hablen por nosotras, el paternalismo, como nos infantilizan, la condescendencia con la que se nos trata” (P1.15).

DISCUSIÓN

Seabra et al. (2018), en su revisión sistemática, no encontraron una definición única de felicidad y concluyeron que no se puede entender la felicidad separada de la experiencia social, bienestar, la recuperación y los factores protectores internos de la persona. En los resultados de esta investigación se identifica claramente que la felicidad es subjetiva y personal, por la diversidad de sus respuestas, que incluyen categorías relacionadas con los objetivos vitales, la normalidad y la salud, coincidiendo con Ferraz et al. (2007), quienes concluyen que la felicidad depende más de aspectos de naturaleza psíquica y de actitud ante la vida que de factores externos. De igual modo, algunas de las codificaciones obtenidas en esta investigación coinciden con las de la investigación de Palmer et al. (2014), resaltando el optimismo, la recuperación y la independencia, además de la importancia del apoyo social y familiar descrito por Greenberg et al. (2006). Asimismo, en las investigaciones sobre la felicidad del siglo XXI, como las de Martín Seligman, se resalta la importancia de las emociones positivas, el compromiso, las relaciones, el sentido y los logros (Seligman, 2011).

En las entrevistas realizadas surgieron respuestas relacionadas con la necesidad de alcanzar un estado funcional óptimo, objetivos vitales y la normalidad. Estas categorías podrían sugerir la presencia de déficit en estos ámbitos de las personas entrevistadas, coincidiendo con los resultados de la investigación de Agid et al. (2012) que concluyen que entre las personas con un primer episodio de esquizofrenia y las personas sin patología mental no se encontraron niveles significativamente diferentes de felicidad, satisfacción o percepción de éxito, sin embargo, presentaron un deterioro significativo en el funcionamiento social y la independencia. Además, como confirma Garay et al. (2014)

destacan que el proceso de recuperación está negativamente afectado por las percepciones y atribuciones de los pacientes, sobre el funcionamiento cognitivo y el estigma.

Aunque Eglit et al. (2018) y Morgan et al. (2016) resaltan que la soledad es un factor que ha supuesto un gran cambio en las vidas de las personas con trastorno psicótico y solo superado por los problemas económicos, en nuestros resultados encontramos como estrategia para alcanzar la felicidad elegir la soledad. Salas y Garzón (2013) ya plantean que el medio para alcanzar la felicidad y la realización personal pasa por tener calidad de vida y las necesidades básicas cubiertas. En esta investigación son pocos los que refirieron presentar estas dificultades, si bien la presencia de las subcategorías: necesidades básicas y felicidad material, confirma los resultados de Salas y Garzón (2013), que, además, nos permite recordar la teoría de la motivación humana de Abraham Maslow (1981).

En los resultados obtenidos en esta investigación, en relación a las estrategias utilizadas o deseadas para alcanzar la felicidad, se encontraron subcategorías relacionadas con: la normalidad; la salud, los tratamientos; el apoyo familiar, las relaciones con los demás y las actividades compartidas; así como, la ausencia del estigma, la aceptación y el optimismo. Dentro de los factores que ayudan a alcanzar la felicidad está la recuperación de la enfermedad (Andresen et al., 2003). Buckland et al. (2013) en su estudio cualitativo con 13 jóvenes con esquizofrenia, concluyen que las barreras que dificultan experimentar la felicidad son: el miedo, el aislamiento, los medicamentos y el deseo de sentirse normal. Shepherd et al. (2008) plantean como necesaria la esperanza y un cambio de identidad personal separada de la enfermedad y afirmaron que “una persona puede recuperar su vida sin necesariamente recuperarse de su enfermedad” (p. 3). Todo esto coincide con los resultados de nuestra investigación en la que plantean que se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga.

Sin embargo, cuando se les pregunta a los participantes qué cambios sociales afectarían a su felicidad demandan cambios en los valores sociales. Dichos cambios contribuirían a la existencia de una sociedad más tolerante, responsable, solidaria, honesta, libre, con una mayor educación, empatía, menos materialista, individualista y sin prejuicios. Los valores presentes en los discursos de algunos participantes están relacionados con los valores de la atención plena o mindfulness, la compasión y la psicología positiva, valores que a su vez están estrechamente relacionados con la felicidad (Cebolla et al., 2017; Lyubomirsky

et al., 2005). Además, los participantes reclaman la necesidad de que se actúe contra el estigma, esto se conseguiría con campañas antiestigma como propone Moloney (2018).

CONCLUSIÓN

Las respuestas de los participantes de esta investigación evidencian que las estrategias para alcanzar la felicidad en las personas con TMG varía ampliamente, no pudiendo apreciar homogeneidad en sus respuestas, como se demuestra al alcanzar un número elevados de subcategorías en la codificación y solamente pudiendo establecer dos grandes categorías, estrategias que dependen de uno mismo y las estrategias que dependen de la interacción con los demás. Por lo tanto, las estrategias para alcanzar la felicidad están dentro de la dimensión personal y dependen de uno mismo, salvo el apoyo familiar, la realización de actividades compartidas con otros, la protección contra el rechazo y el deseo de que acabe el estigma, incluidas en la dimensión interpersonal-relacional. El resto de las estrategias están relacionadas con las características propias de la persona como las fortalezas, los valores, los objetivos personales y la motivación, así como el optimismo o la aceptación. Asimismo, en relación a su salud, esperan que el sufrimiento provocado por la enfermedad desaparezca, claramente entienden que la recuperación será el camino hacia la felicidad.

Las demandas de cambio de los valores de la sociedad no difieren de las de la población general, lo que refleja que las personas entrevistadas pudieran tener una enfermedad mental es la petición de la desaparición del estigma que sufren muchos desde el momento del diagnóstico que les provoca rechazo y discriminación. Se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga.

BIBLIOGRAFÍA

- Agid, O., McDonald, K., Siu, C., Tsoutsoulas, C., Wass, C., Zipursky, R., y Remington, G. (2012). Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research, 141*(1), 98- 103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.012>
- Andresen, R., Oades, L., y Caputi (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Badcock, J., Shah, S., Mackinnon, A., Stain, H., Galletly, C., Jablensky, A., y Morgan, V. (2015). Loneliness in psychotic disorders and its association with

- cognitive function and symptom profile. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.027>
- Buckland, H., Schepp, K., y Crusoe, K. (2013). Defining happiness for young adults with schizophrenia: A building block for recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.07.002>
 - Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler, J., y García-Campayo, J. (2017). Psicología positiva contemplativa: Integrando mindfulness en la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 38(1), 12-18. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816>
 - Edmonds, E. C., Sirkin, A., Palmer, B. W., Eyler, L. T., Rana, B. K., y Jeste, D. V. (2018). Positive mental health in schizophrenia and healthy comparison groups: relationships with overall health and biomarkers. *Aging and Mental Health*, 22(3), 354-362. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1251572>
 - Eglit, G., Palmer, B., Martin, A., Tu, X., y Jeste, D. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLOS ONE*, 13(3), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194021>
 - Ferraz, R., Tavares, H., y Zilberman, M. (2007). Felicidade: Uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234-242. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500005>
 - Fritz, M. M., y Lyubomirsky, S. (2017). Whither happiness? When, How, and Why Might Positive. En *The Social Psychology of Living Well Activities Undermine Well-Being*. (pp. 101-115). Routledge
 - Garay, M., Pousa, V., y Perez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-475. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000300002>
 - Greenberg, J. S., Knudsen, K. J., y Aschbrenner, K. A. (2006). A memorial tribute: Prosocial family processes and the quality of life of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1771-1777. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.12.1771>
 - Kahneman, D., y Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(38), 16489-16493. <https://doi.org/10.1073/pnas.1011492107>
 - Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
 - Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
 - Moloney, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. En *Mens Project Policy Papers*, 75-87.

- Morgan, V. A., Waterreus, A., Carr, V., Castle, D., Cohen, M., Harvey, C., Galletly, C., Mackinnon, A., McGorry, P., McGrath, J. J., Neil, A. L., Saw, S., Badcock, J. C., Foley, D. L., Waghorn, G., Coker, S., y Jablensky, A. (2016). Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(2), 124- 140. <https://doi.org/10.1177/0004867416679738>
- Ørstavik, R. (2017). Helse i hvert smil?. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 137(9), 591. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0376>
- Palmer, B. W., Martin, A. S., Depp, C. A., Glorioso, D. K., y Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 159(1), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>
- Quoidbach, J. (14 de julio de 2021). Tener más tiempo para ti da más bienestar que tener más dinero. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20210714/7601608/mas-ti-da-mas-bienestar-mas-dinero.html>
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., y Lysaker, P. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023>
- Salas, C., y Garzón, M. O. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46
- Seabra, P., Sarreira-Santos, A., Medeiros-Garcia, L., Costa, A., Cardoso, I., y Figueiredo, A. S. (2018). A felicidade em pessoas com doença mental: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 45-53. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0201>
- Seligman, M. (2011). *Florecer*. Océano exprés
- Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Stain, H., Galletly, C. A., Clark, S., Wilson, J., Killen, E. A., Anthes, L., Campbell, L. E., Halon, M. C., y Harvey, C. (2012). Understanding the social costs of psychosis: The experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian national survey of psychosis. *Australian y New Zealand Journal Of Psychiatry*, 46(9), 879-889. <https://doi.org/10.1177/0004867412449060>
- Weiner, A., Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Baloush-Kleinman, V., Maoz, H., y Yanos, P. (2010). Housing Model for Persons with Serious Mental Illness Moderates the Relation Between Loneliness and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 389-397. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9279-3>