



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE
LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS PARA LA MEJORA DEL
BIENESTAR PSICOLÓGICO Y DE LA SALUD

MONTSERRAT AMORÓS GÓMEZ

Directores: Dr. EDUARDO REMOR
Dr. JOSÉ ANTONIO CARROBLES ISABEL

Madrid, Diciembre de 2007

Al meu Avi, Iaies, Pare, Mare, Germana, Tietes, Tiets, Família, per l'amor transmés des de
sempre

Als profesos, companys, amics, i amigues que desprenen amor i emocions en aquest viatge
per les estrelles i els núvols

Als que volen descobrir que les coses es poden veure des d'òptiques diferents

Después de mucho tiempo viajando por los caminos y senderos, parece que la luz del destino está llegando, lo cual implicará buscar nuevos paisajes para descubrir y nuevos caminos por los que volar.

Pero el camino que ahora se termina ha implicado muchas jornadas, mucho sol en la espalda, muchas tormentas, muchas lluvias de estrellas y muchas puestas de sol, todas y cada una de estas experiencias me han enriquecido y fortalecido.

Han existido muchos apoyos, muchas facilidades y algunas barreras, como buen viajante, me he enriquecido con todas las cosas vividas, con las experiencias compartidas y con todas las innumerables sonrisas sinceras.

Gracias a todos los que han hecho del camino un bonito paisaje para disfrutar.

Gracias al apoyo de mi familia, porque sé que tendría que haber estado más tiempo con ellos y no estuve, porque se que siempre estarán y porque continuo aprendiendo de ellos siempre, porque si inicie este gran viaje fue porque ellos me dieron la confianza y el amor para poder emprenderlo, porque me dieron la oportunidad de aprender y disfrutar aprendiendo.

Al apoyo de mi tutor y profesor Eduardo Remor, por compartir tantos momentos y tanto conocimiento, porque el aprendizaje y la formación está impregnada de esos momentos.

A los profesores de la Universidad Autónoma de Madrid, J.A. Carroble, Miguel Costa, Carmen Almendros, por ayudarme en el recorrido.

A todos los profesores, doctores, médicos, personal de la Universidad de El Salvador, porque Aracely y Miguel Ángel, me guiaron por un sendero lleno de bonitas personas, como el Dr. Carlos Hernández Avila y su esposa la Dra. Fátima, que me facilitaron el contacto y el conocimiento en El Salvador.

A Marta Cerezo, que me ayudó, apoyó y coordinó conmigo los grupos de potenciación en el Hospital de Getafe, por su esfuerzo y sus buenos sentimientos hacia el conocimiento y hacia la neuropsicología.

A todos y cada uno de mis amigos, amigas, compañeros y compañeras, a todos los que están conmigo y a los que vendrán.

A mi Guadalupe, y mi Aracely, mis socias y amigas, no hay día que no aprenda algo nuevo con ellas, a la Maria Isabel, por ser como es.

A mis más preciadas amigas y amigos, Marta Gacitúa, Adriana Canales, Paula Trippichio, Lucia Ceja, Alma María Rodríguez, María José de Dios, Juan Pablo Leiva, por los viajes y las experiencias que han hecho que nos encontráramos, para vivir la vida con los ojos bonitos, que implica tener nuestra amistad, a pesar de la distancia. Y a Usman que llegó en la recta final del viaje, la más sinuosa y difícil de alcanzar.

A las familias que han llegado durante el viaje, a Jimena y a Hermes, y a su hijo Leonardo, y a mi otra familia, a mi ahijado Ben, a Anja, y a Peter. A Esther y a su bebé.

Realmente este es un trabajo de muchas bonitas personas que he conocido y que forma parte de todo este viaje, muchas gracias a todos, estáis en mi corazón, y cada vez mi corazón es más grande.

Us estimo
Montserrat Amorós Gómez,
Septiembre de 2007

ÍNDICE

PARTE TEÓRICA	8
Introducción	9
CAPÍTULO 1. Conceptos Básicos de la Psicología Positiva	9
1.1. Antecedentes de la Psicología Positiva	9
1.2. Definición de la Psicología Positiva	12
1.3. Modelo teórico para el estudio de la Psicología Positiva	15
1.4. Instrumentos de evaluación en la Psicología Positiva	17
CAPÍTULO 2. Estudio de los Recursos Psicológicos (RP) y su relación con la Salud y el Bienestar	19
2.1. Comunicación Asertiva	19
2.2. Optimismo	20
2.3. Perdón	25
2.4. Gratitud	27
2.5. Afrontamiento Positivo	28
2.6. Vitalidad y Entusiasmo	31
2.7. Empatía	34
2.8. Potenciación de los RP para la mejora de la Salud y el Bienestar	36
CAPÍTULO 3. El estudio de los efectos de la salud, el bienestar subjetivo y la calidad de vida en la Esclerosis Múltiple (EM)	39
3.1. Conceptos Básicos de la Esclerosis Múltiple y patología asociada	39
3.2. Contribución de la Psicología en la mejora de los pacientes con EM	48
CAPÍTULO 4. Intervenciones en Psicología Positiva	50
4.1. Intervenciones para la mejora del bienestar subjetivo en población sin problemas físicos	51
4.2. Intervenciones para la mejora de la salud en poblaciones con problemas físicos	58

ÍNDICE

CAPÍTULO 5. PARTE EMPÍRICA	61
Introducción	61
Importancia de la Investigación	62
Estudio 1: Diseño y Validación del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos: Aplicación piloto a Estudiantes Universitarios	63
1. Objetivos	63
2. Hipótesis	64
3. Método	64
4. Resultados	72
5. Discusión	81
6. Conclusiones	84
7. Limitaciones del estudio 1	85
Estudio 2: Implementación del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos con Pacientes con Esclerosis Múltiple	86
1. Objetivos	86
2. Hipótesis	86
3. Método	87
4. Resultados	92
5. Discusión	99
6. Conclusiones	103
7. Limitaciones del estudio 2	103
Estudio 3: Aplicación del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos en El Salvador: Grupo de intervención versus Grupo control	104
1. Objetivos	104
2. Hipótesis	104
3. Método	105

ÍNDICE

4. Resultados	111
5. Discusión	131
6. Conclusiones	133
7. Limitaciones del estudio 3	134
Estudio 4: Comparación entre los estudiantes de la Universidad de El Salvador y los estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid	135
1. Objetivos	135
2. Hipótesis	135
3. Método	136
4. Resultados	137
5. Discusión	151
6. Conclusiones	154
7. Limitaciones del estudio 4	154
Referencias bibliográficas	155
Anexos	168
I. Nomenclatura	169
II. Modelo de Formulario para la valoración de la propuesta del programa	170
III. Instrumentos y Variables	171
IV. Supuestos Paramétricos y Fiabilidad	178
V. Guión descriptivo del programa de potenciación	183
VI. Evolución de las muestras	194
VII. Protocolo de Evaluación	195
VIII. Información referente al CD Anexo	210

PARTE TEÓRICA

INTRODUCCIÓN

“The science of psychology has been far more successful on the negative than on the positive side. It has revealed to us much about man’s shortcomings, his illness, his sins, but little about his potentialities, his virtues, his achievable aspirations, or his full psychological height. It is as if psychology has voluntarily restricted itself to only half its rightful jurisdiction, and that, the darker, meaner half “(Maslow, 1954, p. 354).

“One very important area of happiness research that has not yet received attention –attempts to increase personal happiness. No experimental work has been conducted to see if it is possible to boost individuals’ overall, long term sense of felt happiness and well-being” (Fordyce, 1977, p. 511).

“Positive psychology is an umbrella term for the study of positive emotions, positive character traits, and enabling institutions. Research findings from positive psychology are intended to supplement, not remotely to replace, what is known about human suffering, weakness, and disorder. (Seligman, Tracy, Park y Peterson, 2005, p. 410).

Antes de iniciar el viaje a este manuscrito, comentar que durante los años que he dedicado a la investigación de esta tesis doctoral, han sido muchas las nuevas aportaciones que se han ido integrando el marco teórico y los estudios empírico de la tesis.

CAPÍTULO 1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

1.1. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Desde los inicios de la psicología, esta fue investigando conceptos como la histeria, la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia, el estrés post-traumático..., todo un seguido de patologías clínicas que llevaron a la elaboración de un Manual de diagnóstico clínico (DSM) para clasificar a las personas según sus características patológicas. Los psicólogos empezaron a catalogar a los pacientes dependiendo de sus rasgos o características negativas en alguno de los grupos diagnósticos que quedaron definidos en el DSM. En este sentido, la Psicología clínica se guió, principalmente, de los aspectos negativos de las personas, para luego diagnosticar y plantear un plan de acción para intervenir en los aspectos negativos que afectaban a la calidad de vida del paciente. Estos fueron los planteamientos iniciales, y predominantes de la mayoría de investigadores y clínicos de la Psicología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Aunque también, ya desde los inicios hubo investigadores y clínicos que postularon un cambio en el paradigma de clasificar y diagnosticar a los pacientes. Entre ellos estaba Rogers (1961), su teoría estaba construida a partir de una sola “fuerza de vida” que llamaba la tendencia actualizante. Se define como una motivación innata presente en todos, dirigida a desarrollar nuestras potencialidades hasta el mayor límite posible. Rogers entendía que, todas las personas persiguen hacer lo mejor de su existencia, y si fallan en su propósito, no será por falta de deseo. La terapia que utilizaba era la terapia centrada en el cliente, el paciente era el que debía decir lo que estaba mal, hallar formas de mejorar y de determinar la conclusión de la terapia.

Maslow (1954, 1962), postulaba que en los seres humanos hay una tendencia innata a sacar el mayor partido posible de sus propios talentos y potencialidades, tendencia que él denominó autorrealización. Maslow también propuso una ordenación jerárquica de los motivos, conocida como la pirámide motivacional de Maslow (1962). Para él la persona tiene la capacidad inherente de autorealizarse, y este crecimiento personal gobierna y organiza todas las demás necesidades. Las necesidades humanas siguen para Maslow un orden concreto;

primero están las fisiológicas (como la regulación de la temperatura corporal, el hambre, la sed y todo lo que conlleva la supervivencia del organismo), luego la necesidad de seguridad (protección), la de afiliación (afecto y pertenencia a un grupo), la de autoestima y finalmente la de autorrealización. La autorrealización fue definida como un estado en el cual se tiene acceso directo al amplio rango de talentos y fortalezas, además, en su conocido libro titulado *Motivación y Emoción* (1954), incluyó un capítulo titulado “Hacia una psicología positiva”, el cual trata sobre esta temática.

Jahoda (1958), contemporánea de los autores anteriores, define el concepto de salud mental positiva, en su libro “Current concepts of positive mental health”, en el cual describe las causas del bienestar, el cual no es simplemente la ausencia de trastornos o de estrés. La autora propuso seis criterios generales que contribuyen en la salud mental positiva: 1). Actitudes hacia sí mismo, 2) Crecimiento, desarrollo y autoactualización, 3). Integración, 4). Autonomía, 5). Percepción de la realidad, y 6). Dominio del entorno.

En los años ochenta y noventa, la investigación en psicología cognitiva sobre la información positiva revelaba que tiene en sí misma una enorme relevancia en muchos procesos psicológicos. Se comprobó que los sesgos positivos en la sensación de control (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, y Gruenwald, 2000), el recuerdo de elementos positivos (Matt, Vázquez y Campbell, 1992) o las atribuciones causales (Mezullis, Abramson, Hyde y Hankin, 2004), estaban ligados de un modo posiblemente protector a la salud física y mental (Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

Carol Ryff y su equipo de investigación (Ryff, 1989, 1995; Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 1998), identificaron los componentes psicológicos del bienestar, proponen que el funcionamiento psicológico estaría conformado por una estructura de seis factores: autoaceptación, crecimiento personal, propósitos de vida, relaciones positivas con otros, dominio medio ambiental y autonomía.

Albee (1982) fue uno de los primeros en crear programas de prevención basado en el concepto de bienestar, y Blackledge y Hayes (2001) pioneros en diseñar una terapia para ayudar a los clientes a clarificar y desarrollar su valor.

Estos iniciales cambios en el foco de estudio de la psicología, permitieron que a raíz de estos conocimientos, los investigadores se interesaran en sus formulaciones y empezaran a crear una nueva perspectiva de la psicología, la cual permitiera observar, evaluar, e intervenir sobre las emociones, los rasgos, y las motivaciones que hacen que las personas se sientan bien, con el objetivo de crear programas de intervención para aumentar estas variables positivas, las cuales ayudan a mejorar la salud, y la percepción subjetiva de bienestar.

No fue hasta principios del 2000, cuando la revista *the American Psychologist* publica un monográfico dedicado a una nueva perspectiva de la Psicología, llamada Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Ésta estudia los rasgos, las emociones, y las instituciones que favorecen la calidad de vida y el bienestar en las personas. Dentro de esta perspectiva, ya no se clasifica a las personas, por sus rasgos negativos, sino que se elabora un manual para clasificar los rasgos disposicionales positivos, permitiendo evaluarlos y diseñar programas de intervención para potenciar o aumentarlos. A nivel científico se ha demostrado que los rasgos positivos aumentan la calidad de vida y el bienestar (Linley y Joseph, 2004).

La psicología positiva surgió como necesidad complementaria al modo habitual de contemplar la realidad psicológica (Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

Quedó definido el estudio científico y práctico de la Psicología Positiva, la cual, en su inicio pretendía ser un complemento necesario para la existente investigación en psicología, facilitando el tratamiento integral de las personas y pacientes. En estos momentos, la investigación en Psicología Positiva quiere impregnar a toda la psicología con el estudio de los aspectos positivos (Linley, Joseph, Harrington, y Word, 2006).

1.2. DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Existen muchas definiciones de la Psicología Positiva entre las se destacan las siguientes:

- *La psicología positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman 2003; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).*
- *Es el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades, permitiendo averiguar que palabras, que es lo óptimo y que es lo mejorable... la psicología positiva es simplemente psicología (Sheldon y King, 2001).*
- *El propósito de la psicología positiva ha sido contribuir al estudio de las condiciones y procesos relacionados con el desarrollo óptimo de los individuos, grupos e instituciones (Gable y Haidt, 2005).*
- *La psicología positiva es la perspectiva científica que estudia las características que hacen que la vida tenga valor. Se centra en los aspectos de la condición humana que conducen a la felicidad, a la realización y a la prosperidad (Editorial, The Journal of Positive Psychology, 2005 citado en Linley, Joseph, Harrington y Word, 2006, p. 5).*
- *El objetivo de la psicología positiva puede ser entendido desde una perspectiva metapsicológica: El objetivo de la psicología positiva es empezar a catalizar un cambio en el foco de la psicología, de preocuparse sólo de la reparación del daño al estudio y construcción de las cualidades positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).*

Después de las diferentes definiciones, se puede definir la Psicología Positiva como:

El estudio de los recursos psicológicos de las personas, los cuales contribuyen en la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la salud. La investigación dentro de este campo va dirigida a observar, evaluar y crear programas de potenciación de los recursos psicológicos.

Se analizan los conceptos que forman parte de la definición:

- *Los Recursos Psicológicos*, se puede operacionalizar este constructo como un conjunto de variables que facilitan el desarrollo de la vida, las cuales varían a lo largo de nuestra vida, pudiendo ser potenciadas a través de un aprendizaje o por experiencias previas. Los índices de estas variables también varían dependiendo de la situación en la que nos encontremos.
En este sentido, se puede encontrar a personas que tienen altos índices de optimismo (es un recurso psicológico) sobre su situación familiar, porque han formado un núcleo de confianza fuerte, pero en cambio su índice de optimismo a cerca de su futuro en el trabajo, no es tan elevado. Los recursos psicológicos son considerados rasgos disposicionales (positivos). Son recursos psicológicos el Optimismo, la autoestima, la vitalidad, el entusiasmo, el afrontamiento positivo de las situaciones, el perdón, la gratitud, la empatía, el sentido del humor entre otros conceptos.
- *Calidad de vida*, dentro de las múltiples definiciones que existen de Calidad de vida, se puede conceptualizar como el conjunto de aspectos físicos, psicológicos, económicos, sociales, grupales, que hacen que las personas se sientan satisfechas con sus vidas. Los recursos psicológicos, cubrirían la parte psicológica que forma la definición.
- *Bienestar Subjetivo*, es la percepción subjetiva y positiva de la persona sobre su vida.
- *Salud*, la definición que proviene de la Organización Mundial de la Salud, describiéndola como un estado de satisfacción personal integrado por los aspectos físicos, psicológicos y sociales de las personas.

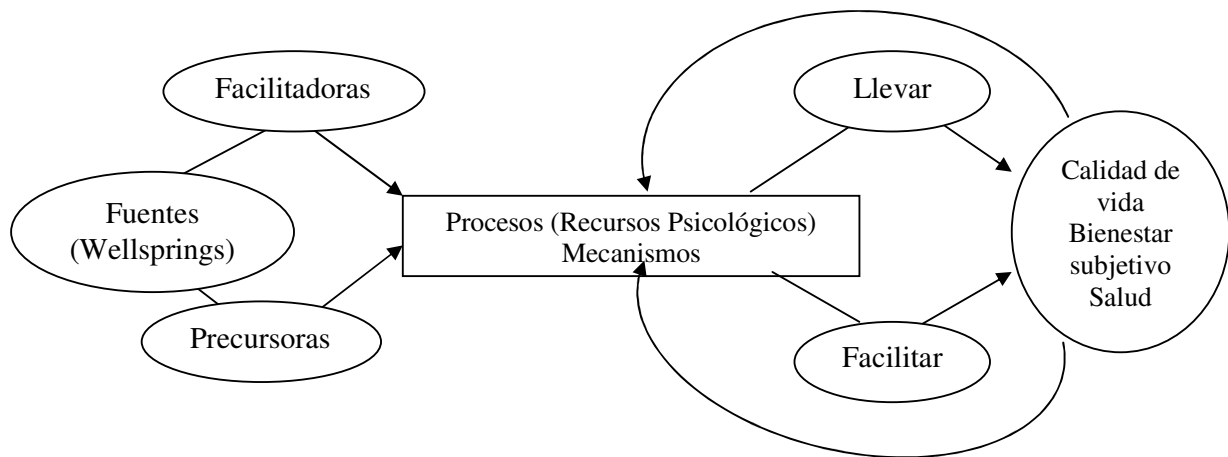
- *Observar*, a través de la psicología positiva, se puede analizar y estudiar los recursos psicológicos que tienen las personas, y las diferencias en los colectivos, ya sean culturales, cronológicos, de género...
- *Evaluar*, observados los recursos psicológicos que se disponen y facilitan la vida, analizarlos y evaluarlos de forma sistemática, permite la descripción de estas variables, así como la posibilidad de extraer conclusiones para su potenciación y fortalecimiento.
- *Intervenir*, después de la evaluación, establecer planes de trabajo para potenciar y fortalecer los recursos psicológicos que en su magnitud estén disminuidos o atenuados.

Con esta definición, se puede concretar que los recursos psicológicos son variables disposicionales, las cuales podrán ser potenciadas y fortalecidas para ayudar a incrementar la salud general, la calidad de vida, y el bienestar subjetivo de las personas.

1.3. MODELO TEÓRICO PARA EL ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Para el estudio de los recursos psicológicos basando en la perspectiva de la psicología positiva se utilizó la adaptación del modelo pragmático de Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006), ver Figura 1.

Figura 1: Modelo pragmático de Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006).



Este modelo pragmático plantea diferentes variables que promueven, y facilitan la calidad de vida, las variables implicadas son las fuentes (Wellsprings) facilitadoras y precursoras de los procesos y mecanismos. Las fuentes incluyen aspectos genéticos y experiencias tempranas las cuales permiten el desarrollo de los recursos psicológicos y de los mecanismos o recursos no psicológicos. Se entiende por fuentes, aquellas variables que permiten disponer a cada persona de una carga o de un grado diferente de recursos psicológicos, los cuales podrán ser potenciados, facilitados o reforzados por las experiencias, la educación, etc.

Los procesos o recursos psicológicos, son los ingredientes psicológicos que llevan a que las personas tengan bienestar y calidad de vida, o que a pesar de los obstáculos encontrados en la vida, puedan encontrar un significado a lo vivido y poder salir adelante. La psicología positiva tiene como objetivo buscar los factores que facilitan el funcionamiento óptimo de las personas para poder prevenir el sufrimiento, aumentando y potenciando estos recursos.

El otro constructo planteado son los mecanismos (factores extra-psicológicos o recursos no psicológicos) definidos por los factores sociales, institucionales, económicos, comunitarios, etc., que forman parte de la vida, los cuales pueden facilitar o impedir la buena vida.

Finalmente, los resultados (en inglés outcomes) que se obtienen a partir de las otras variables, se definen como estados subjetivos, situaciones sociales y/o culturales que caracterizan la buena vida. Se incluyen factores como la felicidad, el bienestar, la satisfacción, la salud (estos a nivel subjetivo), las comunidades positivas e instituciones que apoyan la buena vida (a nivel interpersonal), y los aspectos políticos, económicos, y ambientales que promueven la armonía y la tolerancia (a nivel social).

A medida que se tienen mejores índices de calidad de vida, bienestar y salud, afectará a los recursos psicológicos potenciándolos y mejorando sus índices, lo cual actúa de forma retroactiva.

1.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Las investigaciones iniciales, dentro de la perspectiva de la psicología positiva, permitió que se elaborara el primer instrumento de evaluación de fortalezas y virtudes de las personas. Este instrumento se llamó VIA (Values in Action, Peterson y Seligman, 2004), es un inventario que consta de 240 ítems con 5 opciones de respuesta tipo likert. Se evalúan 24 fortalezas que quedan clasificadas en 6 virtudes, las virtudes y las fortalezas son las siguientes:

A. La virtud de Sabiduría y conocimiento, que incluye las siguientes fortalezas: 1. Curiosidad e interés por el mundo, 2. Amor por el conocimiento y el aprendizaje, 3. Juicio, pensamiento crítico, mentalidad abierta, 4. Ingenio, originalidad, inteligencia práctica, 5. Perspectiva

B. La virtud del Coraje, que incluye las fortalezas de: 6. Valentía, 7. Perseverancia y diligencia, 8. Integridad, honestidad, autenticidad, 9. Vitalidad y pasión por las cosas

C. La virtud de la Humanidad, definido por las siguientes fortalezas: 10. Capacidad de amar y ser amado, 11. Simpatía, amabilidad, generosidad, 12. Inteligencia emocional, personal y social

D. La virtud de la Justicia, incluyendo las fortalezas: 13. Ciudadanía, civismo, lealtad, trabajo en equipo, 14. Sentido de la justicia, equidad, 15. Liderazgo

E. La virtud de la Moderación, definido por las fortalezas: 16. Capacidad de perdonar, misericordia, 17. Modestia, humildad, 18. Prudencia, discreción, cautela, 19. Auto-control, auto-regulación

F. La virtud de la Trascendencia, quedando definida por las fortalezas: 20. Apreciación de la belleza y la excelencia, capacidad de asombro, 21. Gratitud, 22. Esperanza, optimismo, proyección hacia el futuro, 23. Sentido del humor, 24. Espiritualidad, fe, sentido religioso.

En el momento del desarrollo empírico de esta Tesis Doctoral el VIA no estaba disponible en versión española.

Otro instrumento para la evaluación de los recursos psicológicos es el IRP (Inventario de Recursos Psicológicos, Martínez de Serrano, 2007). Este instrumento evalúa 14 recursos psicológicos: Optimismo, Sentido del humor, Espiritualidad, Valentía, Perdón, Creatividad, Vitalidad, Justicia, Autocontrol, Inteligencia Emocional, Solución de Problemas, Amar y Dejarse amar, Mentalidad Abierta e Inteligencia Social.

Este instrumento se elaboró a partir de un modelo hipotético obtenido a partir de la revisión teórica realizada por los autores del instrumento, el cual fue sometido a una evaluación interjueces, posteriormente se aplicó el instrumento a una muestra Española y Salvadoreña. Se depuraron los ítems y de extrajeron los 14 factores resultantes. El inventario quedó definido por 77 ítems con 4 opciones de respuesta (0= totalmente de acuerdo, 1=de acuerdo, 2=en desacuerdo, 3=en total desacuerdo).

Este instrumento es de los primeros que evalúa el constructo de Recursos Psicológicos, se elaboró con población hispanohablante, y obtiene baremos para población Española y Salvadoreña.

CAPÍTULO 2. ESTUDIO DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD Y EL BIENESTAR

“Applied positive psychology is the application of positive psychology research to the facilitation of optimal functioning” (Linley y Joseph, 2004, p.4).

Se describen, a continuación, los Recursos Psicológicos que se investigaron.

2. 1. LA COMUNICACIÓN ASERTIVA

La comunicación asertiva es aquella que permite expresar y escuchar emociones y sentimientos tanto por parte del interlocutor como por aquél que escucha. Este recurso psicológico está definido por comportamientos que resultan efectivos para que el interlocutor exprese y muestre sus preocupaciones, objetivos, intereses y necesidades, sus valores y sus habilidades.

Según Delamater y McNamara (1986) se trata de la expresión honesta y legítima de los propios derechos, sentimientos, creencias e intereses sin violar o menospreciar los derechos de los demás.

En su revisión, Rich y Schroeder (1976), encuentran definiciones similares que definen el concepto asertividad como el comportamiento que permite a la persona actuar en su propio interés, defenderse sin caer en la ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los de los demás.

Según Costa y López (1996), se puede caracterizar la asertividad como:

- Asumir una postura activa, manteniendo contacto visual, adoptando una expresión facial de atención, informando al interlocutor a través de señales verbales y no verbales de que, en efecto, se está escuchando con sumo interés, tomando notas si procede, adoptando una expresión facial adecuada a los sentimientos que transmite.
- Observar cuidadosamente mientras se escucha, se escucha mejor quien observa por sistema el comportamiento de su interlocutor prestando atención a lo que dice y, sobre todo, a cómo lo dice, y tratando de descifrar cómo se siente y qué está comunicando.

- Estimular y preguntar, dar señales al interlocutor que denotan que se tiene interés acerca de lo que está diciendo y que se desea más información.
- Pedir aclaración y orientación y ayudar al interlocutor si es necesario.

Autores como Libet y Lewinsohn, 1973, encontraron que las personas deprimidas eran las que tenían menos asertividad, les costaba más expresar su desacuerdo y pedir cambios en el comportamiento de los demás (Chan, 1993). Existen estudios que describieron que las personas con altos niveles de ansiedad eran menos asertivas (Anderson, 1997).

Wolpe en 1969, postulo un modelo para explicar como se relacionaban la ansiedad y la asertividad. Propuso que la elevada ansiedad actuaría como un mecanismo inhibitorio impidiendo la ejecución por parte del sujeto de respuestas asertivas, lo cual daría lugar a un creciente déficit en este tipo de comportamientos comunicativos.

Hay diversas investigaciones que coinciden en afirmar que el Entrenamiento en Asertividad es eficaz para mejorar el grado de asertividad de los sujetos (Rathus, 1972; Brown y Carmichael, 1992; Al-Kubairy y Jassim, 1994); así como para disminuir sintomatología ansiosa y depresiva (Sánchez, Lewinsohn y Larso, 1980).

2.2. EL OPTIMISMO

El Optimismo como recurso psicológico ha sido una de las variables más estudiadas desde esta perspectiva, son muchos los estudios que han relacionado el optimismo con la salud, la calidad de vida y el bienestar (Scheier y Carver, 1987, 1993; Peterson, 2000).

De las diferentes aproximaciones a esta variable, se han utilizado los modelos de Peterson y Seligman (1984), los cuales definen el estilo explicativo pesimista y optimista, y el enfoque de Scheier y Carver (1985), Optimismo disposicional.

El estilo explicativo proviene de la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), como una forma de explicar las diferencias individuales a las respuestas de los eventos negativos que les suceden a las personas. Se postula que los estilos explicativos son los criterios que solemos utilizar para explicarnos a nosotros mismos porque nos suceden las cosas.

La reformulación del modelo de indefensión aprendida, define los estilos explicativos de los sujetos, describiendo las personas que van a evitar afrontar el problema, es decir van a darse por vencidas, de forma inmediata, delante de la situación problemática y aquellas que la van a afrontar de forma satisfactoria, y no van a rendir pese a las adversidades. Así para los acontecimientos negativos, aquellas que no los afrontan, suelen utilizar los criterios que definen la indefensión aprendida. En cambio, otras personas utilizan las estrategias de afrontamiento dirigidas a resolver los problemas, resultando ser pautas satisfactorias sin llegar a experimentar la indefensión aprendida.

El estilo explicativo está conceptualizado por el polo pesimista y el polo optimista. Así tendremos dos estilos explicativos, el optimista y el pesimista. Quedando definidos de la siguiente forma: Estilo Explicativo Pesimista (EEP) como la tendencia a explicar los malos sucesos o eventos negativos con una causa interna a uno mismo, esta causa estable en el tiempo y su efecto global a todos sus ámbitos de la vida. Estilo Explicativo Optimista (EEO) es la tendencia a explicar los malos sucesos con una causa externa a uno mismo, a no ser estable en el tiempo y a ser específico de ese ámbito concreto (Peterson y Seligman, 1984).

En resumen, los investigadores encontraron que el optimismo, se puede explicar, en función de los estilos explicativos que utilizan las personas sobre los hechos negativos ocurridos en el pasado, y como estos estilos, influyen en la forma de percibir los próximos sucesos y situaciones. Los estilos explicativos son el mecanismo central de esta teoría.

Los estilos explicativos están formados por tres dimensiones, cada una con su polo opuesto:

(a) Internalidad / Externalidad: Definido como el grado en que uno se considera responsable del suceso.

(b) Estabilidad /Inestabilidad: Cuando la causa del suceso está presente durante todo el tiempo; su contrario sería transitoriedad, o inestabilidad.

(c) Globalidad / Especificidad: Cuando un aspecto del suceso o de su explicación domina a todos los otros aspectos de la vida de la persona; su opuesto es circunstancial o específico.

De esta forma, los optimistas se definirían como personas con estilos explicativos caracterizados por las dimensiones de externalidad, inestabilidad, y especificidad; en contrapartida, los pesimistas, estarían caracterizados por los polos de internalidad, estabilidad y globalidad.

La investigación en este campo ha sido fructífera, así Burns y Seligman (1989) encontraron que los estilos explicativos para los sucesos felices o positivos, podían modificarse, a lo largo de los 50 años que duró su estudio, pero los estilos explicativos para lo malo eran muy estables durante el tiempo. Se extrae de esto, que nuestra visión de los acontecimientos que nos disgustan se mantienen, casi sin variantes, durante toda la vida. Kamen, Rodin y Seligman (1987) encontraron que los individuos que tenían el estilo explicativo pesimista tenían una reducción del funcionamiento del sistema inmunológico, en comparación con los que tenían el estilo explicativo optimista. Además Peterson (1988) encontró que en el período de 1 año de seguimiento, los que tenían el EEP iban más al médico que los que tenían el EEO. Peterson, Seligman y Vaillant (1988) observaron en su estudio longitudinal que los hombres que a la edad de 25 años tenían el EEP presentaban menos niveles de salud durante su vida posterior, en comparación con los que presentaban el EEO. Otro ejemplo, Peterson y De Avila (1995) encontraron que el EEO estaba asociado con la creencia que la salud puede estar controlada por los mismos sujetos, es decir, estos sujetos tienen el control y la capacidad para hacer cosas para reducir los factores de riesgo para la salud. En la investigación de Peterson, Seligman, Yurko, Martín y Friedman (1998) encontraron que los que tenían el EEP eran los que tenían más probabilidad de morir en accidentes, además estos investigadores sugirieron que las muertes por cáncer y enfermedades cardiovasculares podrían estar asociadas a los pensamientos pesimistas.

La investigación en el estilo explicativo ha ido progresando y se está analizando la dimensionalidad de este concepto, ya que la dimensión internalidad ha sido la que menos apoyo metodológico ha tenido. Tiene correlaciones más inconsistentes que las dimensiones globalidad o estabilidad (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). Dykema, Bergbower y Peterson (1995) encontraron que la dimensión Estabilidad y globalidad influenciaban en la salud física, en el sentido que a más puntuaciones en las dimensiones estabilidad y globalidad más problemas de salud. En cambio con la dimensión Internalidad no se establecía esta relación. Así se están realizando investigaciones para definir las dimensiones que forman el estilo explicativo.

En resumen, los resultados de las investigaciones nos sugieren que las personas que tienen el EEO son las que tienen mejor salud, menos enfermedades, mejor funcionamiento del sistema inmunológico, así como, una menor tasa de mortalidad, en comparación con los que tienen el EEP.

El segundo modelo conceptual es la teoría sobre el optimismo disposicional de Scheier y Carver (1985), se han interesado por el optimismo como una variable disposicional de la personalidad, definiéndola como “la expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas que podrían resultar beneficiosas para la salud” (Scheier y Carver, 1987, p. 170).

Estos autores toman como punto de partida un modelo de autorregulación de conducta, el modelo asume que, cuando surgen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar objetivos, en tanto que las expectativas desfavorables reducen tales esfuerzos, a veces hasta el punto de desentenderse totalmente de la tarea. Dentro del modelo, el optimismo y el pesimismo serían considerados como expectativas generalizadas (favorables y desfavorables respectivamente) acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Tales expectativas se consideran además como disposiciones estables (es decir, rasgos), así Scheier y Carver definen el Optimismo Disposicional (Ferrando, Chico y Tous, 2002).

Así el eje de la idea principal es que, las acciones de la gente se ven en gran medida afectadas por sus creencias acerca de los probables resultados de tales acciones (Scheier y Carver, 1987). Es decir, nuestras creencias o expectativas (favorables o desfavorables) pueden explicar nuestras acciones. Dado que los problemas cotidianos suelen ser muy generales o estar determinados por múltiples factores, lo idóneo sería dirigir la atención hacia cuáles son las expectativas generalizadas de resultados que posee la gente. Parece interesante pensar que las expectativas generalizadas pueden jugar un papel relevante, con un nivel de mayor o menor impacto, sobre las contrariedades que surgen en el curso del día a día. Esperar los mejores resultados, tener confianza en uno mismo a la hora de afrontar cualquier obstáculo a lo largo de nuestra vida, parecen aspectos positivos en los procesos de ajuste vital de los individuos (Scheier y Carver, 1982).

Las distintas investigaciones a partir de los descubrimientos de estos autores, han analizado cómo la variable optimismo influye sobre la salud física y en que medida sitúa a las personas en unas condiciones favorables para afrontar el estrés. Uno de los trabajos de Scheier y Carver realizado en 1985 destacó que el optimismo se asociaba negativamente en el informe de síntomas en los dos períodos de evaluación del estudio. Las personas consideradas como optimistas al principio de la investigación también eran aquellas que señalaban menos síntomas a lo largo del tiempo.

Otro estudio de los mismos autores pero, realizado con pacientes sometidos a operaciones de by-pass del año 1989, se encontró que el optimismo ejerce un fuerte y destacado efecto sobre el bienestar del paciente, tanto durante como inmediatamente después de la operación. Los optimistas mostraron una recuperación más rápida y menos complicaciones que los pesimistas (Scheier y Carver, 1989). También, se estudió con mujeres con cáncer de mama, (Scheier y Carver, 1993), obteniendo unos resultados en la misma línea que los anteriores, ya que las mujeres que puntuaron alto en optimismo, se sentían menos angustiadas que las pesimistas.

Los resultados apoyan la relación optimismo-bienestar físico, pero los autores se preguntaron qué mecanismos están subyaciendo a esta relación. Lo que los autores proponen, hace referencia a que la diferencia entre optimismo y pesimismo, se podría derivar, de los distintos modos en que este tipo de personas seleccionan y utilizan las estrategias de afrontamiento al estrés (Scheier y Carver, 1987). Un número considerable de estudios han explorado el impacto que la variable de Optimismo Disposicional tiene sobre el afrontamiento (Scheier y Carver, 1985). Estos resultados indican un efecto favorable del optimismo sobre el afrontamiento conductual y parece ser importante para afrontar con mayor posibilidad de éxito las situaciones estresantes (Scheier y Carver, 1993). Los pesimistas, por otra parte, tienden a focalizarse en sus emociones negativas, distanciamiento mental y negación de la realidad (Boland y Cappeliez, 1997). En este sentido, se puede decir que el optimismo disposicional es un mediador de la forma en cómo las personas afrontan las situaciones estresantes (Chico, 2002). Parece que los optimistas utilizarían estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, incluyendo estrategias de afrontamiento cognitivo y tenderían a no utilizar estrategias que supondrían un distanciamiento con la situación estresante (Fontaine, Manstead y Wagner, 1993)

Los optimistas utilizan estrategias de afrontamiento diferentes a las usadas por los pesimistas, señalando que los optimistas no sólo tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento

centradas en el problema que los pesimistas, sino que, además, cuando no existen posibilidades reales de solucionar el problema, también utilizan estrategias centradas en la emoción que resultan igualmente adaptativas, tales como: aceptación, utilización del humor, y reinterpretación positiva de la situación. Mientras que, los pesimistas tienden a caracterizarse por negar las situaciones estresantes y, por desentenderse tanto conductual como mentalmente de las metas con las que está interfiriendo el estresor, dejando de lado, la posibilidad de poder hacer algo para resolver el problema ante el que se encuentra (Scheier, Weintraub y Carver, 1986, Scheier y Carver, 1987,1993, Scheier , Carver, y Bridges, 1994)

Parece ser que si bien los optimistas usan como primera opción las estrategias centradas en el problema, esto no constituye una limitación, priorizando la utilización de una estrategia adecuada a la situación (ya sea centrada en el problema o centrada en la emoción).

2.3. EL PERDÓN

El Perdón es una respuesta psicológica positiva a un daño interpersonal (Emmons y McCullough, 2003; McCullough y Worthington, 1999).

McCullough, Worthington, y Rachal (1997) conceptualizaron el perdón como los cambios positivos que se producen en la persona que recibe la agresión hacia el transgresor. Cuando la persona perdona, su venganza o sentimientos negativos iniciales, cambian hacia sentimientos de benevolencia.

Existen estudios que han indicado que el perdón puede causar una reducción del estrés así como un mejor funcionamiento del sistema nervioso simpático. Witvliet, Ludwig, y Vander Laan (2001) realizaron un estudio, en el cual, a un grupo de participantes les dijeron que se imaginan que perdonaban una transgresión que les había ocurrido en su vida, y otro grupo que se imaginaran que no perdonaba la transgresión sucedida. Los resultados que obtuvieron fueron que los que se imaginaron que había perdonado tenían mejores índices de presión sanguínea, tasa cardiaca, y también mejor conductancia en la piel, y mejor electromiograma, no sucediendo así con los que no perdonaron, los cuales tenían mayores índices de estas variables fisiológicas. A la conclusión a la que llegan los investigadores es que, las personas que no perdonaron se acordaban del suceso, lo cual hizo que se intensificaran sus sentimientos negativos, su enfado, y sintieran menos control de la situación. En la misma dirección son los estudios de Lawler, Younger, Piferi, Billington, Jobe, Edmondson, y Jones (2003), reportaron

resultados similares, encontraron que las personas que habían perdonado tenían menos reactividad cardiovascular que aquellos participantes que no habían perdonado la transgresión.

Estos resultados sugieren que el perdón puede disminuir el estrés, la reactividad neuroendocrina y cardiovascular cuando las personas piensan sobre la transgresión que les había ocurrido.

Thoresen, Harris, y Luskin, (2000) investigaron los mecanismos psicosociales que podían estar explicando la relación entre perdón y el bienestar físico. Sugirieron que el perdón podría llevar a incrementar el pensamiento optimista, y disminuir la desesperanza, incrementar la autoeficacia, aumentar los niveles de percepción social y el apoyo emocional.

Perdonar está relacionado negativamente con sentimientos de culpa, pensamientos de venganza, y estar a la defensiva, estas fueron a las conclusiones que llegar los investigadores, Greenwald y Harder (1994).

Bono y McCullough (2006) proponen 3 factores cognitivos y emocionales que facilitan o refuerzan el perdón:

1. Empatía con el transgresor, las personas que perdonan a sus transgresores tienen la tendencia a tener altos niveles de empatía con ellos (McCullough, Rachal, Sandage, Worthington, Brown, y Hight, 1998; Zechmeister y Romero, 2002).
2. Reconocer los propios defectos. Takaku (2001) obtiene en sus estudios que la empatía puede aumentar hacia el transgresor cuando la persona agredida experimente disonancia cognitiva, es decir cuando la víctima piensa que tal vez ella sería la personas agresora.
3. Rumiaciones sobre la transgresión, las rumiaciones sobre situaciones negativas no es muy adaptativo. Las rumiaciones son procesos cognitivos importantes para la explicación de la depresión, el abuso al alcohol (Nolen-Hoeksema, 1998; Nolen-Hoeksema y Harrell, 2002), y los trastornos ansiosos (Clark, 2001). Los investigadores sospechan que las rumiaciones pueden ser uno de los mayores factores para los sentimientos de venganza (McCullough et al., 1998).

2.4. LA GRATITUD

Materialistic strivings have been implicated as a cause of unhappiness. Gratitude, on the other hand – both in its manifestations as a chronic affective trait and as a more temporary emotional experience – may be a cause of happiness (Polak y McCullough, 2006, p. 343).

Como comentan Polar y McCullough (2006), la gratitud es una manifestación de un afecto hacia alguien, una experiencia emocional positiva de forma temporal. Puede ser definida también, como una respuesta psicológica positiva a un beneficio interpersonal (Emmons y McCullough, 2003; McCullough y Worthington, 1999).

McCullough, Kilpatrick, Emmons y Larson (2001) y McCullough, Emmons y Tsang (2002), conceptualizaron la gratitud como una emoción, la cual puede tener el poder de provocar un cambio a nivel social, motivacional, y de relaciones sociales para reducir el materialismo y los efectos negativos que se deriven de él, y que causan deterioro en el bienestar psicológico. En este sentido, la gratitud actuaría como una variable favorecedora de las relaciones sociales, previniendo el materialismo.

Bertocci y Millard (1963), definieron que la gratitud es el reconocimiento que una persona ha sido el beneficiario de la amabilidad de otro. Emmons (2004) y McCullough et al. (2002) lo definen como el reconocimiento y la apreciación de un regalo altruista. Proponiendo que la gratitud es el resultado de dos cogniciones:

- a) Una persona obtiene un resultado positivo.
- b) Un agente externo es el responsable de ello.

Por otra parte, McCullough et al. (2001) conceptualizan la gratitud como una emoción moral, porque es el resultado y la causa del comportamiento, motivado por otras personas. Proponen que la gratitud tiene tres funciones:

- a) Sirve como un barómetro moral, porque proporciona una lectura del significado moral de la situación. Señala el reconocimiento que uno ha sido el beneficiario de la acción benevolente de otra persona.
- b) Puede actuar como motivador moral en la persona en respuesta a la benevolencia.

c) Juega el rol de reforzar la moral porque, expresa una gratitud al benefactor, es un premio social, por lo tanto ánima al benefactor a prometerse en otras formas de comportamiento prosocial en el futuro.

Existen una variedad de estudios que han demostrado que la gratitud está positivamente relacionada con el bienestar, en este sentido, la investigación de McCullough, Tsang y Emmons (2004) encontraron que las personas altas en satisfacción con la vida, afecto positivo, optimismo, y bajos niveles de síntomas depresivos, tenían la tendencia a experimentar altos niveles de gratitud, de ser agradecidos, por contrapartida, altos niveles de síntomas depresivos estaban asociados negativamente con el agradecimiento. Como conclusión sugirieron que las personas agradecidas mostraban estar más felices, más optimistas, tener más satisfacción con sus vidas, tener menos ansiedad y depresión que aquellas personas que se mostraron menos agradecidas.

En esta misma línea está la investigación realizada por McCullough et al. (2002), los cuales obtienen que la gratitud se asocia positivamente con los rasgos afectivos (la esperanza, el optimismo, y la vitalidad), con las emociones positivas, la felicidad, y la satisfacción con la vida.

2.5. AFRONTAMIENTO POSITIVO

“Los problemas son sólo problemas, no catástrofes y que continuamente tendremos que hacer frente a numerosas situaciones frustrantes e incluso angustiosas pero con refuerzo se verá que el control sobre los acontecimientos externos va aumentando progresivamente con lo que ganará en autoconfianza y capacidad de decisión” (Álvarez, 1997, p.34).

Este recurso psicológico se conceptualizó como la utilización de la mejor alternativa para la resolución de un conflicto o problema, evaluando previamente todas las posibilidades.

A continuación se hace una lista, de las diferentes fases que Álvarez (1997) menciona como una guía alternativa para solucionar problemas de la forma más óptima y positiva:

1. Descripción del problema y valoración de su intensidad:

Describir de forma breve y completa en que consiste el problema para lo cual se recomienda hacerlo de forma escrita, y una vez plasmada en el papel se le dará un valor del 1 al 10 tomando a consideración que el 1 significa nulo malestar ante el conflicto y el 10 demasiado malestar ante el conflicto. Después de haber valorado el problema se anotará el porque se considera dicha intensidad de preocupación ante la problemática.

2. Especificación del problema:

Desmenuzar todo lo posible los componentes de la situación y de las respuestas, especificar de forma clara y completa los componentes que caracterizan al problema, es decir, las razones que se dan a ellos mismos y a los demás para justificar la situación conflictiva:

3. Redefinir el problema:

Es lograr ver el problema desde otra perspectiva es decir reestructurarlo, para lo cual se necesita leer todo lo plasmado anteriormente y cambiar cualquier dato que parezca poco exacto a la situación problema y añadir la nueva información que haya surgido a raíz de la redefinición del problema, para lo cual es importante situarlo en una nueva perspectiva

4. Determinar Objetivos:

Especificar de manera clara y detallada la situación ideal que se desea alcanzar, es decir, la meta que se pretende obtener; así como la situación final a la que se desea llegar, dejando muy claro que esto implica la solución del problema.

5. Buscar alternativas:

Hay que buscar alternativas para encontrar las soluciones ideales.

6. Valoración de las Soluciones:

Evaluar cada una de las alternativas que se generaron a partir de su búsqueda para hacer una selección de aquellas que puedan ofrecer mayores ventajas, lo cual estará determinado por la valorización personal. Es de gran importancia considerar que la solución perfecta no existe y que cada uno deberá confeccionar sus propias soluciones en la medida de sus necesidades y deseos ya que lo que es bueno para algunos no lo será para otros. Al asignar el valor a las soluciones tendremos que tomar en cuenta la realidad objetiva, los impulsos y preferencias personales pues nadie podrá hacer una valoración de las alternativas dadas por la persona, sino solo ellos mismos, ya que solamente ellos perciben claramente lo que quieren.

7. Selección de las soluciones más adecuadas y visualización de consecuencias:

La mejor de las alternativas será aquella que haya obtenido una superior calificación para lo cual es conveniente no centrarse en una sola solución, ya que siempre existe la posibilidad de que surjan inconvenientes y no se pueda llevar a la práctica por eso es muy buena idea tener una segunda alternativa por si la primera no diera resultado. Una vez determinada, la conducta a seguir para resolver el problema, habrá que activar el proceso de imaginación visualizando la secuencia de la acción y previendo los posibles obstáculos y dificultades que podrán surgir en el desarrollo de la misma para solucionarlos también de la mejor manera.

8. Aplicación y evaluación de respuestas:

El proceso habrá concluido una vez que se ponga en práctica la alternativa seleccionada y logrando el objetivo, se habrían propuesto por ello se debe estar atento a observar las consecuencias para valorar hasta qué punto las cosas se van desarrollando según lo previsto y se alcanzan los objetivos deseados. Si todo ha salido como se esperaba y el problema se ha resuelto se habrá llegado al final del camino, pero si no se alcanzan los resultados, entonces se realizarán los ajustes precisos en las fases correspondientes o iniciar de nuevo el proceso de decisión.

Osborn (1963) identificó 10 pasos para enseñar la solución de problemas creativos los cuales se enumeran a continuación:

1. Pensar en todos los aspectos del problema.
2. Seleccionar los subproblemas que se van a atacar.
3. pensar en la información que pueda ser útil.
4. Seleccionar las fuentes de datos más apropiados.
5. Imaginar todas las ideas posibles para la solución de problemas.
6. Seleccionar las ideas que conduzcan más adecuadamente a la solución.
7. Pensar en todos los sistemas posibles de hacer pruebas.
8. Seleccionar los mejores sistemas de hacer pruebas.
9. Imaginar todas las contingencias posibles.
10. Decidir la respuesta final.

En este sentido, se puede sugerir que las estrategias de afrontamientos de los problemas cotidianos van a depender de la manera como se evalúe el problema, y de las alternativas de respuesta que se tienen para hacerle frente.

Una de las variables que ayudan a la solución del problema es la experiencia, con la experiencia se adquieren estrategias útiles para afrontar los problemas, o se aprenderá de qué forma no hacerlo porque no fue operativo ni útil.

Rodríguez y Frías (2005), concluyen en su estudio que los estilos para resolver los problemas implican, una forma de pensamiento acerca de los problemas que el individuo desarrolla durante su aprendizaje y experiencia, la cual implica reconocer el problema y descubrir estrategias para resolverlo. En este sentido, se definen los estilos positivos de resolver los problemas como la utilización de la mejor estrategia evaluada para evitar las rumiaciones, la ansiedad y el estrés que puede provocar el problema. Utilizando la asertividad, la expresión emocional y la confianza para poderlo solucionar. Aquellos que generalmente tiene un estilo positivo de resolver problemas, son más resistentes al estrés y tienen menos probabilidades de padecer problemas de salud física y psicológica.

En este sentido, Lazarus y Folkman postularon dos tipos de afrontamiento de los problemas, que han sido aceptados por posteriores investigadores. Para afrontar y resolver un problema se hace frente focalizándose en el problema mismo, o en las emociones. La evidencia de los estudios posteriores, han demostrado que la efectividad para reducir el estrés y potenciar la salud, apunta a que el afrontamiento de evitación y centrado en la emoción es más eficaz a corto plazo, mientras que el centrado en el problema lo es a más largo plazo, lo cual es más beneficioso para la persona (Rodríguez y Frías, 2005).

2.6. VITALIDAD Y ENTUSIASMO

El recurso psicológico de la vitalidad se puede definir como la disposición para realizar y transmitir energías tanto a la misma persona como a las de su entorno. Una persona vital es aquella que vive de forma despierta a la vida, impregna de energía positiva a los que están con ella. La variable hace referencia tanto a nivel físico como cognitivo, es decir, a nivel de sensación física se refiere a los sentimientos de estar sano, y energético, a nivel psicológico, es el estado de estar vivo, y saber que lo que hacemos tiene un significado y un propósito (Ryan y Frederick, 1997).

El entusiasmo, se podría conceptualizar como un estado transitorio de disfrute, impregnado de energía y de activación. En este sentido, el entusiasmo sería una emoción que contagia energías a los que nos rodean e intrínsecamente la acción nos hace disfrutar. En cambio, la vitalidad sería un rasgo disposicional.

La vitalidad se podría definir a partir de aspectos psicológicos y psicosociales:

- a). Psicológicos, porque es la propia energía y motivación intrínseca para hacer las propias cosas y poder afrontar las situaciones de la vida de forma óptima.
- b). Psicosociales, porque implica la transmisión de la propia energía hacia los demás, y la energía de los demás a la persona. Implica que la vitalidad y el entusiasmo son variables contagiosas.

Relacionado con este recurso psicológico energizantes (vitalidad), y con la emoción implicada (entusiasmo), se encuentra el síndrome general de adaptación, descrito por Hans Selye (1956), fue el primero en elaborar un estudio sobre el estrés. El modelo que postula se concibe como una reacción al estrés esencialmente como una respuesta normal de adaptación a una amenaza, la que podría generar patologías en caso de que sea prolongada o intensa, además de no ser afrontada a tiempo. Considera que el estrés podía observarse a través de los cambios corporales que ocurren en un tiempo determinado, y que el estado que resulta de la continua exposición a los estresores da lugar al síndrome general de adaptación.

Propuso tres etapas para este síndrome: la reacción de alarma, la etapa de resistencia, y la etapa de agotamiento.

Sarafino (1998) describe que la reacción de alarma, tiene la función de movilizar los recursos corporales y psicológicos, por ella se genera rápidamente un cambio en el funcionamiento fisiológico y psicológico, primero disminuyendo y después superando los niveles normales. Al finalizar esta etapa, se está completamente movilizado para resistir fuertemente al estresor, tanto a nivel físico como psicológico, un estado de activación que el organismo no puede mantener durante mucho tiempo.

A continuación se avanza a la etapa de resistencia, en la que el cuerpo trata de adaptarse al estresor; la activación fisiológica disminuye sin llegar a los niveles normales y el organismo muestra muy pocas señales de estrés. Pudiendo superar el estresor haciéndolo frente, a través

de la energía disponible, a la vitalidad para afrontar nuevas situaciones estresantes y aprender de ello.

El organismo que experimenta constantemente esta reacción de estrés, irá perdiendo habilidad para resistir y se volverá más propenso a padecer problemas de salud.

Finalmente, en la etapa de agotamiento, la activación fisiológica puede ser tan prolongada que se debilita el sistema inmune y disminuyen las reservas de energía; si el estrés continúa, es muy probable que se produzca enfermedad y daño en los órganos internos.

En este sentido, se puede sugerir que la vitalidad actúa como energizante para hacer frente al estresor, para que no se lleguen a sobrepasar los niveles normales de estrés, a los cuales si puede resistir el organismo.

La vitalidad puede actuar como motivador para hacer frente a los estímulos alarmantes y activar a otros recursos psicológicos como el afrontamiento positivo para paliar el efecto y solventar el problema que causa estrés.

En los estudios de Ryan, Deci, y Grolnick, (1995), observaron que la depresión está asociada a no tener energía por hacer las cosas, ni por la propia vida, además de no tener motivación para hacer cosas. Encontraron, también, una relación negativa entre la vitalidad y la percepción de control, es decir, las personas con mayor percepción de control también son las que más vitalidad tienen y la transmiten a los demás.

Se ha estudiado la relación entre vitalidad y factores somáticos, como quedó definida la vitalidad como un estado orgánico, existen condiciones físicas o patológicas que están motivadas e influenciadas por esta energía personal, por ejemplo, en los pacientes con cáncer, después de someterse a la quimioterapia, manifiestan una disminución de su vitalidad. Otro ejemplo es el sufrimiento o la pena, cuando una persona experimenta un trauma físico, esto interfiere en su atención, concentración y motivación (Melzack y Wall, 1983). La pena se percibe, usualmente, como un obstáculo causado por un agente comportamental, y normalmente está asociado con una percepción de una disminución de la vitalidad.

Otros síntomas somáticos, como el dolor de cabeza, la gripe, los resfriados, están asociados a unos niveles bajos de energías (Ryan y Frederick, 1997).

En este sentido, a modo de conclusión, la vitalidad y el entusiasmo son variables que pueden ayudar a aumentar el bienestar de las personas, disminuyendo los niveles de estrés, ansiedad así como síntomas somáticos, que como se ha visto están relacionados, por tanto, la intervención y la potenciación de estas variables puede ser una de las soluciones para incrementar la calidad de vida de las personas.

2.7. EMPATÍA

La habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y responder correctamente a sus reacciones emocionales, se conoce como empatía.

El estudio de la empatía y de su relación con la conducta y con otros parámetros de la personalidad del individuo ha experimentado un auge importante durante los últimos años. En la actualidad, existe un amplio consenso en admitir que la empatía debe ser considerada como un factor de relevancia en la explicación del desarrollo social y de las interacciones sociales.

A la hora de delimitar el concepto de empatía, aparecen dos tendencias. Una de ellas enfatiza la capacidad de la persona para poder tomar el rol del "otro", pudiendo con ello llegar a conocer y predecir más exactamente sus sentimientos, pensamientos y acciones. La otra definición se centra en las respuestas emocionales vicarias y en la capacidad de percibir las experiencias emocionales de los demás.

Actualmente, integrando ambas perspectivas, se define la empatía desde un enfoque multidimensional, haciendo énfasis en *la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, y destacando la importancia de la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás*. La empatía incluye tanto respuestas emocionales como experiencias vicarias o, lo que es lo mismo, capacidad para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los demás (Garaigordobil, 2000).

La empatía parece estar más estrechamente relacionada con la conducta prosocial siendo una variable imprescindible para la comprensión de la conducta social. Las investigaciones se dirigen a estudiar la relación entre estos dos constructos, los cuales se ha encontrado que tanto las conductas prosociales, de ayuda y la empatía aumentan el bienestar de las personas

(Garaigordobil, 2000). Aparecen estudios que concluyen el importante papel de la empatía como motivadora de la conducta prosocial e inhibidora de la conducta agresiva (Bandura, 1987; Hoffman, 1987, 1989, 1990). La relación positiva entre empatía y conducta prosocial está ampliamente documentada y aceptada (Bandura, Barbaranelli, Caprara y Pastorelli, 1996; Desmond, 2002). Por otra parte, se ha encontrado una relación negativa (o ninguna relación) entre malestar personal y conducta prosocial (Davis, 1983; Carlo, Raffaelli, Laible y Meyer, 1999; Desmond, 2002).

En la misma línea de reflexión que la señalada por otros investigadores, los resultados obtenidos permiten sugerir que la inhibición de la agresividad podría potenciarse con el desarrollo de la prosocialidad, que incluye la empatía como un significativo determinante.

En este sentido, se ha realizado un seguimiento de intervenciones para mejorar la empatía. La evaluación de los efectos de estos programas ha evidenciado sus efectos positivos en diversos factores del desarrollo socio-emocional durante la infancia y la adolescencia, al haber estimulado: un incremento de diversas conductas sociales positivas, de la capacidad de empatía, de las estrategias cognitivas de interacción social, de la capacidad de cooperación, una mejora de las relaciones entre iguales, del autoconcepto y de la percepción de los compañeros del grupo, una disminución de conductas sociales negativas (agresivas, de apatía-retraimiento, de ansiedad-timidez, antisociales), etc. Los programas de intervención dirigidos a niños y niñas de 6 a 12 años, y dirigido a los adolescentes, denominados Programas JUEGO se basan en los juegos amistosos, de ayuda y cooperación. Los juegos incluidos en estos programas fomentan la comunicación, la cohesión y la confianza, teniendo en su base la idea de aceptarse, cooperar y compartir (Garaigordobil, 200, 2003, 2004, 2005).

Estos programas de intervención tienen como objetivo promover el desarrollo de diversos factores del desarrollo social y emocional estimulando:

- Una mejora del autoconcepto-autoestima, el sentido de valía de los compañeros/as del grupo y el respeto por los demás.
- Las habilidades de comunicación verbal y no verbal: exponer, escuchar activamente, dialogar, negociar, tomar decisiones por consenso, etc.
- Un aumento de conductas sociales facilitadoras de la socialización (conductas de liderazgo, jovialidad, sensibilidad social, respeto-autocontrol, prosociales...), así como una disminución de conductas perturbadoras para la misma (conductas de agresividad-terquedad, apatía-retraimiento y ansiedad-timidez, antisociales, etc.).

- La conducta prosocial (dar, ayudar, cooperar, compartir, consolar...): las relaciones de ayuda y la capacidad de cooperación grupal (dar y recibir ayuda para contribuir a un fin común).
- El desarrollo moral: aceptar normas sociales implícitas en las instrucciones de los juegos (turnos, estructura cooperativa, roles...) y normas sociales que el grupo estructura para la realización de los juegos, fomentar valores (diálogo, tolerancia, igualdad, solidaridad, etc.).
- La identificación, comprensión y expresión de emociones a través de la dramatización, las actividades con música-movimiento, el dibujo y la pintura; la capacidad para expresar asertivamente los sentimientos propios, aceptando la expresión de los sentimientos de los compañeros/as del grupo.
- La capacidad de empatía ante los estados emocionales de otros seres humanos.
- El aprendizaje de técnicas de análisis y resolución de conflictos, es decir, la capacidad para definir conflictos, reconocer sus causas, desarrollo y situación actual, así como para buscar soluciones constructivas, etc.
- La capacidad para identificar y analizar percepciones, estereotipos y prejuicios, etc.
- Sentimientos de placer y de bienestar psicológico subjetivo, etc.

2.8. POTENCIACIÓN DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS PARA LA MEJORA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR

Definidos y evaluados los recursos psicológicos estudiados, así como la relación que se establece entre estas variables y observado el beneficio que tienen para la salud y el bienestar, se planteó la necesidad de buscar estrategias de intervención dirigidas a aumentar, facilitar, potenciar los recursos psicológicos, lo cual actuaría como un protector o amortiguar para el afrontamiento de futuras situaciones conflictivas, las cuales se podrían solucionar de forma óptima.

Como dijo Hobfoll (1989) “las personas se esfuerzan por obtener, retener, y proteger aquello que valoran, considerando los recursos psicológicos como importantes para las personas”, en este sentido, las personas tendríamos que esforzarnos por protegernos y fortalecer aquellas variables que son beneficiosas para solventar los conflictos de la vida diaria.

Como se observa se establece una evolución a través de diferentes estados, y se definen diferentes variables que ayudan a incrementar la salud y el bienestar psicológico.

Entre las intervenciones existentes están las dirigidas a mejorar el desarrollo de la actividad (Lerner, 2003), a la investigación de factores de protección (Hawkins, Van Horn, y Arthur, 2004; Werner, 2000), el estudio de la resiliencia (Peñacoba y Moreno, 1998) y del hardiness (Maddi, 2006), modelos positivos para el desarrollo organizacional (Cummings y Worley, 2005; Cameron, Dutton, y Quinn, 2003), todos estos son ejemplos de intervenciones que potencian los recursos psicológicos o fortalezas en las personas, para incrementar su bienestar y prevenir la enfermedad.

CAPÍTULO 3. EL ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LA SALUD, EL BIENESTAR SUBJETIVO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

“La calidad de vida es algo por lo que todos debemos luchar en todos los países del mundo, y para luchar necesitamos las herramientas adecuadas para continuar la batalla”
(Rowling, 2004, p. 11)

3.1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PATOLOGÍA ASOCIADA.

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante, que afecta de forma exclusiva al Sistema Nervioso Central (SNC). La gran variedad de síntomas neurológicos y psicológicos que puede provocar, es considerada para algunos, como el paradigma de las enfermedades en el campo de la Neurología.

La EM es una enfermedad autoinmune, las propias defensas del organismo se alteran y atacan a la mielina, destruyéndola. Aun no se sabe con claridad, la causa del porque el organismo se vuelve contra si mismo, entre las hipótesis que se barajan está la que pueden ser determinadas partículas de algún virus o agente infeccioso que genera una respuesta inmune contra el mismo sistema de defensa y destruye la propia mielina.

En la mayoría de los casos, la EM causa un deterioro de las funciones neurológicas y psicológicas, este debilitamiento se produce de forma escalonada o progresiva, dependiendo del tipo de EM.

El Sistema Nervioso (SN) está formado por unas células especiales, las Neuronas (NN), formadas por una parte central llamado cuerpo o soma, del cual sale una larga prolongación, que recibe el nombre de Axón, el cual está recubierto por una vaina compuesta por una especie de manta protector de la fibra, llamada Mielina, la cual protege el axón y colabora en la transmisión de los impulsos eléctricos que se establecen entre NNs. El problema de la EM es que esta mielina está dañada o destruida y los mensajes eléctricos se transmiten más

lentamente entre NN, conociéndose con el nombre de enfermedad desmielinizante (Castellanos, 2005).

3.1.1. AFECTACIONES DEBIDAS A LAS VÍAS QUE QUEDAN AFECTADAS POR LA DESMIELINIZACIÓN

3.1.1.1. VÍA MOTORA

Ésta es la vía que se encarga de dar la orden para el movimiento, también se llama vía piramidal. Cuando esta se produce una desmielinización de alguna de las fibras de esta vía puede dar lugar a una Paresia o Parálisis.

Cuando la lesión permanece durante mucho tiempo se produce la Espasticidad, que es una rigidez o aumento anormal del tono muscular.

Así para que una acción ordenada por la vía piramidal tenga una dirección y una velocidad adecuada, se necesita de la participación de otras partes del encéfalo, como es el cerebelo, las vías del cual se conectan con la vía piramidal y modifican la acción creada por ésta. Cuando está lesionada la vía del cerebelo se produce una incoordinación del movimiento, la cual tiene dos síntomas: La dismetría, que es la incapacidad por medir las distancias, por lo que la acción no puede ser alcanzada o por demasiado o por faltar la distancia con el objetivo (pe. coger un libro). La Ataxia es también otro de los síntomas, que es la pérdida de equilibrio (Castellanos, 2005).

3.1.1.2. VÍAS SENSITIVAS

Los nervios periféricos a parte de transmitir los impulsos nerviosos a los músculos, tienen en los extremos finales, unos sensores que recogen distintos tipos de estímulos sensitivos. La desmielinización de estas vías puede causar dolor, problemas con las rozaduras, con los cambios de temperatura,... Así como producir muy variados síntomas, como la pérdida de sensibilidad llamada anestesia o hipoestesia, o cuadros muy dolorosos conocidos como disestesia o parestesia (hormigueo) (Castellanos, 2005).

3.1.1.3. VÍA ÓPTICA

Los nervios ópticos son una parte especialmente susceptible de ser dañada en la EM. La lesión se llama Neuritis óptica, y se manifiesta con una visión borrosa, y con dolor del ojo afectado (Castellanos, 2005).

3.1.1.4. OTRAS FUNCIONES AFECTADAS:

Puede haber una desmielinización de los pares craneales, los cuales se encargan de la audición, los movimientos oculares, los movimientos de la cara, de la deglución, o de los músculos que nos permiten el habla. Cuando una lesión afecta a una de estas regiones, puede verse afectada cualquiera de estas funciones. La más típica, es la alteración de los movimientos oculares, que causa la diplopia, que es la visión doble.

También pueden verse afectadas las fibras que se encargan del control de esfínteres (urinario y anal).

Así como se producen problemas cognitivos como la dificultad de concentración, atención, memoria, y otras alteraciones que veremos posteriormente (Castellanos, 2005).

3.1.2. TRATAMIENTO

De momento, no hay un tratamiento para modificar el curso de la EM. En 1993 se publicó un ensayo terapéutico que cumplía todos los requisitos de la Comunidad Científica, y demostraba que el Interferón Beta-1b (producto diseñado por ingeniería genética), administrado por vía subcutánea podía variar el curso de los pacientes con brotes hacia perfiles más favorables, no siendo tan agresivos. El Interferón beta (IFN beta) es una molécula de naturaleza proteica que puede ser secretada por varios tipos de células de nuestro organismo y que tiene la capacidad de modificar las funciones de los linfocitos y otras células, desactivando algunos de los mecanismos agresivos del sistema inmune y que se piensa son los responsables del daño sobre el tejido nervioso en la EM. El efecto principal del fármaco es la reducción de la frecuencia de brotes respecto a los pacientes con placebo en un 30% por término medio aproximadamente. Además, disminuye también la gravedad de los brotes y el número de lesiones observadas en las Resonancias magnéticas. También se descubrió que el Acetato de Glatiramer y algunos

inmunosupresores (azatioprina, mitoxantrona) también demostraron poder modificar el curso de la enfermedad. Los criterios para suspender el tratamiento son: el embarazo, el mal cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, la aparición de efectos secundarios intolerables y la ineficacia (Castellanos, 2005).

3.1.3. FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICAS Y SU EVOLUCIÓN

La evolución de la enfermedad no es informe, sino que existe una gran variabilidad clínica.

Los brotes o exacerbaciones agudas de la EM, son episodios de una duración superior a 24 horas, en los cuales aparecen síntomas neurológicos nuevos, o se produce un empeoramiento llamativo de los síntomas ya existentes. Después de este episodio se produce una fase de estabilidad o de mejoría de los síntomas aparecidos.

Los brotes suelen consistir en síntomas de nuevas aparición, corresponden a una única lesión del SNC, los cuales se pueden manifestar con visión doble, entumecimiento de un lado del cuerpo, o múltiples lesiones de aparición simultánea, como visión borrosa en un ojo y parálisis de un brazo.

Así la duración debe ser superior a 24 horas, ya que cuando la duración del episodio dura minutos u horas, estaremos hablando de los denominados paroxísticos. Estos síntomas aparecen y desaparecen de forma súbita y tienen poca duración.

Cuando se produce un brote, y este consiste en el agravamiento de síntomas ya existentes, hace falta asegurarse de que éste sea realmente significativo y duradero, y excluir la existencia de fiebres, o infecciones, ya que muchos pacientes con secuelas neurológicas pueden tener un empeoramiento de sus síntomas previos en relación con el aumento de la temperatura corporal. Este fenómeno se denomina “pseudobrote” y se debe al hecho de que las fibras nerviosas lesionadas conducen pero los estímulos con el calor. Esta es también la explicación de que muchos pacientes de EM se encuentren peor en verano.

Aunque muchos brotes se recuperan casi totalmente de forma espontánea, la práctica más extendida es tratar los síntomas moderados o graves con corticoides.

Según el curso de la enfermedad se puede clasificar en cuatro formas evolutivas, principalmente:

- **Forma recurrente-remitente (ó recurrente-recidivante) (R-R):** es la más común en EM (85%) de inicio por debajo de los 40 años; habitualmente se presenta con un brote agudo que progresa de 24-72h, se estabiliza durante unos días para después mejorar espontánea y progresivamente de forma total o parcial. Después de meses o años se vuelve a repetir otro brote similar o diferente a la sintomatología anterior.
- **Forma primaria progresiva (P-P):** es la más común de la EM de inicio por encima de los 40 años, pero representa 8-20% del total de pacientes con EM. Aparece un curso progresivo de la enfermedad desde su inicio, de forma insidiosa o intermitente, pero sin remisión. El periodo mínimo para confirmar el diagnóstico de este tipo de EM es de 6 meses.
- **Forma remitente con una fase posterior progresiva (R-P),** o también llamada forma secundaria progresiva: es aquella remitente en el inicio, pero que tras un periodo de tiempo con esta forma evolutiva se transforma posteriormente en progresiva, lo cual ocurre en un 50% de los casos a los 10 años, y en un 90% a los 25 años.
- **Forma progresiva-recurrente (P-R),** en la que aunque se inició el cuadro con progresión lenta, ésta se ve empeorada por la aparición de una exacerbación o brote de manera esporádica.

(Extraído de Álvarez, Arbizu, Arroyo, y Montalbán, 2005).

3.1.4. SINTOMATOLOGÍA DE LA EM

3.1.4.1. LA FATIGA

Algunos pacientes experimentan una sensación de cansancio, desproporcionado al esfuerzo realizado, la fatiga. Este cansancio anormal tampoco se justifica por las secuelas neurológicas. En muchos pacientes éste es el síntoma más incapacitante de la enfermedad, ya que daña su calidad de vida (Confavreux y Vukusic, 2002).

3.1.4.2. EL TEMBLOR

Los temblores se suelen presentar en pacientes que presentan afectación en el cerebelo, cuyo daño provoca su aparición. El temblor parece ser más evidente en los brazos, pudiendo afectar a uno o ambos lados, y aparece sobre todo cuando el miembro está en vilo o en movimiento, mejorando cuando está en reposo (Krupp, 2003).

3.1.4.3. LA ESPASTICIDAD

Debido a los daños que causa la EM a las vías motoras y piramidales, se produce una debilidad en los músculos, pero al mismo tiempo también causa un aumento del tono muscular o rigidez, la espasticidad. Esta rigidez es en principio un mecanismo compensador del organismo ya que aumenta el tono de un músculo debilitado y sirve para que el paciente, pueda mantenerse de pie aunque haya perdido fuerza en las piernas. Pero lo que ocurre es que este mecanismo deja de ser útil o incluso se convierte en un problema más que una solución, bien porque provoca dolor, bien porque la rigidez dificulta el movimiento en lugar de facilitararlo, o porque causa ambas cosas. En muchos casos, es necesario instaurar un tratamiento para reducir la espasticidad. Con el objetivo de reducir el dolor, mejorar su movilidad, facilitar la postura de sentarse, facilitar y adaptar medidas ortopédicas, reducir el riesgo de lesiones por contracturas o escaras, entre otros aspectos (Barnes, 2000).

3.1.4.4. SÍNTOMAS DOLOROSOS EN LA EM

El dolor afecta entre un 30-65% de los pacientes. Existiendo diferentes síndromes dolorosos:

- **Neuralgia del trigémino**, es un dolor intenso que dura unos segundos o pocos minutos, de aparición abrupta en un lado de la cara, y puede ir hacia el ojo, la mejilla o el mentón, según la rama del nervio afectada.
- **Fenómeno de Lhermitte**, es la sensación repentina de descarga eléctrica que desciende desde el cuello hacia la espalda y las extremidades, coincidiendo a menudo con flexionar el cuello hacia delante.

- **Espasmos tónicos**, es una contractura muscular que provoca la extensión de uno o los dos miembros de un lado, de aparición brusca, con una duración de 30 segundos a 2 minutos.
- **Prurito**, es la presentación de unos ataques de picazón, que crean una sensación de malestar a menudo mayor que en los cuadros dolorosos, en algunos casos han llegado a provocar graves lesiones cutáneas debidas a su rascado. La duración oscila entre los 20 y 30 minutos, pudiendo repetirse varias veces a lo largo del día.

(Extraído de Schapiro, Baumhefner, y Tourtellote, 2000)

3.1.5. TRASTORNOS COGNITIVOS

Afortunadamente, pocos pacientes de EM (menos de un 10%) sufren demencia, sin embargo pueden apreciarse trastornos cognitivos más leves en el 40-50%, siendo la memoria episódica, la que almacena los recuerdos de las experiencias personales y los sucesos que ocurren en nuestro entorno, la que queda afectada (García, Duque, Izquierdo, 2001). Sobre todo porque los pacientes con EM tienen alteraciones en el proceso de “recuperación” de estos recuerdos.

La lentitud en el procesamiento de la información es un trastorno bastante típico de la EM, y se manifiesta en la dificultad para pensar rápidamente, para seguir una conversación con varios interlocutores o analizar un conjunto de datos cuando éstos se presentan de forma rápidamente. Los pacientes se quejan de encontrarse más lentos de lo que estaban acostumbrados antes de la EM.

Los pacientes pueden tener dificultades para mantener la atención para la realización de varias tareas simultáneamente o tienen problemas para abstraerse de las distracciones.

Entre las funciones ejecutivas que pueden estar alteradas en la EM la que lo hace con más frecuencia es la planificación, en concreto, cuando conlleva una secuencia de actos seguidos y continuados para llegar a un objetivo, como por ejemplo, llevar a los niños al colegio antes de ir a trabajar, la cual cosa implica seguir un guión estructurado, el cual implica un seguido de acciones para conseguir el objetivo último. La abstracción, la capacidad para deducir unas cosas a partir de otras, también puede verse afectada.

Aunque el lenguaje, suele estar bien conservado, se ha observado que algunos pacientes tienen un lenguaje poco fluido, con dificultades para construir las frases, a menudo sin demasiado contenido en cuanto a la información que aportan, constituyendo un tipo de lenguaje que se denominar “vacío”. Otra de las capacidades que está alterada es la visoespacial, la capacidad para calcular distancias o distinguir las distintas partes de un conjunto de objetos.

Las pruebas con resonancia magnética, realizadas a los pacientes, demuestran que aquellos que tienen más lesiones cerebrales, también son los que tiene más alteraciones cognitivas, sobre todo, tienen más atrofia cerebral que los pacientes con EM sin trastornos cognitivos. El tratamiento necesario para pacientes que tiene afectadas las funciones cognitivas requiere: una detección temprana del problema, así como una rehabilitación neuropsicológica con una completa evaluación, y el tratamiento restaurados y compensador, es decir, la recuperación de las funciones deterioradas con terapias específicas orientadas a ello, y el desarrollo de mecanismos de adaptación que compensen las dificultadas del paciente, aumentado así su calidad de vida.

3.1.5.1. DEPRESIÓN

Las estadísticas indican que alrededor de un 50% de los pacientes con EM padecerán en algún momento de su vida. A diferencia de la población sin EM, tienen una mayor tendencia a la irritabilidad, y al sentimiento de frustración. Así como el suicidio es más frecuente en los pacientes de EM que en la población sin EM o que en otras enfermedades neurológicas.

Algunos estudios han demostrado que la depresión aparece con más frecuencia en paciente con EM y lesiones cerebrales que en aquellos donde las lesiones son única o predominantemente medulares, lo que orientaría a un posible papel de dichas lesiones como factor causal de la depresión, aunque parecería más probable que esas lesiones pudieran predisponer a padecer la depresión en presencia de otros factores externos que ser las responsables directas de la depresión (García, Duque, Izquierdo, 2001).

3.1.5.2. EL TRASTORNO BIPOLAR

Su frecuencia puede ser el doble de la de la población general, de nuevo nos encontramos con estudios que relacionan su aparición con la presencia de lesiones en la resonancia magnética cerebral, sobretodo en lesiones del lóbulo temporal (García, Duque, Izquierdo, 2001).

3.1.5.3. INCONTINENCIA EMOCIONAL

La risa y el llanto patológicos aparecen de forma espontánea o en respuesta a estímulos mínimos, de forma que el paciente puede reír sin sentir alegría o llorar sin estar triste. Este síntoma puede aparecer hasta en un 10% de los pacientes, causando una gran incomodidad social y personal para el paciente, que se ve incapaz de controlar estos impulsos. Su causa no es del todo conocida, y tiende a parecer en pacientes con formas avanzadas de la enfermedad (García, Duque, Izquierdo, 2001).

3.1.6. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EM

Los pacientes con EM deben ser controlados periódicamente en el servicio de Neurología, pero además requieren la atención de otras especialidades: Enfermería, Médico de cabecera, Asistente social, Rehabilitador, Neurólogo, Psicólogo, Oftalmólogo, Urólogo (Castellanos, 2005). Los cuales formaría, un equipo multidisciplinario para atender a las necesidades de estos pacientes, ya que deben ser consciente de que su vida va a cambiar en mayor o menor medida, a partir de conocer su diagnóstico y que deben estar preparados para ello. Como también se ha podido comprobar la EM es una enfermedad que lleva implicada multitud de sintomatología y multitud de variabilidad clínica, la cual tiene que estar cubierta por los profesionales de la salud que se encargan de la mejora de la calidad de vida y de la salud

3.2. CONTRIBUCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN LA MEJORA DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Las respuestas adaptativas ante la enfermedad, van a depender de la fuerza de los recursos psicológicos del paciente, de la disponibilidad de apoyo social, de la naturaleza y significado que se otorga a la enfermedad dentro del momento evolutivo de la persona con EM, ya que la persona con EM experimenta algún grado de incertidumbre, ansiedad, cambio y pérdida.

El diagnóstico de EM implica una adaptación psicológica a la nueva situación, los pacientes necesitan identificarse, comprender que les sucedió y como poder afrontarlo y tratarlo. Los pacientes comentan que, inicialmente tuvieron sentimientos de ira, de tristeza, de incredulidad, es decir no se creían el diagnóstico. Dependiendo de cada una de las personas, de sus recursos psicológicos y sociales, éstas podrán afrontar esta situación, y aceptar la enfermedad. En este sentido, se podría sugerir que dependiendo de la disposición de los recursos, variará el tiempo transcurridos entre el diagnóstico y la aceptación de la enfermedad.

Los sentimientos crecen y decrecen, pero siempre están sobreañadidos a las tensiones normales y a los problemas diarios de cada persona, por lo que parece razonable esperar que una persona, que además debe enfrentarse a la enfermedad, pueda de vez en cuando sentirse atemorizada, desorientada e insegura. En este sentido, es útil la intervención psicológica, con el fin de asegurar su sentimiento de competencia a la hora de encontrar soluciones y afrontar las diversas situaciones que le va a provocar la evolución de la enfermedad.

En un estudio realizado en el Instituto Universitario de Neurorehabilitació Guttman (Barcelona) por García-Molina, Enseñat-Cantallops, Picó-Azanza, Sánchez-Carrión y Roig-Rovira (2006), evaluaron la satisfacción con la vida de los pacientes con EM ($n=47$; 25 mujeres y 22 hombres), obteniendo una media de 18,51, evaluado con la escala de satisfacción con la vida (SWLS), Diener, Emmons, Larsen, y Griffin (1985). Los hombres resultaron tener mayor satisfacción con la vida que las mujeres ($M=21,65$ vs $M=16,19$). Además, los datos indicaron que no había relación entre los subtipos de EM y los índices de satisfacción con la vida. Además, utilizaron el cuestionario de la integración comunitaria (CIQ, Willer, Ottenbacher, y Coad 1994; Community Integration Questionnaire) obteniendo

que las personas con alta integración social eran también las que tenían mayor satisfacción con la vida.

Las investigaciones de Pedro y Pais-Ribeiro (2006), sobre la relación entre optimismo (evaluado con el LOT-R), esperanza (evaluada con la escala de esperanza de Snyder, et al. 1991), la percepción de la severidad y el funcionamiento físico en pacientes con EM (evaluados a través de dos preguntas: “¿Qué percepción tiene sobre la severidad de su enfermedad?; ¿Qué percepción tiene sobre su funcionamiento físico?”, las alternativas de respuesta eran 1 a 11). Los resultados que encontraron fueron que la puntuación media de optimismo disposicional fue de 15,39. Se producía una relación negativa entre optimismo y la percepción de su severidad con la EM, así como también una relación negativa con el funcionamiento físico.

En referencia a la Esperanza, se obtuvo que había asociaciones significativas entre las variables del estudio

Concluyeron que el optimismo puede ser una importante variable protectora para los pacientes con EM, y que la esperanza podía tener un rol importante con el ajuste a la EM.

La intervención psicológica más frecuentemente utilizada es la terapia breve, basada en el modelo de intervención en crisis, tratando de servir de apoyo a la persona en el afrontamiento del proceso de enfermar y las posibles alteraciones emocionales y de comportamiento, propias de la enfermedad (Beraza, 2006).

Otra de las técnicas más usadas para pacientes con EM es el Counselling, intentar trabajar con el paciente para que encuentre soluciones positivas a la nueva situación, que exprese sus sentimientos y emociones.

CAPÍTULO 4. INTERVENCIÓN EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA

“Psychotherapy has long been where you go to talk about your troubles, a strangely untested assumption. We suggest that psychotherapy of the future may also be where you so talk about your strengths” (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005, p. 421).

Se han encontrado diferentes tipos de intervenciones desde la psicología positiva, dirigidas a colectivos como: estudiantes universitarios, profesores y monitores de estudiantes de primaria y secundaria, parejas con problemas matrimoniales, colectivos con riesgo de depresión y ansiedad, etc.

Los resultados son esperanzadores, y en la mayoría de las investigaciones hay un incremento o potenciación de los recursos psicológicos.

Uno de los investigadores del grupo dirigido por Seligman de la Universidad de Pennsylvania, propuso durante la 3ª Conferencia Europea de Psicología Positiva, en julio de 2006, un cuadro conceptual para diferenciar lo que sería una intervención positiva de lo que no (Pawelski, 2006)

Distinguen dos tipos de variables, la primera sería el tipo de aplicación a realizar (población no clínica, y población clínica), y la segunda, el tipo de metodología (basada en el uso de los recursos y basada en los déficits). Quedando definido el siguiente cuadro conceptual (ver figura 3).

Figura 3: Cuadro conceptual sobre las intervenciones psicológicas (Pawelski, 2006)

		APLICACION	
		Población no clínica	Población clínica
Metodología	Basada en los Recursos psicológicos	Sí es una intervención positiva	Sí es una intervención positiva
	Basada en los Déficits	No es una intervención positiva	No es una intervención positiva

Se define la metodología basada en los Recursos Psicológicos como aquella que potencia, y/o fortalece aquellos aspectos positivos que toda persona tiene, susceptibles de ser aumentados, potenciados o facilitados. Lo cual contribuirá a prevenir y mejorar el bienestar de la persona. Entre las actividades que se plantean están todas las que incrementaran las emociones positivas, el estado de ánimo, así como los rasgos positivos.

La metodología basada en los déficits está centrada en la intervención en los aspectos negativos de las personas, intentando eliminar las experiencias o emociones negativas.

4.1. INTERVENCIONES PARA LA MEJORA DEL BIENESTAR SUBJETIVO EN POBLACIÓN SIN PROBLEMAS FÍSICOS

Se han realizado algunas intervenciones psicológicas desde esta perspectiva. Se analizan sus resultados a continuación:

En un estudio realizado en 2003 por Marujo, Neto y Perloiro (los dos primeros profesores de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Lisboa, y la última profesora de la Escuela Superior de Salud de Alcoitão, Portugal). Establecieron un programa de intervención educativo para aumentar el optimismo a los alumnos y alumnas de los colegios de Portugal, a través de una intervención dirigida a profesores de escuelas para enseñarles a incrementar su optimismo, para educar luego a sus estudiantes.

En su intervención resaltaron los siguientes puntos:

- 1) Las razones y motivaciones para el optimismo;
- 2) Educarse y educar para el optimismo;
- 3) Finalmente, establecer el perfil de un educador optimista.

Ofreciendo, a la vez, más de 25 ejercicios prácticos para entrenar el optimismo entre los que se destacan:

- a) La desintoxicación mental, para hacer frente a la intoxicación crónica de estrés, en el cual se propone que se identifique lo que es realmente importante para la persona, aprender a

convertir lo que es realmente importante en la prioridad número uno. Definir metas y objetivos. Clarificar lo que es motivador, sin contar con lo que se impone meramente por su urgencia. Procurar una vida equilibrada en la que haya lugar para el descanso. Reemplazar los hábitos no saludables y ser sincero consigo mismo.

b) Convertirse en el dueño de la propia vida, en las que se proponen algunas sugerencias para evitar la “disculpitis” y la “irresponsabilitis”, entre las que se subraya: Hacer una lista de las decisiones positivas que se haya tomada en la vida, comprobar la propia flexibilidad, ampliar las experiencias, ideas y visión del mundo con cuidado pero con determinación, recordar que para decir que sí a algunas cosas de la vida, se tendrá que saber decir que no a otras. Encuadrar de otro modo e integrar de forma positiva experiencias y acontecimientos significativos del pasado en la vida actual.

c) Evitar la “rumia” pesimista, es decir, presentar una imagen positiva de sí y del mundo. Cambiar la “voz” negativa y sustituirla por una más ilustrada y positiva. Sustituir los sentimientos negativos por positivos.

d) Desarrollar nuevos hábitos emocionales y usar la e-moción, donde se proponen estrategias para mejorar la capacidad emocional, entre las que está utilizar la empatía, ser entusiasta, positivo, expresar las emociones y sentimientos a los demás.

A través de estas actividades, formaban a formadores en optimismo, para transmitir el conocimiento a sus estudiantes (Marujo, Neto y Perloiro, 2003).

Fordyce (1977, 1983, 1995) desarrolló un programa para aumentar la felicidad, postuló 14 fundamentales características que las personas podían desarrollar para ser felices, estas 14 características son:

1. Estar más activo y ocupado
2. Dedicar tiempo a socializarnos
3. Dar un significado al trabajo, y ser productivos.
4. Ser organizado y planificar las acciones, organizarse y planear lo que se va a hacer, las personas que son felices saben lo que quieren, cuales son sus metas, y qué cosas son importantes para ellos.

5. Parar de pensar sobre las preocupaciones, las personas felices no se preocupan porque han aprendido tres cosas importantes: a). la preocupación es una forma de pensamiento desagradable; b). no merece la pena preocuparse, porque se sabe que el 90% de las preocupaciones nunca llegan a ser verdad; c). muchas de las preocupaciones no se pueden controlar (todo la preocupación del mundo no parará los accidentes de tráfico, ni las catástrofes o la mala suerte).
6. Bajas expectativas y moderadas aspiraciones, tener altas expectativas puede conducir a la decepción, en cambio, tener bajas expectativas puede causar sorpresas agradables.
7. Desarrollar el pensamiento optimista, una de las razones por las que las personas son felices es porque pasan más tiempo pensando en cosas positivas que en negativas.
8. Orientarse en el presente, vivir el día a día, existe muchas personas que sólo disfrutan de los recuerdos pasados, que se quejan del pasado, que sueñan con ideales futuros, o que temen el futuro que vendrá. Se postula la necesidad de pensar en el día de hoy para valorarlo y disfrutar de él.
9. Trabajar para alcanzar una personalidad saludable, la felicidad es considerada como el primer síntoma para alcanzar la salud mental. Considera que existen 4 cualidades fundamentales para llegar la personalidad saludable: 1). Gustarnos a nosotros mismos, tener buena autoestima, y autorespeto; 2). Aceptarnos a nosotros mismos, tolerar nuestros errores y equivocaciones; 3). Conocernos a nosotros mismos, saber como somos, nuestra forma de ser, nuestras motivaciones; 4). Ayudarnos a nosotros mismos, no depender de los otros para hacer las cosas.
10. Desarrollar la personalidad social, ser extrovertido, y amistoso.
11. Ser uno mismo
12. Eliminar los sentimientos negativos y los problemas, expresar las emociones y los sentimientos a personas de confianza.
13. Tener una relación amorosa, es uno de los más importantes recursos para tener felicidad.
14. La gente que es feliz valor la felicidad, quiere ser feliz, piensa en ello, y esa es una de sus prioridades, analiza su vida en términos de cómo de feliz es, y hace modificaciones según sus evaluaciones.

Fordyce realizó diferentes estudios encontrando que las personas que participaban en el programa para aumentar su felicidad la incrementaban en comparación al grupo control.

Posterior a la conceptualización de la psicología positiva, el equipo de investigadores de Seligman (Seligman, Steen, Park y Peterson 2005) se propusieron estudiar el efecto de unas actividades o intervenciones concretas para aumentar la felicidad. Su captación de sujetos fue a través de su página web, estas actividades eran las siguientes:

- 1) Agradecer a alguien alguna cosa.
- 2) Usar una fortaleza de una manera nueva.
- 3) Pensar en tres cosas buenas hechas durante el día.
- 4) Redactar un escrito donde se manifieste una de sus fortalezas y se reconozca así.
- 5) Identificar 5 fortalezas que no son usuales y potenciarlas.

Los resultados que obtuvieron fueron que se incrementó la felicidad y decrecieron los síntomas depresivos después de 6 meses de seguimiento para los ejercicios: usar una fortaleza de una manera nueva”, “pensar en tres cosas buenas hechas durante el día”, y para el ejercicio de la gratitud, los cambios positivos duraron 1 mes después de su realización. Además, para este estudio también se consideró un grupo control, el cual, obtuvo resultados inferiores en referencia a la felicidad que el grupo que se sometió a todos los ejercicios.

Murray y Pigott (2006), University of Sydney, Australia, desarrollaron un curso de 20 horas llamado “psicología de la felicidad”, que participaron adultos, quisieron investigar si los participantes percibían cambios en sus niveles de felicidad, entre el inicio y el final del curso, y si además, ponían en práctica lo aprendido. Los resultados obtenidos fueron que los participantes percibieron los cambios y el efecto práctico se mantuvo.

Rolo y Gould (2006), realizaron una intervención para incrementar la esperanza a atletas estudiantes de la Universidad, en la muestra había jugadores de básquet, de golf, de fútbol, tenis. Se desarrolló un grupo experimental (intervención facilitadora de la esperanza) vs un grupo control sin intervención. Las sesiones experimentales fueron 12 (dos sesiones a la semana, durando la intervención 6 semanas). Los resultados pre intervención, no presentaban diferencias significativas entre los grupos por lo que respecta a las variables analizadas, pero después de la finalización de la intervención, el grupo experimental había incrementado las puntuaciones significativamente. Los autores concluyen que las intervenciones cortas son beneficiosas para potenciar la esperanza de los estudiantes atletas.

Perloiro y Neto (2006) elaboraron una terapia de pareja basado en la psicología positiva. El modelo terapéutico se basó en tres dimensiones:

- a) Preguntas que introducían información positiva de la pareja (p.e. ¿Cuál es la mayor fortaleza que perciben como pareja?).
- b) Preguntas que inducen a la búsqueda de soluciones (p.e. ¿Qué tiene que hacer su marido para hacerle feliz?).
- c) Preguntas que facilitan encontrar las mejores cualidades de la pareja (p.e. describir un momento en que se hayan sentido como una pareja excepcional).

Este modelo ayuda a crear una mejor comunicación, optimismo y esperanza en la terapia de pareja. Los resultados son positivos, y los autores proponen expandir el modelo a diferentes culturas y a tratar problemas específicos.

Oliveira y Oliveira (2006) elaboraron un programa para incrementar el optimismo a niños de 8 a 12 años, a sus profesores, y a sus padres. El programa está basado en la literatura científica sobre el optimismo, de los investigadores portugueses (Marujo, Neto y Perloiro, 2003) y del equipo de investigación de Seligman. El programa se implementó en una escuela privada de Lisboa (Colégio Sá de Miranda).

En el programa se desarrollaba:

- a) Motivar a aprender.
- b) Estimular una atmósfera más positiva en clase.
- c) Incrementar la participación de los padres en la vida escolar de los estudiantes.
- d) Incrementar y mejorar la calidad de la relación entre padres y profesores.
- e) Desarrollar en padres, profesores, y estudiantes una actitud más positiva hacía la escuela.
- f) Desarrollar en los profesores una motivación más positiva en el proceso de enseñanza.
- g) Incrementar la colaboración y el trabajo en equipo entre los profesores.

La muestra estuvo formada por 51 niños, los padres de los niños y 11 profesores, como grupo experimental y una muestra similar en el grupo control. Observándose resultados

prometedores, en el incremento del optimismo, así como de las demás variables sometidas a intervención.

Seligman, Reivich, Jaycox y Guillham (1995) informaron que el 9 % de los estudiantes pueden experimentar un episodio depresivo cuando empiezan la secundaria, y entre el 15-20% de los que terminan la secundaria. Hay una relación entre episodios depresivos entre los niños e insuficientes resultados académicos, problemas conductuales, abuso de sustancias, y suicidios, además, un porcentaje alto de estos niños no reciben tratamiento psicológico (Noble, 2006). Se ha sugerido que la intervención temprana, en los primeros años de primaria, ayuda a mejorar tanto al alumno como a su relación con los compañeros, familiares y docentes.

McGrath y Noble, 2003 (Australian Catholic University, National, Australia), elaboraron un programa que llamaron BOUNCE BACK para estudiantes de primaria basado en los principios de la psicología positiva, las sesiones estaban estructuradas con los siguientes contenidos a tratar: valor, flexibilidad, coraje, emociones, éxitos, humor y tratar el anti-bullying, los investigadores sugieren que este tipo de intervención beneficia a los estudiantes para prevenir problemas como la ansiedad y el estrés que usualmente pueden estar sometidos los alumnos.

Kirsten y Plessis (North-West University, South Africa), observaron que las adolescentes tienen un alto riesgo a padecer trastornos de la alimentación. Para prevenir estos trastornos elaboraron un programa que llamaron WOW-programme (Weight Over-concern and Well-being programme).

Consta de 9 sesiones que tratar los siguientes aspectos:

- a). Promover el bienestar psicológico en términos de las 6 dimensiones que definió Carol Ryff (auto-aceptación, crecimiento personal, propósito por la vida, relaciones personales, autonomía, y dominio medio ambiental).
- b). Reducir los síntomas sub-clínicos del trastorno de la alimentación.

Los resultados obtenidos confirmaron que el programa sirvió para incrementar el bienestar psicológico y reducir el riesgo a padecer trastornos de la alimentación. Mejorando la

satisfacción con la vida (evaluado con el SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin) reduciendo la insatisfacción con el cuerpo, evaluado con la escala de trastornos de la alimentación, Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2, Garner, 1991).

Pedroso-Lima, Alcoforado, Simões, Vieira, Oliveira, y Ferreira, de la University of Coimbra, Portugal (2006), observaron que la gente mayor vive más tiempo, está más saludable y más activa. Estas condiciones llevan a cambios y a problemas en las vidas de las personas mayores, sobre todo provocando disminución en su calidad de vida, en este sentido, desarrollaron un estudio experimental con un grupo de personas de edades comprendidas entre los 65 y los 95 que estaban institucionalizadas en Portugal, fueron 55 participantes y 25 formaron parte del grupo control. La duración de la intervención duró 8 semanas con un seguimiento a los 2 meses.

La intervención trató las siguientes áreas:

- a). Control personal y ambiental.
- b). Proyectos personales.
- c). Emociones positivas.
- d). Expresión corporal.

Los resultados recomiendan este tipo de intervenciones para aumentar y promover el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las personas mayores.

Las investigaciones sobre las diferentes intervenciones positivas, como se ha podido comprobar, tratan diferentes variables psicológicas de forma simultánea en las intervenciones, debido a la relación entre estas variables, ya que es prácticamente imposible aislar una variable sola para ser tratada de forma individual, en este sentido, Hyman, Valory, Wendell, Taylor, Kenneth y Lemuek (2007), investigaron la idoneidad de las intervenciones secuenciales (tratar una variable de forma separada de las demás en cada sesión) o simultáneas (tratar las variables de forma conjunta en cada sesión), sugieren sus resultados, que el tratamiento secuencial de las variables no es superior al simultáneo, sino que la aproximación simultánea obtiene mejores resultados.

4.2. INTERVENCIONES PARA LA MEJORA DE LA SALUD EN POBLACIONES CON PROBLEMAS FÍSICOS

Existen intervenciones que han utilizado personas con diferentes problemas de salud para aumentarles sus recursos psicológicos, lo cual estaría ayudando a paliar sus síntomas físicos.

Thain, Boggild, Baker y Young (2006), elaboraron un programa para promover la salud en pacientes con EM, lo llamaron OPTIMISE Education Programme, con el propósito de aumentar la autoeficacia, la promoción de actividades saludables, y la calidad de vida. El programa constaba de 8 sesiones semanales con una duración de 3 horas.

Los contenidos eran:

- a). Actividad física y ejercicio;
- b). Ajustes con el estilo de vida y el manejo de la fatiga;
- c). Manejo del estrés;
- d). Conciencia nutricional;
- e). Prácticas responsables de salud.

Los resultados que obtuvieron fueron positivos, aumentando en los pacientes con EM su calidad de vida, además, se realizó un seguimiento a los tres meses, manteniéndose los resultados.

Stuifbergen, Becker, Timmerman, y Kullberg (2003), realizaron un estudio para examinar el efecto de la intervención sobre el bienestar psicológico para mujeres que tienen EM. La intervención incluyó cambios en el estilo de vida de las mujeres, durante 8 sesiones semanales, además de 3 meses de seguimiento, las sesiones eran individuales. Los datos obtenidos fueron que hubo un efecto positivo de la intervención en bienestar para ayudar a las mujeres a encontrar unos objetivos que les ayudaran a mejorar la salud y el bienestar.

Igualmente, Stuifberge, Harrison, Becker, y Carter (2004), establecieron una adaptación de la intervención en bienestar para EM en pacientes con condiciones crónicas de discapacidad, lo cual indicaba en sus anteriores estudios que las mujeres con esta problemática, tenían problemas en los comportamientos para la promoción de la salud, así como un alto riesgo de

morbilidad, además, se habían realizado pocos estudios para incrementar la salud de estas mujeres. En el estudio, concretamente, trataron con mujeres con el síndrome de fibromialgia (El síndrome de fibromialgia es una forma común de fatiga y dolor muscular generalizado), los resultados de la intervención también son esperanzadores, incrementando el bienestar de las pacientes con este síndrome. Como propone Stuifbergen (2006), sería interesante adaptar los contenidos de las intervenciones existentes que tiene eficacia a nuevas muestras porque el proceso de elaboración del programa está sustentado por una base teórica y empírica.

Zygouris, (2007), realizó una intervención de 6 semanas de duración para pacientes con problemas de alcohol, abuso de drogas y trastornos de la alimentación, la muestra estaba formada por 30 participantes, en las intervenciones se potenciaba e incrementaba la concienciación del problema, fortalecer el trabajo en el grupo de intervención, la mentalidad abierta, o flexibilidad, así como el positivismo, y la esperanza, para la elaboración de la intervención se fundamentaron en la psicología positiva para incrementar los recursos psicológicos de la muestra.

La psicóloga Dominique Norz, solicitó la ayuda del grupo de Martin Seligman de la University of Pennsylvania's Positive Psychology Center, para que ayudaran a las personas que habían sufrido el Tsunami del suroeste de Asia (2005). La intervención que realizaron se basó en la psicología positiva y como atender al trauma y como fortalecer la esperanza (Hayward, 2005).

El contenido de la intervención fue primero identificar y cultivar en los participantes las fortalezas que tenían en menores niveles. En este sentido, se observó que la generosidad, la creatividad, y el sentido del humor, eran recursos que ayudaban contra las experiencias emocionales negativas, así como para el malestar causado por la nueva situación vivida (Seligman, 2003). También incorporaron en su intervención elementos para evaluar el crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 1999; 2000), así como trabajaron la relajación progresiva, técnicas de meditación, y estrategias para entrenar el optimismo y la resiliencia (Gillham, Reivich, Jaycox, y Seligman, 1995).

Se realizaron grupos de 15 a 20 participantes, los cuales estaban mezclados entre nativos de Tailandia, y expatriotas Europeos y Norte-Americanos.

Después de dos meses de la intervención, los participantes mantenían contacto via email con los coordinadores de la intervención, y habían percibido un aumento de sus recursos psicológicos, además, de manifestar que la intervención positiva era útil para tratar a personas afectadas por Tsunamis, o para personas con riesgos de padecer algún tipo de trauma.

Como se puede comprobar es de gran importancia continuar investigando en este campo emergente de la psicología, y ampliar la aplicación de los conocimientos hasta ahora evaluados a diferentes colectivos que requieran la atención y el manejo de los recursos psicológicos.

CAPÍTULO 5. PARTE EMPÍRICA

INTRODUCCIÓN

Después de avanzar en el marco teórico, se decidió realizar un puente de unión entre lo estudiado a nivel teórico con la intervención práctica en diferentes muestras de la población. Se elaboró un plan de trabajo para realizar un programa de potenciación de los recursos psicológicos, para mejorar el bienestar y la salud percibida. En un primer momento (Estudio 1), validar el programa desarrollado, seguidamente aplicarlo a una muestra con problemas de salud (Estudio 2) y finalmente, aplicarlo a una muestra en El Salvador, con el objetivo de observar su eficacia y sus diferencias con la muestra española (Estudios 3 y 4).

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Como han señalado estudios previos (p.ej.; Scheier, y Carver, 1989, 1992; Remor, Amorós, y Carrobles, 2006) el optimismo, y la expresión emocional actúan como variables protectoras que favorecen la salud y el bienestar subjetivo, en esta misma línea, parece que aplicar estos conocimientos a programas psicoeducativos puede ayudar a sus participantes a cambiar, mejorar y/o potenciar los recursos psicológicos, y además, incrementa la salud, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida (Fordyce, 1977, 1983). En este sentido, se ha elaborado este programa para ver los efectos que tiene en los diferentes colectivos estudiados. Es importante, evaluar estos programas para extraer conclusiones acerca de su utilidad para el fortalecimiento de los Recursos Psicológicos.

Para la elaboración del programa de intervención se han priorizado los siguientes Recursos Psicológicos: comunicación asertiva, optimismo, perdón, gratitud, afrontamiento positivo, vitalidad, empatía y entusiasmo. La opción de incluir estos contenidos en el programa en detrimento de otros, se justifica por los siguientes criterios principales:

- (1) las referencias bibliográficas consultadas previamente a la elaboración del programa (ver Capítulo 2 para más detalles) apuntaban a que estos recursos psicológicos estaban relacionados mayormente con indicadores de salud mental y física, y por lo tanto parecen que pueden actuar como una estrategia de prevención;
- (2) no se han encontrado referencias en la literatura española e iberoamericana que informen de estudios donde se plantee un programa con las características y contenidos que aquí figuran;
- (3) como paralelamente a este estudio se estaba desarrollando una investigación para el desarrollo de un instrumento de medida que evalúa algunos de los recursos que se entrenan en el programa, parece oportuno que ambas investigaciones pudieran confluir en su contenido.

Además de las razones expuestas, el borrador inicial del programa contó con la revisión y aprobación de un grupo de expertos (interjueces) que corroboraron el mantenimiento del contenido actual del programa.

ESTUDIO 1. DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS: APLICACIÓN PILOTO A ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Diseñar, aplicar y evaluar un Programa de Intervención para la potenciación de los Recursos Psicológicos (comunicación asertiva, optimismo, perdón, gratitud, afrontamiento positivo, vitalidad, empatía y entusiasmo).

1.2. Objetivos Específicos

1. Diseñar un programa de intervención para la potenciación de los recursos psicológicos: comunicación asertiva, optimismo, perdón, gratitud, afrontamiento positivo, vitalidad, empatía y entusiasmo.
2. Validar el Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos con estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Madrid.
3. Evaluar las diferencias en los recursos psicológicos, la salud general percibida, el estrés percibido, y la satisfacción con la vida de los participantes antes del programa de intervención.
4. Identificar la eficacia del programa mediante las diferencias observadas en los recursos psicológicos, la salud general percibida, el estrés percibido, y la satisfacción con la vida en los participantes al programa de intervención antes y después de éste.
5. Evaluar las diferencias en los recursos psicológicos, la salud general percibida, el estrés percibido, y la satisfacción con la vida de los participantes tres meses después de terminar el programa de intervención.

6. Evaluar el efecto del programa sobre las variables resultado: salud general percibida, el estrés percibido y la satisfacción con la vida de los participantes.

2. HIPÓTESIS

Nuestras hipótesis de trabajo vienen definidas por las siguientes afirmaciones:

- Al finalizar cada una de las sesiones, los participantes informarán de mejores niveles de estado de ánimo comparado con el inicio de la sesión.
- Al finalizar el programa, los participantes informarán de mejores recursos psicológicos que los que tenían al inicio del programa.
- Al finalizar el programa, los participantes informarán de mejor salud percibida, mejor satisfacción con la vida, mejor optimismo disposicional, y menor estrés percibido.

3. MÉTODO

3.1. Diseño del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos.

Elaboración y Diseño del Programa

Para la elaboración y diseño del programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos se siguieron los siguientes pasos:

Paso 1. Búsqueda bibliográfica

Después de realizar la revisión bibliográfica (ver Tabla 1) acerca de las investigaciones clínicas en el ámbito de la Psicología Positiva, los Recursos Psicológicos, y la Psicología de la Salud, se observó que no habían muchas intervenciones psicológicas dirigidas, explícitamente, a potenciar los Recursos Psicológicos en general. Ello motivó la idea de proponer una intervención psicológica dirigida a la potenciación de los recursos psicológicos.

Tabla 1: Ejemplos de referencias bibliográficas consultadas para la elaboración del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos.

Tipo de Bibliografía	Autor (es)	Variables	Nombre del programa y objetivos	Referencia bibliográfica
Libro	Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham (1995)	Estilo explicativo	Inoculación de Optimismo contra la depresión en los niños	Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L. y Gillham, J. (1995). <i>The optimistic child</i> . New York: Houghton Mifflin.
Artículo	Klausner, Snyder y Cheavens (2000)	Esperanza	Estudio del efecto del programa de esperanza sobre la sintomatología depresiva.	Klausner, E., Snyder, C. R., y Cheavens, J. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients. In G. M. Williamson, P. A. Parmlee, y D. R. Shaffer (Eds.), <i>Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice</i> . New York: Plenum.
Artículo	Fava (1999)	Bienestar Psicológico	Terapia del bienestar psicológico	Fava, G.A. (1999). Well-Being Therapy: Conceptual and Technical Issues. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 68, 171-179
Artículo	Seligman, Rashid y Parks (2006)	Felicidad	Incrementar las emociones positivas y los rasgos positivos	Seligman, M.E.P., Rashid, T., y Parks, C. (2006). <i>Positive Psychotherapy</i> . <i>American Psychologist</i> , 774-788.
Artículo	McCullough y Witvliet (2002)	Perdón	Intervenciones para promover el perdón	McCullough, M.E., y Witvliet, C.V.O. (2002). The psychology of forgiveness. In C.R. Snyder y S.J. Lopez (Eds.), <i>Handbook of positive psychology</i> (pp. 446-458). New York: Oxford University Press.
Artículo	Salovey, Mayer y Caruso (2002)	Inteligencia Emocional	Intervenciones para promover la inteligencia emocional	Salovey, P., Mayer, J. D., y Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. En C.R. Snyder y S.J. Lopez (Eds.), <i>The handbook of positive psychology</i> (pp. 159-171). New York: Oxford University Press.
Artículo	Johnson (2003)	Psicología Positiva	Intervención sobre las fortalezas	Johnson, N.G. (2003). On treating adolescent girls: Focus on strengths and resiliency in psychotherapy. <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 11, 1193-1203.

Paso 2. Recopilación de la documentación y elaboración del 1º esbozo del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos

Una vez leída y revisada la bibliografía científica, y con toda la información que se disponía, se realizó un primer esbozo del posible Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos. El cual contenía una descripción detallada, sesión por sesión, de los objetivos que se perseguían, así como las actividades a desarrollar en cada una de ellas.

Paso 3. Primera evaluación del Programa de Potenciación

Finalizada la elaboración del Programa, el equipo de investigación (tutores y doctoranda) se reunió para discutir el programa. A partir de las observaciones e indicaciones, se modificó el Programa, quedando definido y diseñado el Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos en su versión inicial (versión 1.0).

Validación del contenido del programa mediante análisis interjueces

Una vez diseñado el Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos (versión 1.0), se realizó una evaluación interjueces, para analizar la validez de contenido del Programa diseñado. Se realizó una exposición oral del programa ante un tribunal de expertos compuesto por un grupo de siete expertos en Psicología Clínica y de la Salud:

- Tres Psicólogos clínicos del Hospital Universitario de La Paz
- Tres psicólogos clínicos y profesores de la Universidad Autónoma de Madrid
- Una psicóloga clínica y profesora de la Universidad de Alcalá de Henares.

Después de la presentación se procedió a escuchar la opinión de los expertos, considerando los siguientes puntos:

- Viabilidad del programa
- Utilidad del programa
- Modificaciones de los contenidos de las sesiones
- Conveniencia del marco teórico con los contenidos del programa de intervención.
- Adecuación de trabajar los recursos propuestos en el programa, y sugerencias sobre éstos u otros.

Así mismo se pasó una hoja de registro para recoger la información específica sobre la evaluación del programa (ver Anexo II).

El resultado de esta evaluación por los jueces fue muy positivo éstos aprobaron el programa para su uso práctico tanto en población clínica como no clínica. Los jueces, no obstante, hicieron sugerencias e indicaciones para mejorar la aplicación del programa.

A continuación se detallan los comentarios que se recogieron de los jueces:

- Realizar una sesión inicial sobre las habilidades de comunicación
- Aumentar el número de sesiones de 8 propuestas inicialmente a 10.
- Modificar la sesión 6 sobre frases positivas, hacerla más dinámica.
- Incluir en el protocolo de evaluación, la variable: satisfacción con la vida, evaluarla con la escala de satisfacción con la vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS), de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985).

Después de las sugerencias y evaluaciones de los jueces, se procedió a revisar el programa con las observaciones indicadas, y se cerró la fase de diseño y elaboración del programa.

En resumen, el Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos, quedó constituido por un total de 10 sesiones grupales (8 a 12 participantes) de una duración de 90 minutos cada sesión, en cada una están definidos los objetivos, actividades y técnicas específicas para trabajar los recursos psicológicos. Éstas están guiadas por dos coordinadores-psicólogos, los cuales favorecen el diálogo entre los participantes del grupo (se puede ver en detalle el contenido del programa en Anexos).

3.2. Diseño del estudio de validación del Programa

Según la clasificación de las metodologías de investigación en Psicología de Montero y León (2005), nuestro diseño sigue una metodología Cuasi experimental Pre-Post con tres medidas en el tiempo de comparación: pre, post y seguimiento (a los 3 meses), ver Tabla 2.

Tabla 2: Diseño del Estudio Piloto de validación con muestra de Estudiantes Universitarios.

Estudio Piloto con muestra de Estudiantes Universitarios	PRE	Programa de Potenciación	POST	3 MESES
2 Grupos pilotos	X	X	X	X

3.3. Participantes

Se realizaron dos grupos de potenciación compuestos por 23 estudiantes universitarios (el primer grupo estaba formado por 11 estudiantes y el segundo por 12), aunque se produjo una

pérdida muestral de 1 participante que abandonó el programa en la segunda sesión. Los datos que se presentarán serán de los 22 participantes que empezaron y terminaron el programa. Uno de los grupos estaba formado por sólo mujeres, y el otro grupo por dos hombres y 9 mujeres. Las edades comprendían entre los 20 y 27 años ($M= 21,50$). Todos los sujetos viven con sus padres, un 86,96% sólo estudia y no realiza ningún tipo de trabajo, y el 13,04% estudia y trabaja a la vez. Todos los estudiantes estudiaban la misma licenciatura.

Se solicitó la participación voluntaria de los estudiantes, firmando durante el inicio de la primera sesión del programa el consentimiento informado, así como las normas del grupo y la autorización de grabar todas las sesiones del programa¹.

Los grupos estuvieron guiados y coordinados por dos terapeutas, psicólogas.

3.4. Instrumentos y Variables

Los instrumentos en su versión española se describen en detalle en Anexos, para evitar la repetición de la información en los diferentes estudios. Además, se incluye información sobre la validez y la fiabilidad de los instrumentos en Anexos.

Variables Dependientes (Medidas de resultado)

Salud General Percibida

Evaluada con el CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ-28) de Lobo y Muñoz (1996).

Recursos Psicológicos

Medidos con el INVENTARIO DE RECURSOS PSICOLÓGICOS (IRP), de Martínez de Serrano (2007).

¹ La filmación de las sesiones tuvo como objetivo su supervisión.

Optimismo Disposicional

Evaluado con el TEST DE ORIENTACIÓN VITAL-REVISADO (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994).

Quejas Subjetivas de Salud

Se ha usado el INVENTARIO DE QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD (SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINT, SHC) de Eriksen, Ihdeback y Ursin (1999). Adaptación española para este estudio.

Satisfacción con la Vida

Evaluada con la ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (Satisfaction With Life Scale, SWLS), de Diener, Emmons, Larsen, y Griffin (1985).

Estrés Percibido

Evaluado con la ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO versión de 10 ítems (Perceived Stress Scale, PSS-10) de Cohen, Kamarck, y Mermelstein (1983).

Estado de ánimo

Se ha medido el estado de ánimo antes y después de cada sesión, mediante una escala EVA de 0 mal estado de ánimo a 10 muy buen estado de ánimo.

Satisfacción con la Intervención

Se ha medido la satisfacción con el programa de intervención a través de un cuestionario elaborado específicamente para esta intervención.

Variable Independiente

Programa de intervención para la potenciación de los Recursos Psicológicos (una descripción detallada de los contenidos del programa se presenta en los Anexos III, V y VIII).

Variables Control

Variables sociodemográficas

Evaluados mediante una ficha de datos sociodemográficos (edad, sexo, estudios, ocupación, con quién vive).

Intención de cambio de la actitud ante la vida de los participantes

Se han adaptado los 6 ítems siguiendo el modelo de Prochaska, y DiClemente (1982), para valorar la intención de cambio de la actitud ante la vida de los participantes.

Evaluación de la comprensión del programa de intervención

Se ha evaluado la comprensión de cada sesión del programa con tres preguntas confeccionadas para esta investigación.

Evaluación de la coordinación y del manejo del grupo

Todas las sesiones fueron filmadas para hacer una evaluación sesión a sesión, sobre el funcionamiento del grupo, así como la coordinación y el manejo del grupo por parte de las psicólogas. Cada sesión filmada se visionaba unos días antes del inicio de la siguiente, para observar problemas, incidencias, etc., así como el desarrollo de las actividades, y de las técnicas desarrolladas en la sesión, y las habilidades de las terapeutas para comunicar los contenidos, para hacer una autocrítica del manejo del grupo. Las sesiones fueron visionadas por parte de las dos terapeutas y por el director del estudio.

3.5. Procedimiento

Una vez elaborados dos grupos, se comunicó a los participantes en que grupo les correspondía. Durante la primera sesión del programa, se realizó la presentación de todos los participantes, así como de las terapeutas, se recogieron los datos de los cuestionarios Pre-Intervención. Seguidamente, se inició el programa de Potenciación de los Recursos psicológicos, con una duración de 10 semanas (90 minutos por sesión), las sesiones fueron semanales y filmadas.

En la sesión 10 se realizó la post-evaluación, a los grupos de la investigación.

Se realizó una evaluación cualitativa del programa de intervención, un mes después de la terminación del programa de potenciación, para que nos contaran sus impresiones y comentarios sobre su participación en el grupo.

Se hizo una evaluación de seguimiento a los 3 meses de la finalización de las intervenciones.

Una vez, terminada la fase de recogida de datos, estos fueron tabulados al SPSS/PC Versión 14.

3.6. Análisis estadísticos

Una vez tabulados los datos en el SPSS/PC Versión 14. Se ha optado por un análisis estadístico más conservador (pruebas no paramétricas) debido al tamaño de la muestra, y a que no todas las variables analizadas cumplían con los supuestos paramétricos (ver anexos para datos Españoles Tabla A1). Se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

- Análisis de los supuestos paramétricos: Asimetría, Curtosis, Kolmogorov-Smirnov (ver anexos para datos Españoles Tabla A1).
- Análisis descriptivos de las variables cuantitativas, como medias, DT, %, mínimo, máximo (ver anexos para datos Españoles Tabla A1).
- Análisis de la fiabilidad (α de Cronbach) de los instrumentos utilizados, los resultados que se presentan corresponden a los obtenidos en la fase Pre-intervención (ver anexos para datos Españoles Tabla B1).
- Análisis de Pruebas no paramétricas, con la comparación de 2 muestras relacionadas (Wilcoxon) antes y después del programa de potenciación, así como se ha utilizado el mismo estadístico para el análisis del estado de ánimo antes y después de cada sesión. El estadístico Friedman para la comparación de 3 muestras relacionadas, para el análisis de las variables resultado mediadas en tres momentos diferentes (pre, post y tres meses después de terminar el programa).

4. RESULTADOS

4.1. Análisis de la intención de cambio de la actitud ante la vida inicial de los participantes al programa.

Como se aprecia en la Tabla 3, los participantes mostraron una intención de cambio de su actitud ante la vida, bastante alta al inicio del programa, lo cual sugiere que presentaban alta motivación para iniciar un programa de Potenciación. Sumando los porcentajes de las personas que estaban pensando, los que estaban decididos, los que estaban introduciendo cambios y los que ya habían introducido cambios, se obtiene que un 81,8% de la muestra estuviera dispuesta a realizar cambios en su vida.

Tabla 3: Porcentajes de la Intención de Cambio inicial de los participantes al programa de Potenciación ($n=22$).

Fases para el Cambio de su actitud ante la vida	<i>n</i>	%
No intención de cambio	4	18,2
Pensando en cambios	4	18,2
Decidido a cambiar	5	22,7
Introducido cambios	4	18,2
Cambios (mantenimiento)	5	22,7
Vuelta atrás	0	0

4.2. Análisis de la transferencia y la comprensión de la información del programa

Análisis del Manejo y Funcionamiento de los grupos

Para evaluar el manejo de los grupos y del funcionamiento de éstos, se realizaron reuniones semanales de supervisión de cada sesión, a través del visionado de éstas. Se hicieron evaluaciones críticas (análisis cualitativo), sesión por sesión, para observar la marcha de cada

una de ellas. A partir del visionado, se obtenía información sobre las dinámicas, así como de las técnicas utilizadas, y donde era interesante hacer más énfasis en la sesión siguiente.

Análisis descriptivo de la transmisión de la información sesión por sesión del programa

Para evaluar el nivel de comprensión, la transmisión, la transferencia de la información, así como la utilidad del programa, en cada sesión del programa, se realizó un análisis descriptivo para obtener las medias y D.T. de cada una de las tres preguntas destinadas a ello, descritas a continuación y obteniendo los resultados que se observan en la Tabla 4.

En lo que hace referencia a la pregunta relacionada con los *contenidos desarrollados* “¿Han sido claros los contenidos desarrollados, por las monitoras, en la sesión? evaluada de 1 (no) a 10 (sí)”, se obtuvo una puntuación media del conjunto de todas las sesiones de 8,56.

Para la evaluación del nivel de *entendimiento de la sesión* “¿Se han entendido bien los contenidos y las actividades tratados en la sesión? de 1 (nada) a 10 (todo)”, se encontró puntuaciones que oscilaban entre 8,24 de la sesión 3 (mínima puntuación) a 9,21 de la sesión 6 (máxima puntuación).

Por último, la pregunta que hacía referencia a la *utilidad de la sesión anterior* “¿Has utilizado los contenidos trabajados en la sesión anterior? de 1 (no) a 10 (sí)”, se obtuvo una media de 7,44. Con esta pregunta se intentaba evaluar el nivel de recuerdo de las actividades y los contenidos desarrollados en la sesión anterior.

Tabla 4: Evaluación descriptiva de todas las sesiones del Programa de Potenciación.

Transmisión de la información	S1 (n=22)	S2 (n=22)	S3 (n=18)	S4 (n=19)	S5 (n=17)	S6 (n=20)	S7 (n=21)	S8 (n=21)	S9 (n=18)	S10 (n=22)	Total
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Contenidos Desarrollados	8,91 (0,99)	8,32 (1,76)	8,12 (1,54)	8,11 (1,41)	8,53 (1,18)	9,05 (1,08)	8,86 (1,39)	8,29 (1,62)	8,33 (1,65)	9,05 (2,54)	8,56 (1,51)
Entendimiento de la sesión	9,00 (1,21)	8,36 (1,71)	8,24 (1,68)	8,26 (1,52)	8,65 (1,17)	9,21 (1,09)	8,90 (1,38)	8,38 (1,72)	8,61 (1,34)	8,59 (1,44)	8,62 (1,42)
Utilidad práctica de la sesión anterior	*	6,68 (1,91)	7,88 (1,99)	7,26 (2,23)	7,00 (2,67)	7,78 (1,59)	7,43 (2,04)	7,67 (2,11)	7,39 (2,33)	7,86 (2,14)	7,44 (2,11)

Nota: Se espera al menos una puntuación del 70 % (puntuación > 7.00); * en la primera sesión no se evaluó esta pregunta; M=Media; DT=Desviación típica

Análisis descriptivo de la satisfacción con el programa

Para analizar la satisfacción final al terminar el programa, así como conocer como se sintieron los participantes durante todo el desarrollo del programa, se elaboró un cuestionario global de satisfacción, obteniendo los siguientes resultados ($n=22$):

A la pregunta, “¿Cómo te has sentido en el programa?” El 52,2% contestó muy bien. En lo que respecta a “¿Cómo valoras el programa?” el 47,8% contestó muy bien, y a la valoración de las coordinadoras, el 56,5% respondió muy bien. A nivel de su valoración con el aprendizaje realizado, se obtuvo un porcentaje de 69,6% que manifestaron que su aprendizaje era bueno. También se preguntó sobre su satisfacción con el trabajo en grupo, obteniendo que el 87% de los participantes, manifestaron que si les había gustado el trabajo en grupo. Así el 91,3% manifestó haber entendido los contenidos de las sesiones.

Para valorar como se les hacía el tiempo durante su participación en las sesiones, se les preguntó como se les hacían las sesiones: muy largas, largas, cortas o muy cortas. Hipotetizamos (conforme el modelo de Bayés, 2001; 2002) que si puntuaban como cortas, podría significar que las sesiones se les habían hecho rápidas, lo cual podría denotar que estaban atentos y entretenidos, o por el contrario largas podría indicar que se habría producido aburrimiento y desagrado en las sesiones. El 73,9% de la muestra manifestó que las sesiones se les hicieron cortas.

Finalmente, se preguntó sobre su percepción de cambio a nivel de los recursos psicológicos, con una escala numérica de 1 (no cambio) a 10 (si cambio). El 34,8% manifestaron que su cambio se producía con una puntuación de 7 y el 26,1% con una puntuación de 8.

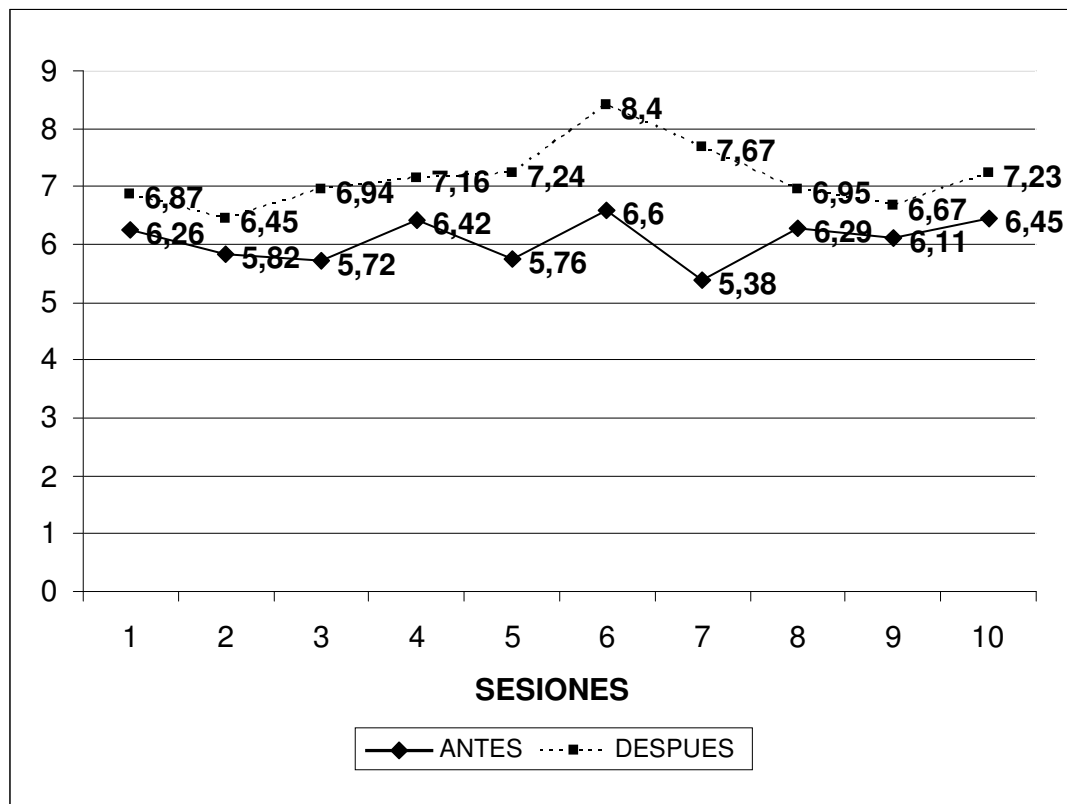
4.3. Análisis del estado de ánimo antes y después de cada sesión del Programa

Para analizar el estado de ánimo antes y después de cada sesión, se realizó un análisis de comparación de medias, con el estadístico no paramétrico Wilcoxon. Como se observa en la Tabla 5, y Figura 1, en todas las sesiones se observa un incremento del estado de ánimo al finalizar la sesión, así como las diferencias de rangos son diferentes y significativos en todas las 10 sesiones.

Tabla 5: Comparación del estado de ánimo antes y después de cada una de las sesiones.

Sesiones	Antes M (DT)	Después M (DT)	Estadísticos Z (p)
S1 (n=22)	6,26 (1,63)	6,87 (1,29)	-2,913 (.004)**
S2 (n=22)	5,82 (1,82)	6,45 (1,85)	-2,442 (.015)*
S3 (n=18)	5,72 (1,64)	6,94 (1,92)	-2,954 (.003)**
S4 (n=19)	6,42 (1,64)	7,16 (1,61)	-2,507 (.012)*
S5 (n=17)	5,76 (1,25)	7,24 (1,79)	-3,407 (.001)**
S6 (n=20)	6,60 (1,68)	8,40 (1,23)	-3,717 (.000)**
S7 (n=21)	5,38 (1,60)	7,67 (1,88)	-3,857 (.000)**
S8 (n=21)	6,29 (1,38)	6,95 (1,50)	-2,837 (.005)**
S9 (n=18)	6,11 (1,49)	6,67 (1,78)	-2,640 (.008)**
S10 (n=22)	6,45 (1,92)	7,23 (1,80)	-3,169 (.002)**

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

Figura 1: Representación gráfica de las puntuaciones obtenidas en la evaluación del estado de ánimo antes y después de cada sesión.

4.4. Análisis de las variables del estudio: Diferencias entre ellas antes y después del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos

Para comparar las variables antes y después del Programa de potenciación se realizó una prueba no paramétrica de comparación de medias para 2 muestras relacionadas Wilcoxon, obteniendo los resultados que se presentan en la Tabla 6. Como se puede observar, se han establecido diferencias significativas entre las siguientes variables: Optimismo, Sentido del humor, Vitalidad, puntuación total de la IRP, Satisfacción con la vida, observándose que fue en la evaluación post donde se obtuvo unas puntuaciones más elevadas en estas variables que en el análisis pre. En relación, a las variables, Ansiedad e Insomnio, y Disfunción social, éstas son estadísticamente significativas, sus puntuaciones disminuyeron en la evaluación post. Finalmente, las siguientes variables Optimismo disposicional ($p=0,056$), Estrés percibido ($p=0,054$), Depresión grave ($p=0,068$) han presentado diferencias pre-post programa sin lograr un nivel de significación del 95% ($p<.10$, significación límite).

Tabla 6: Comparación de las variables del estudio antes y después del Programa de Potenciación.

	PRE (n=22)			POST (n=22)			Estadísticos Z (p)
	MIN	MAX	MEDIA (DT)	MIN	MAX	MEDIA (DT)	
OPTIMISMO	36	89	55,16 (12,69)	28	92	60,86 (18,00)	-1,966 (.049)*
SENTIDO HUMOR	43	97	71,67 (12,33)	50	97	77,42 (15,83)	-2,422 (.015)*
ESPIRITUALIDAD	0	72	31,57 (17,52)	0	67	31,06 (19,22)	0,000 (1.000)
VALOR	28	89	60,86 (15,66)	33	100	65,66 (16,85)	-1,660 (.097)+
PERDÓN	50	94	68,94 (12,08)	39	100	71,72 (14,13)	-1,380 (0.168)
CREATIVIDAD	33	87	64,24 (14,33)	40	100	67,30 (17,24)	-1,171 (.242)
VITALIDAD	39	94	60,61 (16,26)	39	100	66,92 (18,02)	-2,140 (.032)*
JUSTICIA	53	100	72,42 (11,87)	47	100	72,12 (13,43)	-0,241 (.809)
AUTOCONTROL	7	87	51,52 (18,76)	7	93	55,45 (17,86)	-0,997 (.319)
INTELIGENCIA SOCIAL	33	100	70,71 (19,56)	33	100	73,74 (17,33)	-1,035 (.301)
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	50	92	68,65 (12,05)	42	100	71,72 (15,15)	-0,915 (.360)
AMAR	44	100	81,31 (18,90)	44	100	83,33 (18,06)	-1,414 (.157)
MENTALIDAD ABIERTA	44	100	66,67 (17,14)	11	100	68,18 (18,56)	-0,897 (.370)
INTELIGENCIA EMOCIONAL	56	100	73,74 (13,95)	56	100	76,26 (16,19)	-1,032 (.302)
IRP	45	83	63,22 (8,77)	46	92	66,79 (12,52)	-2,371 (.018)*
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	3	16	12,73 (2,99)	8	19	14,24 (3,14)	-2,810 (.005)**
OPTIMISMO DISPOSICIONAL	10	20	15,19 (2,64)	7	23	16,59 (4,08)	-1,912 (.056)+
ESTRÉS PERCIBIDO	10	27	17,55 (4,35)	11	23	15,45 (3,63)	-1,923 (.054)+
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	1	11	4,82 (2,11)	0	11	4,09 (2,52)	-1,352 (.176)
ANSIEDAD E INSOMNIO	0	15	4,77 (4,27)	0	21	3,91 (4,51)	-3,709 (.000)**
DISFUNCION SOCIAL	3	11	6,64 (1,87)	2	9	5,50 (1,92)	-2,291 (.022)*
DEPRESIÓN GRAVE	0	13	1,23 (3,04)	0	6	0,45 (1,33)	-1,826 (.068)+
QUEJAS DE SALUD	4	23	11,55 (4,86)	2	25	11,68 (6,07)	-0,075 (.940)

Nota: ** p<.01; * p<.05; +p<.10; IRP=puntuación total del inventario de recursos psicológicos

4.5. Estudio de Seguimiento: Diferencias entre las variables Tres meses después de terminar el Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos.

Se realizó una prueba no paramétrica de comparación de K muestras relacionadas (Friedman) para comparar las tres medidas de evaluación en el tiempo (pre, post y a los 3 meses de terminar el Programa de Potenciación). Se recuerda que este análisis elimina los sujetos que no han completado las 3 mediciones, obteniendo el análisis a partir de datos completos. Los resultados se presentan en la Tabla 7, como se puede observar se establecieron diferencias estadísticamente significativas en las variables: Optimismo, Sentido del humor, Vitalidad, Amar y dejarse amar, Estos recursos psicológicos incrementaron sus índices a los tres meses de haber terminado el programa. Para la variable Vitalidad, se produjo una disminución en el seguimiento, pero no se llegaron a los índices pre. Se observó que la variable Quejas de salud subjetiva experimentaba una disminución en el seguimiento, pero no llegaba a ser significativo, sino que estaba en el límite de la significación ($p=0,065$). Se encuentran el mismo resultado para las variables Perdón ($p=0,076$), Solución de problemas ($p=0,054$) y la puntuación total de la IRP ($p=0,097$), observándose un ligero aumento de las puntuaciones de estas variables a los tres meses del seguimiento.

Tabla 7: Comparación entre las tres medidas: pre, post y a los 3 meses de terminar el Programa de Potenciación ($n=10$).

	Variable	Pre X (DT)	Post X (DT)	3 meses X (DT)	Chi-cuadrado	<i>p</i>
Recursos Psicológicos	Optimismo	53,61 (16,41)	52,50 (20,18)	63,05 (27,09)	10,95	.004**
	Sentido humor	66,00 (13,50)	71,33 (16,72)	76,33 (18,82)	7,39	.025*
	Espiritualidad	30,00 (21,31)	30,00 (21,94)	25,55 (21,15)	2,87	.239
	Valor	62,22 (18,29)	61,11 (16,14)	61,67 (22,44)	1,23	.539
	Perdón	71,67 (14,21)	70,00 (17,61)	75,55 (17,99)	5,17	.076+
	Creatividad	60,00 (16,92)	63,33 (19,94)	65,33 (18,80)	4,52	.104
	Vitalidad	60,55 (20,53)	66,11 (20,19)	63,89 (19,47)	7,29	.026*
	Justicia	71,33 (10,91)	66,67 (13,70)	74,67 (20,80)	2,39	.303
	Autocontrol	50,00 (16,10)	48,00 (18,54)	51,33 (22,89)	1,60	.449
	Inteligencia Social	78,89 (22,50)	73,33 (19,74)	81,11 (16,60)	2,16	.340
	Solución de problemas	70,00 (13,15)	66,67 (17,12)	74,17 (12,08)	5,84	.054+
	Amar y dejarse amar	68,89 (15,54)	71,11 (17,53)	82,22 (19,03)	6,09	.048*
	Mentalidad abierta	66,67 (21,60)	62,22 (24,68)	63,33 (24,60)	0,857	.651
	Inteligencia emocional	71,11 (18,30)	73,33 (19,74)	73,33 (17,53)	0,828	.661
	IRP	61,73 (11,23)	61,99 (14,15)	65,37 (16,10)	4,67	.097+
Satisfacción con la Vida	Satisfacción con la Vida	11,50 (3,92)	12,80 (3,76)	12,90 (4,53)	4,47	.107
Optimismo disposicional	Optimismo disposicional	14,33 (2,96)	13,78 (3,86)	13,89 (5,15)	0,929	.629
Estrés Percibido	Estrés Percibido	16,86 (3,58)	17,43 (4,08)	16,57 (1,99)	0,963	.618
Salud General	Síntomas somáticos	4,50 (1,58)	4,90 (2,59)	4,30 (1,57)	1,00	.607
	Ansiedad e insomnio	5,90 (4,82)	5,70 (5,96)	5,70 (4,80)	0,649	.723
	Disfunción social	6,70 (2,54)	6,30 (1,93)	7,00 (4,74)	0,061	.970
	Depresión grave	2,20 (4,24)	0,90 (1,91)	1,40 (2,95)	1,62	.920
Quejas de Salud subjetivas	Quejas de salud subjetivas	11,78 (4,55)	13,89 (6,56)	10,44 (5,94)	5,47	.065+

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como se ha podido observar, a través de los resultados, el programa de potenciación de los recursos psicológicos se entiende y comprende bien, en cada una de las sesiones diseñadas, así como en su conjunto.

El programa favorece el aumento del estado de ánimo de los participantes en todas las sesiones programadas, quedando confirmada la primera de las hipótesis planteadas (al finalizar cada una de las sesiones, los participantes informarán de mejores niveles de estado de ánimo comparado con el inicio de la sesión).

Los participantes informaron que habían detectado en si mismos, cambios en sus recursos psicológicos una vez terminado el programa de potenciación. Se habían echo más concientes de los recursos psicológicos que tenían, y habían intentado estimular su desarrollo a través de la puesta en marcha de las actividades y elementos diseñados en el programa de intervención.

La segunda y la tercera de las hipótesis quedan confirmadas parcialmente, ya que no todos los recursos psicológicos mejoraron con la intervención (hipótesis 2), ni todas las variables de salud (hipótesis 3). En este sentido, el programa logró aumentar la satisfacción con la vida, el optimismo disposicional, los recursos psicológicos siguientes: optimismo, sentido del humor, vitalidad, y la puntuación total del inventario de recursos psicológicos, así como disminuir la depresión, la ansiedad, la disfunción social, y el estrés percibido, lo cual da indicadores para afirmar que el trabajo realizado por los participantes durante las 10 sesiones del programa, les ayudó a mejorar sus recursos psicológicos, lo cual contribuyó a aumentar su bienestar subjetivo y su salud percibida. Los resultados se pueden corroborar con estudios previos que demostraron que el bienestar personal se puede incrementar de un modo sostenido a través de la potenciación de estas variables (Sheldon y Houser-Marko, 2001).

Según Lazarus y Folkman (1986), el estrés psicológico es "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar." Este planteamiento sugiere que debido a que las personas frente a una situación que tiene que afrontar pueden reaccionar de diferente manera dependiendo de si disponen o no de los recursos para hacer frente a ello. En este sentido, comparando los resultados obtenidos con este modelo se puede sugerir que después de pasar por el programa de potenciación, los participantes obtienen un incremento en sus recursos psicológicos, lo cual les ayuda a afrontar las situaciones de la vida de mejor forma, resultado que se observa porque se produce una disminución del estrés percibido, así como de las otras variables de salud.

Siguiendo el mismo argumento del aumento de los recursos psicológicos, se observa que de igual manera aumenta el optimismo disposicional y la satisfacción con la vida. Los datos sugieren que el programa logra potenciar los recursos psicológicos: optimismo, sentido del humor, vitalidad, y la puntuación total del inventario de recursos psicológicos, los cuales estarían favoreciendo el aumento del optimismo disposicional y de la satisfacción con la vida, y disminuyendo el estrés percibido, depresión, la ansiedad, y la disfunción social, lo cual contribuiría a incrementar el bienestar subjetivo de los participantes a corto plazo.

Con el análisis del seguimiento a los 3 meses de la finalización del programa, se observó que los recursos psicológicos: optimismo, sentido del humor, y amar y dejarse amar, obtenían un aumento en relación con las demás evaluaciones. El optimismo se mantiene como uno de los recursos psicológicos más potenciado a través del programa, ya que tanto en la post-evaluación como en el seguimiento, los índices de esta variable fueron aumentando. Existe gran número de referencias bibliográficas que demostraron que el optimismo es un recurso para aumentar el bienestar subjetivo de las personas (Shepperd, Maroto y Pbert, 1996; Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey, 1998; Scheier, Carver y Bridges, 2001).

El sentido del humor de los participantes se ve aumentando por el programa y se mantiene el aumento en el seguimiento. Existen investigaciones que demuestran que el sentido del humor es un recurso favorecedor de un estado de ánimo positivo y de un bienestar subjetivo (Cousins, 2000; Carbelo, 2004; Carbelo y Jáuregui, 2006).

Se encontró que la variable amar y dejarse amar quedaba potenciada con el paso del tiempo, siendo en el seguimiento cuando sus índices eran más elevados, esta variable valora las relaciones íntimas y profundas con los demás, y la capacidad para recibir amor y afecto de los demás. Como manifiestan Peterson y Seligman (2004) la capacidad de amar y recibir amor va cambiando con el paso del tiempo, y con los aprendizajes que se van realizando, comentan que existen diferentes tipos de amor, el amor de los hijos a los padres, de los padres a los hijos, el amor romántico, el amor entre amigos, y cada uno de estos afectos van evolucionando y cambiando a medida que se va desarrollando la vida. Encontraron que esta capacidad potencia y ayuda a la salud psicológica y física tanto desde la infancia como en la tercera edad.

Con estas tres variables que quedan potenciadas y sostenido su efecto con el paso del tiempo, se puede sugerir que el programa diseñado se dirige de forma más intensa y específica a fortalecer el optimismo, la disposición a esperar que el futuro nos depare acontecimientos y resultados

mejores, junto con el sentido del humor, el cual favorece la disminución de las excesivas preocupaciones, muchas veces innecesarias, para percibir los sucesos de forma más placentera y afrontándolos desde otra perspectiva, más óptima para su solución. Además, sentirse querido, sentirse amado y compartir a nivel emocional esos sentimientos con los demás y con nosotros mismos, sincerándonos sobre lo que sentimos, nos está ayudando a afrontar y percibir nuestra vida y nuestro alrededor con un matiz mucho más óptimo. Juntos estos recursos psicológicos, pueden estar incrementando nuestra satisfacción con la vida y nuestra salud percibida. Así, estas variables se han descrito en otros estudios como variables que están ligadas al bienestar subjetivo (Avia y Vázquez, 1998; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Carbelo y Jáuregui, 2006). Parece demostrar el programa que los cambios producidos en un primer momento, se mantienen al cabo de los tres meses.

La Vitalidad, se mostró significativa, aunque la mayor puntuación se obtuvo en el análisis post, en el seguimiento se produjo una disminución de los índices de la variable en relación al análisis post, sin llegar a los niveles iniciales. La vitalidad se definió como aquella persona que se siente viva y con energía, y que logra transmitir esta energía a los demás. Hace referencia a aspectos psicológicos (conciencia de estar vivo y de la capacidad cognitiva para llevar a cabo acciones que tienen un significado y un propósito) y aspectos físicos (conciencia de tener salud física, y energía física motivadora) (Peterson y Seligman, 2004). Todo ello parece sugerir que el programa logra fortalecer la vitalidad (quizás en su componente más cognitiva), pero su efecto disminuye con el paso del tiempo. Tal vez, el programa consigue potenciar en un primer momento, esta variable, energizante, motivadora y dinámica para hacer cosas nuevas y experimentar situaciones nuevas, en este sentido, debido a que los participantes tuvieron que asistir a las sesiones, y en ellas se hacían actividades novedosas, y eran una fuente motivadora para el autoconocimiento, y el conocimiento de los demás, precisamente por eso mismo, esta variable adquiere altos índices en la evaluación post, y con el paso del tiempo, lo que sucede es que los participantes olvidan el componente motivador que tenía el programa, lo cual hace que disminuyan los índices de esta variable en el seguimiento.

Siguiendo con las investigaciones de Peterson y Seligman (2004), encontraron que la vitalidad está altamente relacionada con la salud y el bienestar subjetivo, ya que encontraron que fumar, una dieta pobre no variada, la inactividad física, y el estrés estaba asociado negativamente con la vitalidad.

Además, los estudios realizados por el equipo de Seligman, buscó cuales eran las fortalezas que más se asociaban con la felicidad y el bienestar, encontrando que eran la curiosidad y el interés

por el mundo, el optimismo, la gratitud, la vitalidad y amar y dejarse amar. Para este estudio, parece que tres de estos recursos son los que más quedan potenciados a través del programa (optimismo, amar y dejarse amar y vitalidad).

Además hay tres variables en la frontera de la significación, mostrando una tendencia al aumento de sus puntuaciones con el paso del tiempo (Perdón, solución de problemas, y la escala global de recursos psicológicos). Parece que el programa da herramientas para mejorar estos recursos psicológicos y que se mantiene un efecto a largo plazo del programa.

No hay diferencias en las variables salud general tras finalizar el programa. Como los participantes del programa fueron personas saludables no era esperable que hubiese cambios significativos en esta dimensión. Sin embargo, se puede observar que las quejas subjetivas de salud presentan una tendencia a disminuir una vez concluido el programa.

6. CONCLUSIONES

El Programa de Intervención Psicológica para la Potenciación de los Recursos Psicológicos sometido a evaluación, ha mostrado ser útil y eficaz, para mejorar los siguientes indicadores:

- El estado de ánimo.
- Los recursos psicológicos (medido por la puntuación total de la IRP), y específicamente las dimensiones, optimismo, sentido del humor, vitalidad.
- La satisfacción con la vida.
- El Optimismo disposicional
- Disminuir la ansiedad, depresión y disfunción social.
- Los cambios observados logran mantenerse a los tres meses de seguimiento, o aún se maximizan, observándose un aumento de los siguientes indicadores: optimismo, sentido del humor, y amar y dejarse amar.
- Para los indicadores perdón, solución de problemas, y la escala global de recursos psicológicos se observa un aumento pero no estadísticamente significativo.
- Los participantes en el programa disminuyen las quejas de salud subjetivas en el seguimiento a los tres meses.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 1

Podemos encontrar diferentes limitaciones en este estudio que podrían dificultar o limitar la generalización de los resultados:

- El diseño utilizado no tiene un grupo control comparativo.
- La muestra es pequeña.
- Los estudiantes de psicología que asistían al programa, recibían créditos para una asignatura de Psicopatología ECTS de la licenciatura de Psicología, lo que ha podido aumentar el índice de asistencia al programa.

ESTUDIO 2: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS CON PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Validar el Programa de Intervención para la Potenciación de los Recursos Psicológicos en pacientes con Esclerosis Múltiple

1.2. Objetivos Específicos

- Aplicar el Programa de Potenciación de los recursos psicológicos a pacientes con esclerosis múltiple.
- Identificar la eficacia del programa mediante las diferencias observadas entre los recursos psicológicos, la salud general percibida, el estrés percibido y la satisfacción con la vida, antes y después de la aplicación.
- Investigar el efecto del programa después de tres meses de su finalización.
- Investigar la relación de los recursos psicológicos, la salud general percibida, el estrés percibido y la satisfacción con la vida, antes de iniciar el programa de potenciación.
- Investigar la relación de los recursos psicológicos, la salud general percibida, el estrés percibido y la satisfacción con la vida, una vez terminado el programa de potenciación.
- Investigar la relación de los recursos psicológicos, la salud general percibida, el estrés percibido y la satisfacción con la vida, tres meses después de haber terminado el programa.

2. HIPÓTESIS

- Al finalizar cada una de las sesiones, los participantes informarán e mejores niveles de estado de ánimo comparado con el inicio de la sesión.
- Al finalizar el programa, los participantes informarán de mejores recursos psicológicos que los que tenían al inicio del programa.

- Al finalizar el programa, los participantes informarán de mejor salud percibida, mejor satisfacción con la vida, mejor optimismo disposicional, y menor estrés percibido.

3. MÉTODO

3.1. Diseño del estudio

Según la clasificación de las metodologías de investigación en Psicología de Montero y León (2005), nuestro diseño sigue una metodología Cuasi experimental Pre-Post con tres medidas en el tiempo de comparación: pre, post y seguimiento a los 3 meses de haber terminado la intervención (Tabla 8).

Tabla 8: Diseño del Estudio con una muestra de pacientes con Esclerosis Múltiple.

2 grupos de pacientes con Esclerosis Múltiple	PRE	Programa de Potenciación	POST	3 MESES
	X	X	X	X

3.2. Participantes

Se realizaron dos grupos de intervención compuestos por 16 pacientes de Esclerosis Múltiple que iban a consultas externas del Hospital Universitario de Getafe (Madrid). Uno de los grupos estaba formado por 9 participantes y el otro grupo por 7. Debido a que sólo se disponía de datos completos (evaluación pre y post) de 14 participantes, se decidió realizar todos los análisis estadísticos, teniendo en cuenta sólo a los 14. Eliminando de nuestros análisis a los 2 sujetos que no terminaron el programa de potenciación de los recursos psicológicos. La muestra final constaba de 11 mujeres (78,57%) y 3 hombres (21,43%), con unas edades comprendidas entre los 23 y los 54 (M=38,44) años. En la tabla 9 se presentan otros datos de interés de los participantes.

Tabla 9: Datos sociodemográficos de la muestra de pacientes de Esclerosis múltiple ($n=14$).

Nivel de estudios	18,8% Primarios
	12,5% Secundarios
	25% Formación Profesional
	43,7% Universitarios
Ocupación	12,5 % Inactivos
	75% Trabajadores
	12,5 % Pensionistas
Residencia	18,8 % Solos
	6,3% Padres
	75% Pareja
Año del diagnóstico de EM	31,3 % entre 1990 y 1996
	43,7 % entre 1997 y 2003
	25 % entre 2004 y 2005

Se solicitó la participación voluntaria de los pacientes con Esclerosis múltiple, firmando durante el inicio de la primera sesión del programa el consentimiento informado, así como las normas del grupo. Las sesiones de los grupos se realizaban los jueves en una sala del Hospital Universitario de Getafe, primero se desarrollaba un grupo y a continuación el segundo. Los grupos estuvieron guiados y coordinados por dos terapeutas, psicólogas.

El Comité Ético del Hospital Universitario de Getafe aprobó la realización del programa de potenciación.

3.3. Instrumentos y Variables

Los instrumentos en su versión española se describen en detalle en Anexos, para evitar la repetición de la información en los diferentes estudios. Además, se incluye información sobre la fiabilidad de los instrumentos en Anexos.

Variables Dependientes (Medidas de resultado)

Salud General Percibida

Evaluada con el CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ-28) de Lobo y Muñoz (1996).

Recursos Psicológicos

Medidos con el INVENTARIO DE RECURSOS PSICOLÓGICOS (IRP), de Martínez de Serrano (2007).

Optimismo Disposicional

Evaluado con el TEST DE ORIENTACIÓN VITAL-REVISADO (LOT-R) de Scheier y Carver (1994).

Quejas Subjetiva de Salud

Se ha usado el INVENTARIO DE QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD (SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINT, SHC) de Eriksen, Ihdeback y Ursin (1999).

Satisfacción con la vida

Evaluada con la ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (Satisfaction With Life Scale, SWLS), de Diener, Emmons, Larsen, y Griffin (1985).

Estrés Percibido

Evaluado con la ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO versión de 10 ítems (Perceived Stress Scale, PSS-10) de Cohen, Kamarck, y Mermelstein (1983).

Estado de ánimo

Se ha medido el estado de ánimo antes y después de cada sesión, mediante una escala EVA de 0 mal estado de ánimo a 10 muy buen estado de ánimo.

Satisfacción con la Intervención

Se ha medido la satisfacción con el programa de intervención a través de un cuestionario elaborado específicamente para esta intervención.

Variable Independiente

Programa de intervención para la Potenciación de los Recursos Psicológicos adaptado para los pacientes con esclerosis múltiple.

Como el programa iba dirigido a personas con esclerosis múltiple se introdujo una sesión nueva, la sesión2, en la cual se trabajaba el tipo de información y conocimientos que tenían de su enfermedad y las preguntas y dudas que tenían sobre la misma. Previamente, en la Sesión1, los últimos 15 minutos previos a terminarla, se les indicó que escribieran dos o tres preguntas o dudas que tuvieran sobre su enfermedad. Se recogieron las preguntas y se las entregaron a un Neurólogo del Hospital Universitario de Getafe para que en la sesión 2 asistiera y resolviera las dudas de los participantes en el programa. Además, los participantes pensaron más preguntas y dudas para hacer directamente al neurólogo el día de su presencia en la sesión. De esta manera, se estaba favoreciendo la comunicación entre el médico-paciente, ya que muchas veces, los pacientes tiene muchas dudas y no preguntan a sus médicos.

De esta manera, el programa adaptado a los pacientes con esclerosis múltiple tuvo 11 sesiones, con la introducción de una nueva sesión sobre información de su enfermedad. Quedando las demás sesiones con la misma estructura y actividades que la que utilizamos para validar el programa con los estudiantes.

(Ver la descripción detallada de los contenidos del programa que se presenta en los Anexos III, V y VIII).

Variables Control

Variables sociodemográficas

Evaluados mediante una ficha de datos sociodemográficos (edad, sexo, estudios, ocupación, con quién vive). Se ha añadido una pregunta más: el Año de diagnóstico de la enfermedad.

Intención de cambio de la actitud ante la vida de los participantes

Se ha adaptado los ítems siguiendo el modelo de Prochaska, y DiClemente (1982), sobre la Intención de Cambio.

Evaluación de la comprensión del programa de intervención

Se ha evaluado la comprensión de cada sesión del programa con tres preguntas confeccionadas para esta investigación.

3.4. Procedimiento

Una vez formados los dos grupos, se comunicó a los participantes en que grupo les correspondía. Durante la primera sesión del programa, se realizó la presentación de todos los participantes, así como de las terapeutas, se recogieron los datos de los cuestionarios Pre-Intervención. Seguidamente, se inició el programa de Potenciación de los Recursos psicológicos, con una duración de 11 semanas (90 minutos por sesión), las sesiones fueron semanales.

En la sesión 11 se realizó la post-evaluación, a los grupos de la investigación.

Se hizo una evaluación de seguimiento a los 3 meses de la finalización de las intervenciones.

Una vez, terminada la fase de recogida de los datos, estos fueron tabulados al SPSS/PC Versión.14.

3.5. Análisis estadísticos

Una vez tabulados los datos en el SPSS/PC Versión.14., se optó por un análisis estadístico más conservador (pruebas no paramétricas) debido al tamaño de la muestra, y a que no todas las variables analizadas cumplían con los supuestos paramétricos (ver anexos para datos Españoles Tabla A1).

Se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

- Análisis de los supuestos paramétricos: Asimetría, Curtosis, Kolmogorov-Smirnov (ver anexos para datos Españoles Tabla A1).
- Análisis descriptivos de las variables cuantitativas, como medias, DT, %, mínimo, máximo (ver anexos para datos Españoles Tabla A1).
- Análisis de la fiabilidad (α de Cronbach) de los instrumentos utilizados, los resultados que se presentan corresponden a los obtenidos en la fase Pre-intervención (ver anexos para datos Españoles Tabla B1).
- Análisis de Pruebas no paramétricas, con la comparación de 2 muestras relacionadas (Wilcoxon) antes y después del programa de potenciación, así como se ha utilizado el mismo estadístico para el análisis del estado de ánimo antes y después de cada sesión. El estadístico Friedman para la comparación de 3 muestras relacionadas, para el análisis de las variables resultado mediadas en tres momentos diferentes (pre, post y tres meses después de terminar el programa).

4. RESULTADOS

4.1. Análisis de la Intención de Cambio inicial de los participantes al programa.

Como se observa en la Tabla 10, los participantes mostraron una intención de cambio bastante alta al inicio del programa, lo cual nos sugiere que presentaban alta motivación para iniciar un programa de Potenciación. Sumando los porcentajes de las personas que estaban pensando, los que estaban decididos, y los que estaban introduciendo cambios, se tiene que un 56,3% de la muestra estaba dispuesta a realizar cambios en su vida.

Tabla 10: Porcentajes de la Intención de Cambio inicial de los participantes al programa de Potenciación ($n=14$).

Fases para el Cambio	<i>n</i>	%
No intención de cambio	3	21,4
Pensando en cambios	3	21,4
Decidido en cambiar	2	14,3
Introducido cambios	0	0
Cambios	3	21,4
Vuelta atrás	3	21,4

4.2. Análisis de la transferencia y la comprensión de la información del Programa

Análisis descriptivo de la transmisión de la información sesión por sesión del programa

Para evaluar el nivel de comprensión y utilidad del programa en cada sesión del programa. Se realizó un análisis descriptivo para obtener las medias y D.T de cada una de las tres preguntas, obteniendo los resultados que se describen en la Tabla 11. En lo que hace referencia a la pregunta relacionada con los *contenidos desarrollados*, se obtuvo una puntuación media del conjunto de todas las sesiones de 8,74. Para la evaluación del nivel de *entendimiento de la sesión* se encontró una media de 8,80. Por último, la pregunta que hacía referencia a la *utilidad de la sesión anterior*, como puntuación global, los participantes puntuaron con una nota media de 7,24.

Tabla 11: Evaluación descriptiva de todas las sesiones del Programa de Potenciación.

Transmisión de la información	S1 (n=14) M (DT)	S2 (n=14) M (DT)	S3 (n=13) M (DT)	S4 (n=13) M (DT)	S5 (n=11) M (DT)	S6 (n=10) M (DT)	S7 (n=11) M (DT)	S8 (n=11) M (DT)	S9 (n=11) M (DT)	S10 (n=12) M (DT)	S11 (n=14) M (DT)	Total M (DT)
Contenidos Desarrollados	8,64 (1,15)	8,79 (1,05)	8,85 (1,21)	8,88 (1,30)	8,27 (1,74)	8,90 (1,52)	9,36 (0,92)	9,00 (0,89)	8,45 (1,51)	9,00 (0,85)	8,29 (1,44)	8,74 (1,23)
Entendimiento de la sesión	8,71 (1,07)	9,00 (0,96)	8,92 (1,26)	9,00 (1,23)	8,36 (2,01)	8,60 (1,65)	9,36 (0,67)	9,18 (0,98)	8,36 (1,57)	8,75 (0,87)	8,57 (1,55)	8,80 (1,26)
Utilidad práctica de la sesión anterior	*	5,77 (3,61)	6,75 (2,53)	7,46 (1,76)	7,27 (1,27)	8,20 (2,15)	7,55 (1,64)	7,91 (1,92)	6,09 (3,11)	7,64 (1,36)	7,71 (2,49)	7,24 (2,18)

*Nota: se espera al menos una puntuación del 70% (puntuaciones >7.00); * en la primera sesión no se evaluó esta pregunta; M=Media; DT=Desviación típica*

Análisis descriptivo de la satisfacción con el programa

Para analizar de satisfacción final al terminar el programa, así como conocer como se sintieron los participantes durante todo el desarrollo del programa, se utilizó el mismo cuestionario global de satisfacción que en el estudio 1, obteniendo los siguientes resultados ($n=14$):

A la pregunta, “¿Cómo te has sentido en el programa?” El 54,5% contestó muy bien. En lo que respecta a “¿Cómo valoras el programa?” el 54,5% contestó muy bien, y a la valoración de las coordinadoras, el 72,7% respondió muy bien. A nivel de su valoración con el aprendizaje realizado, se obtuvo un porcentaje de 63,6% que manifestaron que su aprendizaje era bueno. Sobre su satisfacción con el trabajo en grupo, se obtuvo que el 100% de los participantes, manifestaron que sí les había gustado el trabajo en grupo, y el 100% manifestó haber entendido los contenidos de las sesiones.

Por lo que respecta a la dificultad de asistir a las sesiones del programa, el 81,8% comentó no tener problemas para la asistencia al programa. En referencia al horario de las sesiones, el 100% no tuvo problemas con el horario establecido. El 72,7% de la muestra manifestó que las sesiones se le hicieron cortas.

Sobre su percepción de cambio a nivel de sus recursos psicológicos, con una escala numérica de 1 (no cambio) a 10 (si cambio). El 72,7% manifestaron que su cambio se producía con una puntuación de 7 y el 9,1% con una puntuación de 9.

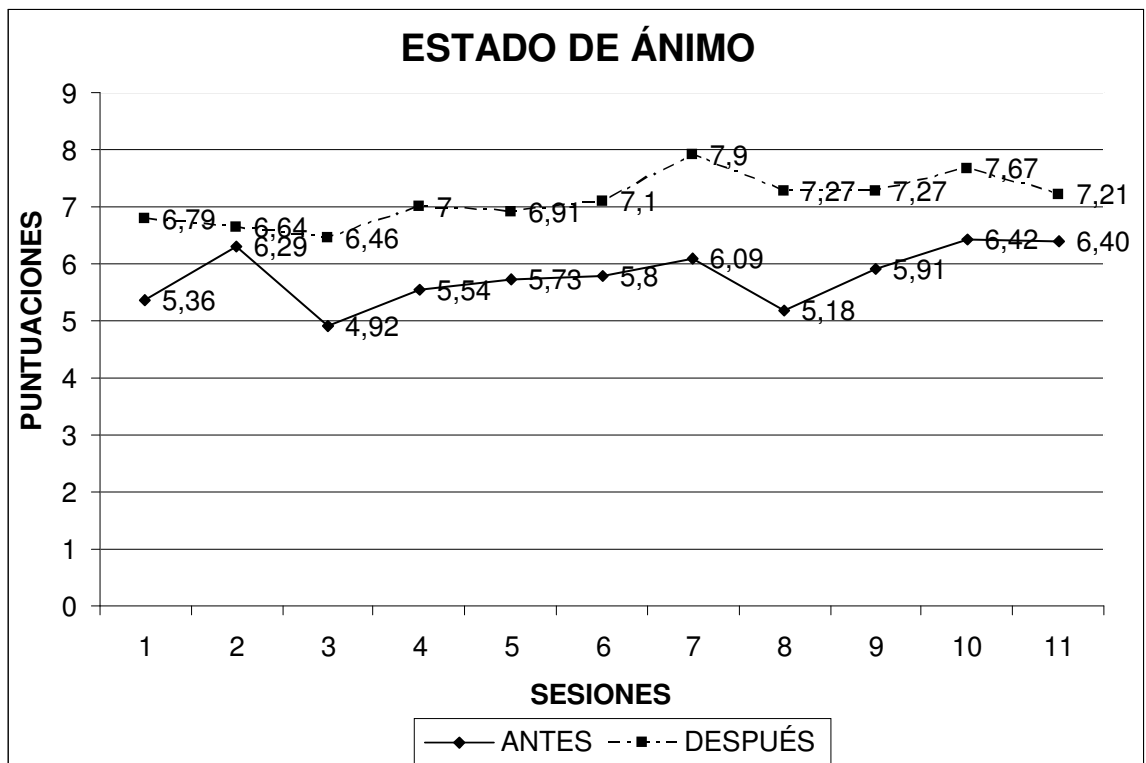
4.3. Análisis del estado de ánimo antes y después de cada sesión del Programa

Del mismo modo que en el Estudio 1, se evaluó el estado de ánimo antes y después de cada una de las sesiones de los pacientes con esclerosis múltiple. Las diferencias entre el antes y el después se han analizado con el estadístico no paramétrico de Wilcoxon, como se puede observar en la Tabla 12 y la Figura 2, en todas las sesiones se identifica un incremento del estado de ánimo al finalizar la sesión, excepto para la Sesión 2 que fue la sesión informativa de la enfermedad impartida por un especialista neurólogo.

Tabla 12: Comparación del estado de ánimo antes y después de cada una de las sesiones.

Sesión	<i>n</i>	Antes M (DT)	Después M (DT)	Estadísticos Z (<i>p</i>)
S1	14	5,36 (1,45)	6,79 (1,31)	-3,166 (.001)**
S2	14	6,29 (0,99)	6,64 (1,28)	-0,812 (.417)
S3	13	4,92 (1,44)	6,46 (1,40)	-2,836 (.005)**
S4	13	5,54 (1,51)	7,00 (1,29)	-2,571 (.010)**
S5	11	5,73 (1,74)	6,91 (1,45)	-2,489 (.013)*
S6	10	5,80 (1,88)	7,10 (1,97)	-2,588 (.010)**
S7	11	6,09 (1,04)	7,90 (1,29)	-2,701 (.007)**
S8	11	5,18 (1,54)	7,27 (1,62)	-2,968 (.003)**
S9	11	5,91 (1,04)	7,27 (1,79)	-2,461 (.014)*
S10	12	6,42 (.99)	7,67 (0,89)	-2,714 (.007)**
S11	14	6,40 (1,51)	7,21 (1,58)	-2,414 (.016)*

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

Figura 2: Representación gráfica de las puntuaciones obtenidas del estado de ánimo antes y después de cada una de las sesiones.

4.4. Análisis de las variables del estudio: Diferencias entre ellas antes y después del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos

Se usó la prueba no paramétrica de comparación de medias de 2 muestras relacionadas (Wilcoxon) para comparar las diferencias entre las variables, antes y después del programa de potenciación, obteniendo los resultados que se presentan en la Tabla 13. Encontrando las siguientes diferencias en las variables: Autocontrol, Mentalidad abierta, Ansiedad e insomnio, y Depresión grave.

Tabla 13: Comparación de las variables del estudio antes y después del Programa de Potenciación.

Variables	PRE (n=14)			POST (n=14)			Z (p)
	MIN	MAX	MEDIA (DT)	MIN	MAX	MEDIA (DT)	
Optimismo	27,78	88,89	61,31 (15,62)	41,67	88,89	62,50 (12,69)	-0,602 (.541)
Sentido Humor	40,00	80,00	63,85 (11,85)	40,00	86,67	65,48 (11,88)	-0,776 (.438)
Espiritualidad	22,22	72,22	44,84 (15,93)	11,11	94,44	47,22 (25,29)	-0,435 (.664)
Valor	27,78	100,00	57,94 (20,06)	33,33	72,22	59,52 (10,98)	-0,438 (.662)
Perdón	55,56	83,33	66,24 (9,48)	33,33	94,44	68,25 (13,31)	-0,822 (.441)
Creatividad	33,33	86,67	62,56 (16,90)	40	100	64,28 (16,03)	-0,309 (.758)
Vitalidad	27,78	72,22	52,78 (13,74)	16,67	72,22	50,40 (16,08)	-0,884 (.377)
Justicia	66,67	100,00	84,10 (12,03)	40	100	79,05 (14,52)	-0,768 (.443)
Autocontrol	40,00	86,67	55,00 (14,80)	46,67	93,33	60,48 (13,19)	-2,537 (.011)*
Inteligencia Social	55,56	88,89	77,78 (11,53)	44,44	100	73,01 (16,14)	-0,872 (.383)
Solución de Problemas	50,00	100,00	71,43 (12,96)	41,67	100	72,02 (16,54)	-0,360 (.719)
Amar y dejarse Amar	55,56	100,00	87,30 (15,01)	55,56	100	83,33 (17,29)	-1,406 (.160)
Mentalidad Abierta	44,44	100,00	77,78 (13,78)	44,44	88,89	72,22 (12,13)	-1,897 (.058)+
Inteligencia Emocional	55,56	100,00	75,21 (12,13)	44,44	88,89	71,43 (13,58)	-0,845 (.398)
IRP	53,68	78,79	66,04 (9,21)	53,68	85,71	64,47 (9,80)	-0,772 (.440)
Satisfacción con la Vida	3	15	11,07 (3,60)	5	17	10,93 (3,75)	0,000 (1,00)
Optimismo Disposicional	4	22	13,36 (4,72)	1	19	12,64 (4,83)	-0,737 (.461)
Estrés Percibido	10	25	18,64 (5,03)	12	26	17,50 (3,63)	-0,787 (.431)
Síntomas Somáticos	4,00	17,00	7,93 (3,85)	2	10	6,78 (2,80)	-0,158 (.875)
Ansiedad e Insomnio	3,00	18,00	8,14 (4,91)	2	13	5,57 (3,20)	-2,315 (.021)*
Disfunción Social	5,00	16,00	8,50 (3,06)	4	11	6,71 (2,02)	-1,404 (.160)
Depresión Grave	,00	13,00	3,93 (4,36)	0	11	2,07 (2,61)	-2,239 (.025)*
Quejas salud subjetivas	4	34	14,64 (8,07)	2	35	16,64 (8,83)	-1,207 (.227)

Nota: * $p < .05$; + $p < .10$

4.5. Estudio de Seguimiento: Diferencias entre las variables resultado tres meses después de terminar el Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos

Para hacer el estudio de seguimiento, se usó la prueba no paramétrica de comparación de K muestras relacionadas (Friedman). Los datos en detalle se presentan en la Tabla 14. Encontrando diferencias entre las tres medidas en el tiempo en las siguientes variables: El Estrés percibido aumentaba de forma significativa durante el seguimiento ($p=0,034$). La medida más baja de esta variable la encontramos en el análisis post. En lo que respecta a la otra variable significativa, Inteligencia social ($p=0,018$), esta disminuía de forma progresivamente, los niveles más altos se encuentran en la evaluación pre. En el límite de la significación se halla la variable autocontrol ($p=0,053$), esta variable disminuía en el seguimiento en comparación al análisis post, aunque la puntuación más baja la tiene la medida pre.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las demás variables de resultado del estudio

Tabla 14: Comparación entre las tres medidas: pre, post y a los 3 meses de terminar el Programa de Potenciación.

Variables		Pre X (DT) n=11	Post X (DT) n=11	3 meses X (DT) n=11	Chi-cuadrado	p
Recursos psicológicos	Optimismo	58,84 (16,23)	60,10 (11,54)	59,85 (14,66)	0,211	.900
	Sentido humor	61,21 (10,88)	64,54 (12,67)	67,88 (23,96)	0,222	.895
	Espiritualidad	46,46 (16,53)	51,01 (24,19)	59,60 (47,41)	1,167	.558
	Valor	52,52 (17,10)	56,57 (10,49)	61,62 (10,96)	3,897	.142
	Perdón	63,89 (8,78)	68,33 (15,94)	69,44 (14,64)	3,267	.195
	Creatividad	60,00 (16,60)	61,21 (13,93)	60,00 (16,33)	0,667	.717
	Vitalidad	50,50 (14,58)	47,98 (17,08)	43,94 (14,79)	2,167	.338
	Justicia	81,33 (12,09)	81,33 (10,79)	78,67 (12,49)	0,720	.698
	Autocontrol	52,67 (14,89)	60,00 (14,40)	56,00 (14,12)	5,879	.053+
	Inteligencia social	78,79 (10,49)	70,70 (16,68)	69,70 (12,26)	8,063	.018*
	Solución de problemas	71,97 (13,58)	70,45 (15,97)	71,21 (18,01)	0,286	.867
	Amar y dejarse amar	86,86 (14,75)	82,82 (18,16)	78,78 (16,06)	1,613	.446
	Mentalidad abierta	75,76 (12,97)	70,71 (12,44)	68,69 (9,71)	2,483	.289
	Inteligencia emocional IRP	74,44 (10,54) 64,77 (8,96)	70,00 (13,91) 65,69 (10,08)	68,89 (14,63) 64,66 (9,73)	0,500 2,000	.779 .368
Satisfacción con la vida	Satisfacción con la vida	10,63 (3,72)	10,36 (3,32)	10,00 (3,74)	0,350	.839
Optimismo disposicional	Optimismo disposicional	12,73 (5,08)	12,45 (5,22)	12,54 (4,11)	1,024	.599
Estrés percibido	Estrés percibido	19,09 (4,70)	17,09 (2,91)	19,45 (3,22)	6,780	.034*
Salud general percibida	Síntomas somáticos	8,45 (4,05)	6,54 (2,94)	10,00 (5,77)	3,297	.192
	Ansiedad e insomnio	8,63 (5,26)	5,54 (3,23)	8,00 (4,26)	4,108	.128
	Disfunción social	8,90 (3,36)	6,90 (2,25)	9,54 (3,17)	3,059	.217
	Depresión grave	3,72 (3,74)	1,72 (1,27)	2,72 (2,00)	3,211	.201
Quejas de salud subjetivas	Quejas de salud subjetiva	15,73 (8,44)	16,64 (8,56)	18,09 (10,12)	0,158	.924

Nota: * $p < .05$; + $p < .10$

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados encontrados nos sugieren que el programa de potenciación, adaptado para personas con esclerosis múltiple, se entiende en su contenido, obteniendo puntuaciones muy notables en la comprensión de las actividades, así como en la utilidad de las mismas para el desarrollo de los objetivos planteados sesión a sesión.

Analizando la parte más cualitativa del estudio se observa que más de la mitad de los participantes comentaron que se habían sentido muy bien en las sesiones y en el programa. También la valoración del programa fue superior al 50%, lo cual indica una buena implicación y participaciones de las personas asistentes. Estos datos también se confirman con su valoración al aprendizaje realizado, con su satisfacción con el grupo y con el trabajo desarrollado de forma global que fueron muy buenos. Finalmente, los participantes percibieron a nivel subjetivo que se habían producido cambios en sus recursos psicológicos. Parece que lograron percibir las diferencias entre el antes y después de terminar el programa, y como les había ayudado a potenciar o a experimentar nuevas experiencias.

Se observa que el programa aumenta el estado de ánimo, en todas las sesiones, menos en la sesión 2, donde no se hace intervención psicológica, sólo se informa a los pacientes sobre su enfermedad y se resuelven sus dudas, con la participación de un neurólogo. En este sentido, queda confirmada la primera de las hipótesis planteadas para este estudio, la cual decía que al finalizar cada una de las sesiones, los participantes informarán de mejores niveles de estado de ánimo comparado con el inicio de la sesión.

La segunda hipótesis queda confirmada sólo para el recurso psicológico del autocontrol. Los demás recursos psicológicos no obtienen una mejora como estaba planteado en la hipótesis, aunque como se observa en los análisis comparativos, entre el inicio y el final del programa, puede existir una leve tendencia, a que aumenten los demás recursos psicológicos al finalizar la intervención, pero sólo se muestra significativo la variable autocontrol. Este dato se relaciona con el Modelo cognitivo de adaptación de Taylor (1983) que proponen la adaptación a un hecho traumático incluye tres aspectos: La búsqueda de un significado, restablecimiento del control, y restablecimiento de la autoestima, en este modelo se plantea que cuando la persona se enfrenta a una situación traumática, temporalmente se produce una alteración en su funcionamiento psicológico, manifestado con ansiedad, depresión y otros estados emocionales

negativos, planteando que la puesta en marcha de la percepción de control es fundamental para que la persona pueda afrontar la situación comprometida o escapar de ella, experimentar menos síntomas de depresión o ansiedad, y restablecer el funcionamiento psicológico (Taylor y Armor, 1996). Reforzando este modelo, están los planteamientos de Bárez (2002), en su tesis doctoral sobre la percepción de control y la relación con la adaptación a la enfermedad, observa que la adaptación a la enfermedad se refiere por una lado al proceso de afrontamiento al diagnóstico y los tratamientos, y por otro lado al resultado de un buen estado emocional y el mantenimiento de una buena calidad de vida a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad. Para conseguir una buena adaptación a la enfermedad el sujeto debe emitir un juicio de control positivo. Entendemos como juicio de control la opinión o dictamen que el sujeto realiza sobre la contingencia entre sus acciones o las de otros y los resultados. El control objetivo en situaciones de enfermedad se fundamenta en un agente, que puede ser un sujeto o un grupo de individuos (el paciente, el médico, o cualquier otro miembro del personal sanitario), que a través de unos medios, (tratamientos médicos o estrategias de afrontamiento), consiguen unos resultados de curación o control de síntomas. Sobre esta realidad objetiva el sujeto realiza un juicio de control subjetivo, que puede ser positivo, con lo que se percibe control sobre la situación, o negativo, con lo que se percibe ausencia de control posible. Se puede dar también una ilusión de control sobreestimándose el control que efectivamente se puede ejercer, o al contrario, subestimándose la posibilidad de controlar. Se relaciona también con este concepto el de competencia personal que combina la expectativa de autoeficacia (percepción subjetiva de poseer las habilidades necesarias para realizar determinadas acciones), con la de resultado (estas acciones tendrán unas consecuencias deseadas) (Baréz, 2002).

En este sentido, parece indicar que para los pacientes con esclerosis múltiple el recurso psicológico que puede estar más potenciado es el autocontrol, variable que está más relacionada con los procesos de adaptación a la enfermedad, los datos parecen indicar que el programa les ayuda a adaptarse a su enfermedad, lo cual les beneficia en su salud subjetiva y percibida, lo cual se relaciona con la tercera de las hipótesis planteadas en el este estudio, se puede sugerir que es también parcialmente que se confirma, sólo es a corto plazo que disminuyen los índices de la ansiedad y de la depresión de los participantes. Aunque las variables de salud, estrés percibido, disfunción social y síntomas somáticos, presentan una disminución de las puntuaciones en el análisis post, estas diferencias no llegan a ser significativas. Pero se podría observar esta tendencia a la mejora de los índices de salud, con la potenciación del autocontrol.

La variable mentalidad abierta, que evalúa la capacidad de pensar sobre las cosas con detenimiento y analizarlas desde todos los puntos de vista, no precipitarse a extraer conclusiones y basarse sólo en pruebas fehacientes para tomar decisiones (Seligman, 2003). Son capaces de cambiar de opinión. Esta variable está en la frontera de la significación, muestra una tendencia a disminuir cuando finaliza el programa de intervención. Este resultado podría ser debido a que se muestran más reflexivos y conscientes sobre ellos mismos y sobre su entorno, tal vez, el programa les ayuda a que de todas las posibles explicaciones que tenía de lo que les sucedía, quedarse con la que más les puede ayudar a sentirse mejor, en este sentido, podría ser que ahora después del programa ya no se crean todas las posibles explicaciones a lo que les está sucediendo, sino aquella que más les ayuda a sentirse mejor, y tiene una explicación lógica y racional. Se hacen más conscientes a lo que les está pasando, y a que pueden hacer para sentirse mejor.

En el estudio de Fournier, Ridder, y Bensing (2002), investigan los niveles de controlabilidad o adaptación a tres enfermedades (esclerosis múltiple, diabetes, y artritis reumatoide), diferencian estas patologías en función de la controlabilidad que pueden ejercer los pacientes sobre la misma, comentan que es la Esclerosis múltiple es la que tiene menores índices de controlabilidad ya que está caracterizada por un impredecible curso, y con una gran variedad de síntomas neurológicos, fatiga, déficit cognitivo, y sufrimiento, de manera que lo que hacen los pacientes con esclerosis múltiple es tener mayores índices de pensamientos positivos no realistas, lo cual les protege contra el desaliento. Así comentan que es más adaptativo para ellos presentar índices altos en esta variable que en las otras patologías. Esto sugiere tal vez porque fue al inicio del programa donde tenían mayores puntuaciones de mentalidad abierta.

Ninguna de las otras variables que definen el constructo de los recursos psicológicos fueron significativas.

Los resultados encontrados en el seguimiento, sugieren que el programa de potenciación no tiene un efecto a largo plazo para este colectivo, ya que la variable autocontrol presenta una significación límite, siendo la puntuación más alta la que se obtiene en el análisis post, aunque el índice obtenido en el seguimiento es mayor al inicial. En este sentido, el autocontrol mantiene el incremento en relación a la línea base, pero disminuyendo en relación a la post-evaluación.

Algo que cabe destacar, es la variable inteligencia social, que evalúa la capacidad de observar diferencias en los demás, sobre todo con respecto a su estado de ánimo, temperamento, motivaciones e intenciones y a actuar en consecuencia de lo observado (Seligman, 2003) . La cual en el seguimiento es la que obtienen la puntuación más baja, siendo en el pre donde la puntuación es más alta. Se puede sugerir que debido al efecto de grupo homogéneo se perciben los participantes como iguales o similares ya que están compartiendo la misma patología, similares emociones y sentimientos, y además, está era la primera experiencia que tenía de compartir experiencias con otras personas en la misma situación. Parece que los participantes creen una situación común entre ellos dentro del grupo.

El estrés percibido se muestra significativo cuando se comparan las tres medidas en el tiempo, siendo en la evaluación después de la finalización de la intervención, cuando se obtienen puntuaciones más bajas de esta variable, mientras que en el seguimiento se vuelve a los niveles iniciales. En este sentido, parece indicar este dato que se consigue disminuir el estrés percibido a corto plazo, justo al término de la intervención, pero el efecto no es duradero en el tiempo.

No se observaron cambios significativos en las demás variables relacionadas con la salud física y psicológica. El programa no consigue afectar a largo plazo a estas variables resultado. Los resultados pueden sugerir que debido a que el programa no logró mantener el efecto a largo plazo de la potenciación de los recursos psicológicos, provoca que tampoco queden afectadas las variables de salud física y psicológica.

Estudios como el de Lyubomirsky, King, y Diener (2005), sugieren que la puesta en marcha de aspectos positivos no tenidos en cuenta en la clínica, pueden servir para aumentar el bienestar de los individuos (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). Estos estudios parecen sugerir que a pesar de tener una enfermedad física, con lo que comporta de sufrimiento y de problemas para la calidad de vida de los pacientes, hace falta tener en cuenta estos recursos psicológicos porque parecen sugerir que ayudan a esta muestra a tener mejor bienestar subjetivo.

6. CONCLUSIONES

El Programa de intervención para la Potenciación de los Recursos Psicológicos permite modificar las siguientes variables:

- El programa favorece un aumento del estado de ánimo positivo en personas con una enfermedad grave como es la esclerosis múltiple.
- Se produce una mejora en el estado de ánimo al finalizar todas las sesiones que implican intervención psicológica.
- El programa aumenta el autocontrol de las personas con esclerosis múltiple.
- El programa favorece la disminución a corto plazo de la depresión y la ansiedad.
- Se encontraron resultados cualitativos que informaban de un beneficio percibido y un cambio personal, no obstante, estos cambios no son lo suficientemente robustos para generar un efecto en las medidas de resultado evaluadas en el estudio.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 2

Podemos encontrar diferentes limitaciones en este estudio que podrían dificultar o limitar la generalización de los resultados:

- El diseño utilizado no tiene un grupo control de comparación.
- La muestra del estudio es pequeña.
- La selección de los participantes no fue al azar (muestra por conveniencia).

ESTUDIO 3: APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS EN EL SALVADOR: GRUPO DE INTERVENCIÓN VERSUS GRUPO CONTROL

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Identificar la utilidad y eficacia del Programa de Intervención para la Potenciación de los Recursos Psicológicos en estudiantes de la Universidad de El Salvador

1.2. Objetivos Específicos

- Aplicar el Programa de Potenciación de los recursos psicológicos a estudiantes de la Universidad de El Salvador
- Identificar la eficacia del programa mediante las diferencias observadas entre los recursos psicológicos antes y después de la aplicación.
- Investigar la relación de los recursos psicológicos, la salud general percibida, el estrés percibido y la satisfacción con la vida una vez terminado el programa de potenciación.
- Comparar si existen diferencias en las variables de resultado entre los participantes que han recibido el programa de potenciación y los que no han recibido.

2. HIPÓTESIS

- Los participantes en el Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos informarán de mejores niveles de estado de ánimo al finalizar cada una de las sesiones en relación a sus niveles iniciales.

- Se espera que no haya diferencias entre los grupos intervención y control en la primera evaluación en las variables del estudio.
- Los sujetos que participarán en el programa informarán, de manera general, de un aumento en sus recursos psicológicos en comparación con el grupo control.
- Los sujetos del grupo de intervención, informarán de una mejora en su salud percibida, satisfacción con la vida, y una disminución del estrés percibido en comparación con los del grupo control.

3. MÉTODO

3.1. Diseño del estudio

Según la clasificación de las metodologías de investigación en Psicología de Montero y León (2005), nuestro diseño sigue una metodología experimental Pre-Post con un grupo control (Tabla 15).

Tabla 15: Diseño del Estudio con una muestra de Estudiantes de la Universidad de El Salvador.

Estudio con estudiantes de la Universidad de El Salvador	PRE	Programa de Potenciación	POST
3 Grupos de Intervención	X	X	X
1 Grupo Control	X		X

3.2. Participantes

Para este estudio se contó con 103 estudiantes de la Universidad de El Salvador. 37 participaron inicialmente en los grupos de intervención, que fueron 3 grupos (estudiantes de las carreras de medicina y nutrición), y 66 inicialmente formaban la muestra control (estudiantes de la carrera de fisioterapia) (ver evolución de las muestras en Anexo VI).

Descripción de la Muestra que participó en la Intervención

Se solicitó la participación voluntaria de los estudiantes de la Facultad de Medicina, carreras de Nutrición y Medicina. Firmando durante el inicio de la primera sesión del programa el consentimiento informado, así como se explicaron las normas del grupo. Las sesiones de los grupos se realizaron los martes por la mañana, para las estudiantes de Nutrición, y para uno de los grupos de medicina fueron los martes por la tarde, y el otro grupo de medicina asistió a las sesiones los sábados por la mañana. El programa se realizó en una Aula de la Facultad de El Salvador, ubicada en el Centro de Investigación y Desarrollo Estudiantil (CIDE). Los grupos estuvieron guiados y coordinados por dos psicólogas entrenadas.

Se realizaron tres grupos de intervención compuestos por 37 estudiantes de la Universidad de El Salvador. El primer grupo estaba formado por 11 estudiantes, mujeres, de la Facultad de Medicina, carrera de Nutrición, y dos grupos de estudiantes de la Facultad de Medicina, carrera de Medicina (cada grupo con 13 participantes).

Del total de 37 estudiantes que empezaron el programa, se obtuvieron datos pre y post de 12 participantes, teniendo 25 estudiantes que no terminaron el programa de potenciación, es decir, lo abandonaron.

a). Descripción de la muestra que abandonó el programa (n=25): Descripción de las variables sociodemográficas

Los participantes que abandonaron el programa de intervención, tenían una edad que comprendía entre los 21 a los 32 ($X=24,4$; $DT=2,87$), las mujeres representaban el 64% ($n=16$) y los hombres el 36% ($n=9$). El 92% eran sólo estudiantes, no trabajaban ($n=23$) mientras que el 8% estudiaban y trabajaban ($n=2$). Los participantes que vivían con sus padres eran un 72% ($n=18$); el 8% solos ($n=2$); también el 8% ($n=2$) con sus parejas, y el 12% con compañeros de piso ($n=3$).

b). Descripción de los participantes (n=12) que empezaron y terminaron el Programa: Descripción de las variables sociodemográficas

Las edades de los participantes fueron entre los 20 y 29 años ($M= 23,25$; $DT= 2,83$). Las mujeres participantes representaron el 83,3% de la muestra ($n=10$), mientras que los hombres

fueron un 16,7% ($n=2$). Todos los participantes eran estudiantes, ninguno compaginaba el estudio con algún trabajo, el 91,5% ($n=11$) vivían con sus padres, y sólo un 8,3% ($n=1$) con compañeros de piso

Descripción de la Muestra que participó en el grupo Control

Se solicitó la participación voluntaria de los estudiantes de la Facultad de Medicina, carrera de Fisioterapia. La muestra estaba formada inicialmente por 66 participantes iniciales, de los cuales sólo se dispuso de datos completos de 44 estudiantes, los cuales fueron los que se utilizaron para realizar los análisis estadísticos, así 22 estudiantes no rellenaron la evaluación post.

a). Descripción de la muestra que sólo se dispone de datos Pre ($n=22$): Descripción de las variables sociodemográficas

Había un 77,4% de mujeres ($n=17$) y un 22,7% de hombres ($n=5$), con edades comprendidas entre los 19 y los 25 años ($M=20,71$; $DT=1,65$). Todos eran estudiantes, ninguno compaginaba estudios y trabajo. El 95,5% vivía con sus padres ($n=21$), y sólo el 4,5% con su pareja ($n=1$).

b). Descripción de la muestra de los 44 participantes que formaron parte del grupo control (datos Pre y Post)

La muestra estaba compuesta por 34 mujeres (77,4%) y 10 hombres (22,7%), con edades comprendidas entre los 18 y los 29 años ($M=20,89$; $DT=2,29$). Sólo 1 participante (2,3%) estudiaba y trabaja, el resto sólo estudiaba. La mayor parte de la muestra vivía con sus padres ($n=39$), representando un 88,6%, había un 6,8% que vivían con compañeros de piso ($n=3$), un participante que vivía sólo (2,3%), el mismo porcentaje para otro que vivía con su pareja.

3.3. Instrumentos y Variables

Los instrumentos en su versión española se describen en detalle en Anexos, para evitar la repetición de la información en los diferentes estudios. Además, en anexo, se incluye información sobre la fiabilidad de los instrumentos.

Variables Dependientes (Medidas de resultado)

Salud General Percibida

Evaluada con el CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ-28) de Lobo y Muñoz (1996).

Recursos Psicológicos

Medidos con el INVENTARIO DE RECURSOS PSICOLÓGICOS (IRP), de Martínez de Serrano (2007).

Optimismo Disposicional

Evaluado con el TEST DE ORIENTACIÓN VITAL-REVISADO (LOT-R) de Scheier y Carver (1994).

Quejas Subjetiva de Salud

Se ha usado el INVENTARIO DE QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD (SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINT, SHC) de Eriksen, Ihdeback y Ursin (1999).

Satisfacción con la vida

Evaluada con la ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (Satisfaction With Life Scale, SWLS), de Diener, Emmons, Larsen, y Griffin (1985).

Estrés Percibido

Evaluado con la ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO versión de 10 ítems (Perceived Stress Scale, PSS-10) de Cohen, Kamarck, y Mermelstein (1983).

Estado de ánimo

Se ha medido el estado de ánimo antes y después de cada sesión, mediante una escala EVA de 0 mal estado de ánimo a 10 muy buen estado de ánimo.

Satisfacción con la Intervención

Se ha medido la satisfacción con el programa de intervención a través de un cuestionario elaborado específicamente para esta intervención.

Variable Independiente

Programa de intervención para la potenciación de los Recursos Psicológicos (una descripción detallada de los contenidos del programa se presenta en los Anexos III, V y VIII).

VARIABLES CONTROL

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Evaluados mediante una ficha de datos sociodemográficos (edad, sexo, estudios, ocupación, con quién vive).

Intención de cambio en la actitud ante la vida de los participantes

Se ha adaptado los ítems siguiendo el modelo de Prochaska, y DiClemente (1982), sobre la Intención de Cambio.

Evaluación de la comprensión del programa de intervención

Se ha evaluado la comprensión de cada sesión del programa con tres preguntas confeccionadas para esta investigación.

3.4. Procedimiento

Para el grupo de intervención, una vez formados los tres grupos, se comunicó a los participantes en qué grupo les correspondía, evaluando previamente su preferencia a uno de los horarios propuestos. Durante la primera sesión del programa, se realizó la presentación de todos los participantes, así como de las terapeutas, se recogieron los datos de los cuestionarios Pre-Intervención. Seguidamente, se inició el programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos, con una duración de 10 semanas (90 minutos por sesión), las sesiones fueron semanales. En la sesión 10 se realizó la post-evaluación a los grupos de la investigación.

Como se ha mencionado, se produjo una disminución del número de participantes en los grupos debido a que las últimas sesiones del programa coincidieron con la finalización del curso académico de los estudiantes, lo cual les implicaba gran carga académica, tanto de esfuerzo, estudio como trabajo, así para poder continuar adelante con el programa lo que se hizo fue juntar los grupos de medicina desde la sesión 6 hasta el final del programa. Siguiendo adelante con el grupo de nutrición. El hecho que las sesiones se realizaron fuera del horario académico de los estudiantes, complicaba aún más la asistencia y el seguimiento a las sesiones.

Durante la primera semana de inicio de los grupos de intervención, se realizó la evaluación pre-test al grupo control. Y transcurridas las 10 sesiones del programa, se pasó el post-test al grupo control, coincidiendo las fechas de las evaluaciones pre y post entre los dos grupos (control y experimental).

Una vez, terminada la fase de recogida de los datos, estos fueron tabulados al SPSS/PC Versión.14.

3.5. Análisis estadísticos

Para algunos análisis se han utilizando estadísticos paramétricos, y para otros pruebas no paramétricas.

Se realizó los siguientes análisis estadísticos:

- Análisis de los supuestos paramétricos: Asimetría, Curtosis, Kolmogorov-Smirnov (ver anexos tabla A2 muestra Salvadoreña).
- Análisis descriptivos de las variables cuantitativas, como medias, DT, %, mínimo, máximo (ver anexos tabla A2 muestra Salvadoreña)
- Modelo Lineal General (GLM): Análisis de medidas repetidas 2 x 2 (Tiempo: pre y pre-post; grupo: intervención y control)

4. RESULTADOS

4.1. Análisis de la pérdida muestral

A continuación, se presentan los datos de los análisis de los diferentes grupos (Intervención y Control) teniendo en cuenta las divergencias entre los participantes de los cuales se dispone de datos completos (Pretest y posttest) y de los que sólo se dispone de datos pretest.

Grupo de la intervención: Análisis de las diferencias entre los que abandonaron el programa y los que lo terminaron

Se realizó una comparación para 2 muestras independientes U de Mann-Whitney, para evaluar las posibles diferencias significativas entre el grupo que abandonó la intervención y los que continuaron. Obteniendo que la edad no mostraba diferencias significativas, pero sí la intención de cambio, es decir, los que abandonaron el programa tenían más intención de cambiar que aquellos que lo terminaron (Tabla 16).

Tabla 16: Comparación entre las dos muestras (Pre-Post y sólo Pre) valorando las variables sociodemográficas.

Variables	Edad		Intención de Cambio	
	X (DT)	Z (p)	X (DT)	Z (p)
Pre-Post (n=12)	23,25 (2,83)	-1,131 (0,27)	2,75 (0,62)	-2,777 (0,007)**
Pre (n=25)	24,4 (2,87)		4,12 (1,45)	

Nota: ** $p < .01$

Grupo control: Análisis de las diferencias entre los que sólo se dispone de datos pretest y los que se dispone de datos pretest y posttest

Se hizo una comparación para 2 muestras independientes U de Mann-Whitney, para evaluar las posibles diferencias entre el grupo que sólo se dispuso de datos Pre y los que se tienen datos completos (Pre-Post). No se obtuvo ninguna diferencia significativa (Tabla 17). Es decir, los dos grupos no difieren ni en la edad ni en la intención de cambio, así en el grupo que se dispone

de datos pretest y posttest tienen los sujetos las mismas edades y la misma intención de cambio que en el grupo que sólo se dispone de datos pretest.

Tabla 17: Comparación entre las dos muestras (Pre, y Pre-Post) valorando las variables sociodemográficas.

Variables	Edad		Intención de Cambio	
	X (DT)	Z (p)	X (DT)	Z (p)
Pre-Post (n=44)	20,89 (2,29)	-0,086 (0,931)	3,73 (1,69)	-0,194 (0,846)
Pre (n=22)	20,71 (1,65)		3,82 (1,65)	

4.2. Análisis del Grupo de Intervención

Descartados, los participantes, de los cuales no se dispuso de datos completos, se realizó los análisis estadísticos, a partir de una muestra de 12 participantes que terminaron el programa de intervención.

Análisis de la Intención de Cambio inicial de los participantes al programa

Como se observa en la Tabla 18, los participantes mostraban una intención de cambio bastante alta al inicio del programa, lo cual nos sugiere que presentaban alta motivación para iniciar el programa de Potenciación. Sumando los porcentajes de las personas que estaban pensando, los que estaban decididos, y los que estaban introduciendo cambios, se obtiene que un 100% de la muestra estuviera dispuesta a realizar cambios en su vida, o ya los estaba realizando. La media de la puntuación fue de 2,75 (DT=0,62), el rango oscila entre 1 (no intención de cambio y 6 vuelta atrás).

Tabla 18: Porcentajes de la Intención de Cambio inicial de los participantes al programa de Potenciación ($n=12$).

Fases para el Cambio	<i>n</i>	%
No intención de cambio	0	0
Pensando en el cambio	4	33,3
Decidido al cambio	7	58,3
Introducido cambios	1	8,4
Cambios	0	0
Vuelta atrás	0	0

Análisis descriptivo de la transmisión de la información sesión por sesión del programa

Para evaluar el nivel de comprensión y utilidad del programa en cada sesión del programa, se realizó un análisis descriptivo para obtener las medias y D.T de cada una de las tres preguntas, dirigidas al contenido, comprensión y utilidad del programa, el rango de respuesta oscilaba entre 0 (valoración muy negativa) a 10 (valoración muy positiva), obteniendo los resultados que se describen en la Tabla 19.

En lo que hace referencia a la pregunta relacionada con los *contenidos desarrollados* se obtuvo una puntuación media del conjunto de todas las sesiones de 9,79.

Para la evaluación del nivel de *entendimiento de la sesión* se encontró una media de 9,78.

Por último, la pregunta que hacía referencia a la *utilidad de la sesión anterior*, como puntuación global, los participantes puntuaron con una nota media de 9,71.

Tabla 19: Evaluación descriptiva de todas las sesiones del Programa de Potenciación.

Transmisión de la información	S1 (n=12)	S2 (n=12)	S3 (n=11)	S4 (n=12)	S5 (n=11)	S6 (n=12)	S7 (n=11)	S8 (n=11)	S9 (n=10)	S10 (n=12)	Total
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Contenidos	9,75	9,67	9,73	9,83	9,91	9,75	9,82	9,82	9,80	9,83	9,79
Desarrollados	(0,45)	(0,49)	(0,47)	(0,39)	(0,30)	(0,45)	(0,41)	(0,41)	(0,42)	(0,39)	(0,42)
Entendimiento de la sesión	9,67	9,67	9,73	9,67	9,91	9,83	9,82	9,82	9,80	9,83	9,78
	(0,49)	(0,65)	(0,47)	(0,65)	(0,30)	(0,39)	(0,41)	(0,41)	(0,42)	(0,39)	(0,46)
Utilidad práctica de la sesión anterior	*	9,33	9,64	9,50	9,64	9,92	9,91	9,67	9,90	9,92	9,71
		(0,89)	(0,51)	(1,00)	(0,68)	(0,29)	(0,30)	(0,71)	(0,32)	(0,29)	(0,55)

*Nota: se espera al menos una puntuación del 70% (puntuaciones > 7,00); * en la primera sesión no se evaluó esta pregunta; M=Media; DT=Desviación típica*

Análisis descriptivo de la satisfacción al finalizar el programa

Se utilizó el mismo cuestionario global de satisfacción de los estudios 1 y 2, obteniendo los siguientes resultados ($n=12$):

A la pregunta, “¿Cómo te has sentido en el programa?” El 83,3% contestó muy bien. En lo que respecta a “¿Cómo valoras el programa?” el 100% contestó muy bien, y a la valoración de las coordinadoras, el 100 % respondió muy bien. A nivel de su valoración con el aprendizaje realizado, se obtuvo que un 83,3% manifestaron que su aprendizaje era muy bueno. También se preguntó sobre su satisfacción con el trabajo en grupo, obteniendo que el 100% de los participantes, manifestaron que sí les había gustado el trabajo en grupo. Así el 100% manifestó haber entendido los contenidos de las sesiones. Al 91,7% de la muestra manifestó que las sesiones se le hicieron cortas.

Finalmente, sobre su percepción de cambio a nivel de sus recursos psicológicos, el 41,7% manifestó que su cambio se producía con una puntuación de 8, el 8,3 % con 9, y el 50 % con un 10.

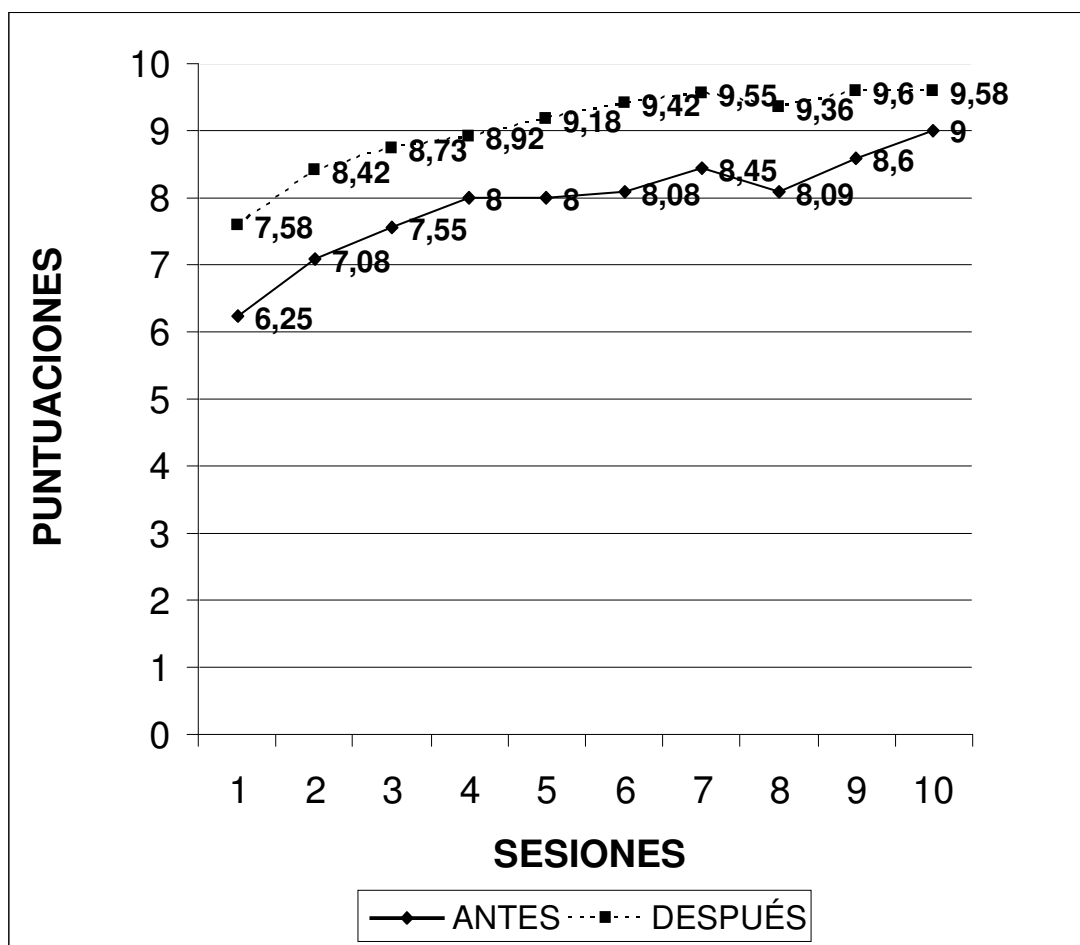
Análisis del estado de ánimo antes y después de cada sesión del Programa

Para analizar el estado de ánimo antes y después de cada sesión, se realizó un análisis de comparación de medias, con el estadístico no paramétrico Wilcoxon. Como se observa en la tabla 20, y en la Figura 3, en todas las sesiones se observa un incremento del estado de ánimo al finalizar la sesión, desde la sesión 1 hasta la sesión 10, como se puede apreciar se produce un efecto de techo en las últimas sesiones (sesión 7 y sesión 10), donde las puntuaciones son muy altas entre las dos medidas.

Tabla 20: Comparación del estado de ánimo antes y después de cada una de las sesiones.

Sesiones	Antes M (DT)	Después M (DT)	Estadísticos Z (p)
S1 (n=12)	6,25 (1,14)	7,58 (1,20)	-2,724 (.006)**
S2 (n=12)	7,08 (1,20)	8,42 (.79)	-2,714 (.007)**
S3 (n=11)	7,55 (1,29)	8,73 (1,01)	-2,460 (.014)*
S4 (n=12)	8,00 (1,41)	8,92 (.99)	-2,428 (.015)*
S5 (n=11)	8,00 (1,41)	9,18 (.75)	-2,565 (.010)**
S6 (n=12)	8,08 (.90)	9,42 (.51)	-2,877 (.004)**
S7 (n=11)	8,45 (1,13)	9,55 (.52)	-2,401 (.016)*
S8 (n=11)	8,09 (1,70)	9,36 (.67)	-2,565 (.010)**
S9 (n=10)	8,60 (.97)	9,60 (.516)	-2,428 (.015)*
S10 (n=12)	9,00 (.85)	9,58 (0,52)	-2,070 (.038)*

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

Figura 3: Representación grafica de las puntuaciones obtenidas en el estado de ánimo antes y después de cada sesión.

4.3. Análisis del Grupo Control

Descartados, los participantes, de los cuales no se dispuso de datos completos, se realizó los análisis estadísticos, a partir de una muestra de 44 participantes que formaron parte del grupo control.

Análisis de la Intención de Cambio del grupo control

Para el grupo control (Tabla 21) observamos que, sumando los porcentajes de las personas que estaban pensando, los que estaban decididos, y los que estaban introduciendo cambios, se obtiene que un 67,2 % de la muestra estuviera dispuesta a realizar cambios en su vida, o ya los estaba realizando. La puntuación media fue de 3,73 (DT=1,69).

Tabla 21: Porcentajes de la Intención de Cambio inicial del grupo control ($n=44$).

Fases para el Cambio	<i>n</i>	%
No intención de cambio	5	11,4%
Pensando en el cambio	8	18,2%
Decidido para cambiar	6	13,6%
Introducido cambios	9	20,5%
Cambios	7	15,9%
Vuelta atrás	9	20,5%

4.4. Análisis de las diferencias entre el grupo control y el grupo de intervención.

Diferencias de la edad entre el grupo control y el grupo de intervención

Como se observa en la Tabla 22, existen diferencias significativas entre las dos muestras por lo que respecta a la Edad, es decir, el grupo de intervención, presentó edades mayores que en el grupo control. Se utilizó la comparación para 2 muestras independientes U de Mann-Whitney.

Tabla 22: Comparación entre las dos muestras (Intervención y Control) valorando la edad.

Variables	Edad	
	X (DT)	Z (p)
Intervención (n=12)	23,25 (2,83)	-2,796 (0,005)**
Control (n=44)	20,89 (2,29)	

Nota: ** $p < .01$

Análisis de las diferencias en la variable Intención de cambio

Se realizó una comparación de 2 muestras independientes (U de Mann-Whitney) para evaluar si había diferencias significativas en la variable intención de cambio, para las dos muestras analizadas, como se observa en la Tabla 23, no existen diferencias significativas en la variable.

Tabla 23: Diferencias en la Intención de Cambio de las dos muestras analizadas (control e intervención).

	Intención de Cambio	
	X (DT)	Z (p)
Intervención (n=12)	2,75 (0,62)	-1,880 (0,068)
Control (n=44)	3,73 (1,69)	

4.5. Análisis del Efecto de la participación o no en el Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos

Para determinar el efecto de la participación o no (factor inter-sujeto) en el programa de potenciación de los Recursos Psicológicos teniendo en cuenta los cambios producidos por el paso del tiempo (factor intra-sujeto) se realizaron análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas para cada una de las variables dependientes del estudio (ver Tabla 24). También se calculó el ETA al cuadrado parcial para cada uno de los efectos, que representa el tamaño del efecto, es decir, la proporción de la varianza de la variable resultado que es explicada por el factor.

Tabla 24: Descripción de las variables dependientes analizadas para el grupo de intervención ($n=12$) y el grupo control ($n=44$), así como el efecto de la ANOVA.

VARIABLES	Medias (DT)				Efecto p ANOVA (Eta al cuadrado parcial)	
	Grupo	Pre	Post	Tiempo	Grupo	Tiempo x Grupo
Estrés percibido	Intervención	20,73 (4,71)	15,27 (2,15)			
	Control	17,47 (4,16)	16,46 (4,41)	0,000** (0,241)	0,379 (0,015)	0,007** (0,131)
Optimismo Disposicional	Intervención	14,36 (4,59)	17,64 (2,66)			
	Control	16,68 (3,34)	17,41 (2,70)	0,000** (0,229)	0,275 (0,022)	0,014* (0,108)
Satisfacción con la vida	Intervención	11,09 (3,59)	14,09 (2,07)			
	Control	13,43 (4,04)	14,59 (3,50)	0,003** (0,156)	0,173 (0,035)	0,172 (0,035)
Ansiedad e insomnio	Intervención	9,18 (3,49)	5,45 (3,17)			
	Control	5,57 (4,00)	3,66 (3,21)	0,000** (0,254)	0,009** (0,120)	0,177 (0,034)
Disfunción Social	Intervención	9,73 (4,74)	5,00 (3,66)			
	Control	5,75 (2,92)	4,84 (2,77)	0,000** (0,271)	0,019* (0,100)	0,004** (0,146)
Depresión	Intervención	9,00 (1,81)	3,58 (2,35)			
	Control	1,57 (2,82)	0,61 (1,81)	0,000** (0,643)	0,000** (0,518)	0,000** (0,469)
Síntomas Somáticos	Intervención	3,55 (4,97)	1,45 (3,70)			
	Control	6,84 (3,49)	5,80 (4,03)	0,016* (0,105)	0,002** (0,172)	0,409 (0,013)
Quejas subjetivas de salud	Intervención	16,09 (6,25)	11,65 (5,50)			
	Control	13,89 (9,94)	10,43 (9,74)	0,001** (0,185)	0,000** (0,604)	0,638 (0,004)

(...) Continuación Tabla 24

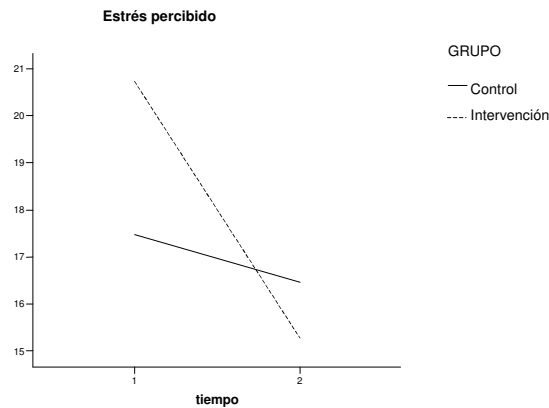
VARIABLES	Medias (DT)			Efecto <i>p</i> ANOVA (Eta al cuadrado parcial)		
	Grupo	Pre	Post	Tiempo	Grupo	Tiempo x Grupo
Optimismo	Intervención	74,77 (14,67)	86,34 (12,11)			
	Control	82,07 (14,33)	81,00 (13,77)	0,007** (0,127)	0,814 (0,001)	0,001** (0,175)
Sentido del humor	Intervención	66,39 (18,45)	74,72 (16,72)			
	Control	70,91 (16,99)	73,71 (16,08)	0,006** (0,133)	0,732 (0,002)	0,160 (0,036)
Espiritualidad	Intervención	73,61 (19,12)	76,85 (20,76)			
	Control	72,47 (20,92)	74,24 (17,78)	0,249 (0,025)	0,756 (0,002)	0,733 (0,002)
Valor	Intervención	71,76 (15,79)	77,78 (14,41)			
	Control	76,39 (14,38)	75,25 (15,55)	0,262 (0,023)	0,811 (0,001)	0,103 (0,049)
Perdón	Intervención	74,07 (19,44)	79,63 (20,70)			
	Control	70,96 (19,90)	71,46 (21,15)	0,138 (0,040)	0,378 (0,014)	0,215 (0,028)
Creatividad	Intervención	76,11 (17,16)	76,67 (17,41)			
	Control	76,12 (16,54)	76,90 (16,35)	0,717 (0,002)	0,981 (0,000)	0,952 (0,000)
Vitalidad	Intervención	59,72 (14,82)	68,06 (12,78)			
	Control	66,79 (19,23)	70,20 (17,41)	0,057+ (0,066)	0,346 (0,016)	0,418 (0,012)
Justicia	Intervención	80,56 (14,62)	86,67 (12,71)			
	Control	81,97 (14,20)	81,52 (18,74)	0,296 (0,020)	0,679 (0,003)	0,226 (0,027)
Autocontrol	Intervención	50,56 (27,48)	62,78 (21,73)			
	Control	65,00 (16,08)	66,82 (16,55)	0,003** (0,151)	0,101 (0,049)	0,025* (0,089)
Inteligencia Social	Intervención	70,37 (20,83)	78,70 (17,38)			
	Control	84,09 (14,85)	82,58 (15,79)	0,166 (0,035)	0,065+ (0,061)	0,048* (0,071)

(...) Continuación Tabla 24

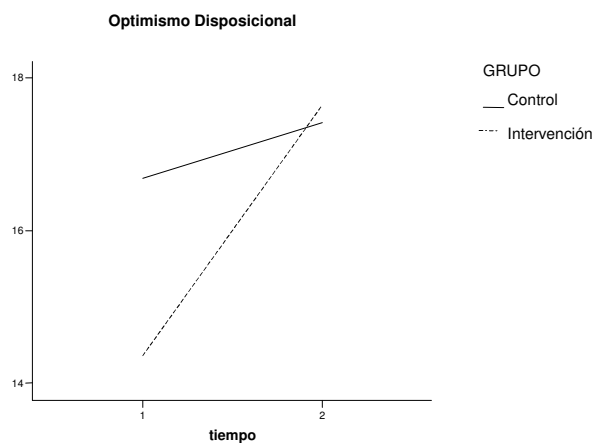
VARIABLES	Medias (DT)			Efecto <i>p</i> ANOVA (Eta al cuadrado parcial)		
	Grupo	Pre	Post	Tiempo	Grupo	Tiempo x Grupo
Solución de Problemas	Intervención	76,39 (15,01)	82,64 (14,41)			
	Control	76,70 (13,40)	75,76 (14,58)	0,182 (0,033)	0,435 (0,011)	0,072+ (0,059)
Amor	Intervención	84,26 (16,04)	84,26 (11,07)			
	Control	85,10 (15,33)	86,11 (16,27)	0,853 (0,001)	0,751 (0,002)	0,853 (0,001)
Mentalidad Abierta	Intervención	77,78 (16,13)	78,70 (17,38)			
	Control	77,27 (16,77)	72,73 (14,07)	0,408 (0,013)	0,482 (0,009)	0,212 (0,029)
Inteligencia Emocional	Intervención	75,00 (9,62)	75,93 (16,98)			
	Control	80,36 (14,10)	80,62 (14,77)	0,786 (0,001)	0,230 (0,027)	0,878 (0,000)
Recursos Psicológicos	Intervención	71,43 (11,42)	78,07 (11,65)			
	Control	75,43 (11,40)	76,36 (12,70)	0,008** (0,128)	0,756 (0,002)	0,042* (0,077)

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

Como se puede ser en la Figura 4, el ANOVA (grupo x tiempo) para el Estrés Percibido se mostró un efecto principal del tiempo ($F=16,49$; $p < .01$). El tamaño del efecto fue de 0,241, significa que el 24,1% de la varianza de la variable Estrés Percibido está asociada con el tiempo transcurrido de una medida a la siguiente. También hubo un efecto significativo de la interacción del grupo y tiempo ($F=7,86$; $p < .01$), con un tamaño del efecto de 13,1%, este efecto nos indica que el paso del tiempo influyó de manera distinta al sujeto dependiendo de si participó en el grupo de intervención o no. Para el grupo de intervención el estrés percibido disminuyó progresivamente a lo largo de la intervención, mientras que en el grupo control está disminución no se produjo de una forma tan acentuada.

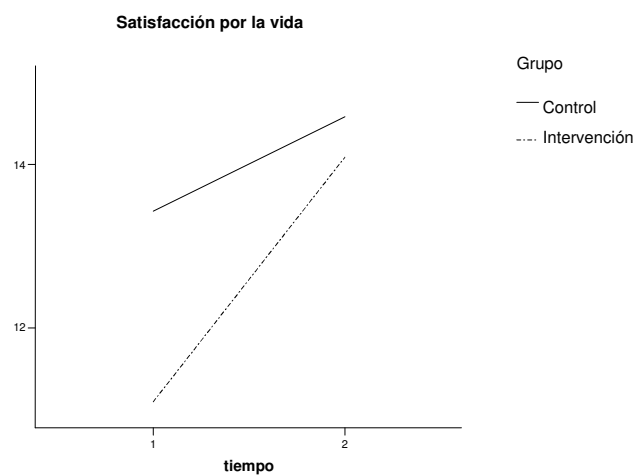
Figura 4: Medias del Estrés percibido en función del tiempo para los grupos intervención y control.

Para la variable Optimismo disposicional (Figura 5) el ANOVA mostró un efecto principal del tiempo ($F=15,78$; $p<.01$). El tamaño del efecto fue del 22,9% de la varianza de la variable Optimismo disposicional quedaba explicado por el factor tiempo. Es decir, el paso del tiempo hizo que las puntuaciones de la variable optimismo disposicional incrementaran su valor. También se encontró un efecto significativo de la interacción del tiempo x grupo ($F=6,39$; $p<.05$), con un ETA cuadrado parcial de 0,108, indicando que el paso del tiempo influyó de manera distinta al sujeto dependiendo de si participó en el grupo de intervención o no. El grupo de intervención presentaba inicialmente menos puntuaciones de optimismo disposicional pero finalmente obtuvo más índices en esta variable que el grupo control. Es decir, el paso por la intervención incrementó el optimismo disposicional pero no lo hizo en el grupo control.

Figura 5: Medias del Optimismo Disposicional en función del tiempo para los grupos intervención y control.

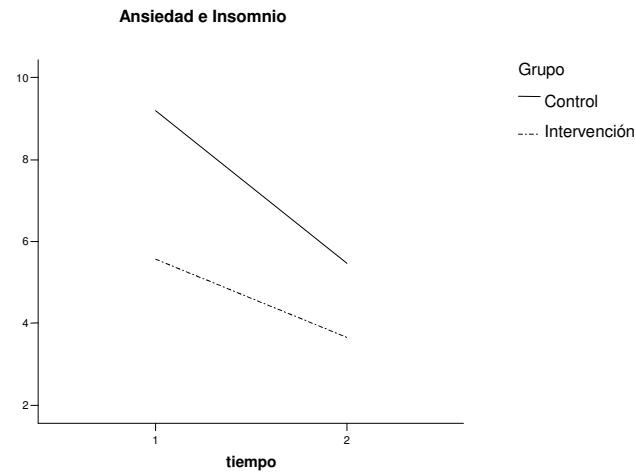
En la variable Satisfacción con la vida (Figura 6), se encuentra que el ANOVA mostró un efecto principal del tiempo ($F=9,79$; $p<.01$), con un tamaño del efecto de 0,156, es decir, el paso del tiempo influyó a ambos grupos, haciendo que se incrementasen los índices de esta variable. Observando la Figura 6, se ve a nivel cualitativo que la pendiente del incremento es más pronunciado en el grupo de la intervención, lo cual sugiere que existe una tendencia a que el programa haga aumentar más pronunciadamente la variable satisfacción con la vida. Ninguno de los otros efectos fue significativo.

Figura 6: Medias de la Satisfacción con la vida en función del tiempo para los grupos intervención y control.



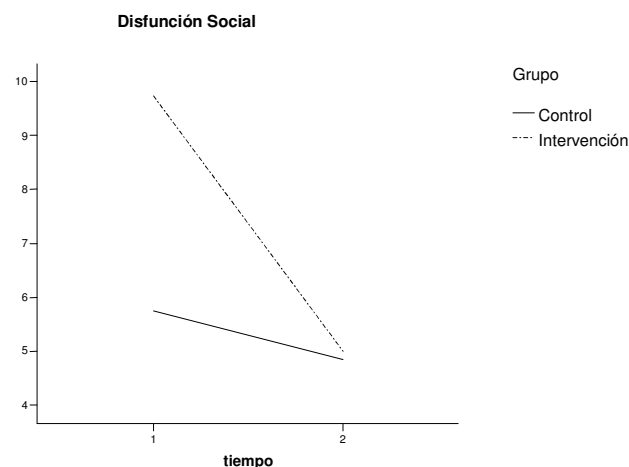
Como se observa en la Figura 7 para la variable Ansiedad e insomnio, hay un efecto principal del tiempo ($F=18,03$; $p<.01$), con una varianza explicada de esta variable del 25,4%, el tiempo hace que disminuya la variable resultado. Se encuentra, también, un efecto principal del grupo ($F=7,26$; $p<.01$), explicando un porcentaje del 12% de la variable Ansiedad e insomnio, esto es que el grupo presenta diferencias en esta variable, es decir, como se observa en el grupo intervención hay unas puntuaciones más elevadas en esta variable desde el inicio, y aunque hay una disminución en ambos grupos, los grupos, intervención y control difieren en relación a esta variable. No se encuentran un efecto significativo de la interacción de ambos factores. Estos datos se pueden observar de forma gráfica en la Figura 7, donde se comprueba que las dos líneas representadas con parcialmente paralelas, y una de ellas, la representada por el grupo de intervención está en la parte superior del gráfico.

Figura 7: Medias de la subescala Ansiedad e Insomnio en función del tiempo para los grupos intervención y control.



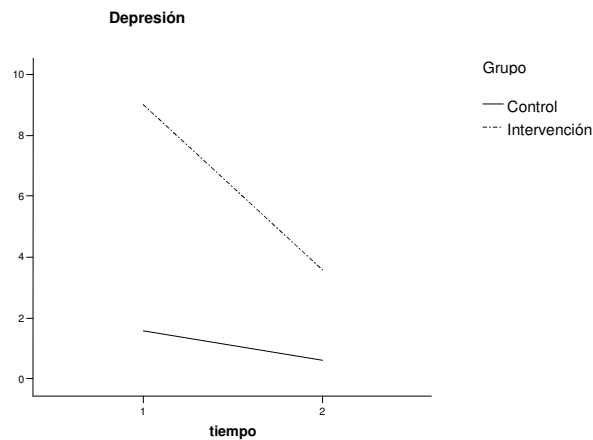
En la variable Disfunción social, se observa un efecto principal del tiempo ($F=19,71$; $p<.01$), con un tamaño del efecto de 0,271, los índices de esta variable variaron con el paso del tiempo. Se encontró un efecto principal del grupo ($F=5,88$; $p<.05$), con una varianza explicada del 10%, así como se puede observar en la Figura 8 existen diferencias significativas entre los dos grupos, en general, el grupo de intervención parece que tenía unos índices mayores de disfunción social que el grupo control. También se observa un efecto significativo de la interacción ($F=9,04$; $p<.01$), indica que el paso del tiempo influyó de manera distinta al sujeto dependiendo de si participó o no en la intervención. Para el grupo de intervención se produjo una mayor disminución de la disfunción social que el grupo control. A nivel descriptivo (Figura 8) se puede observar este efecto ya que la pendiente que representa al grupo intervención es mucho más pronunciada que el grupo control, y se sugiere una tendencia a que ambas líneas se entrecrucen.

Figura 8: Medias de la subescala Disfunción Social en función del tiempo para los grupos intervención y control.



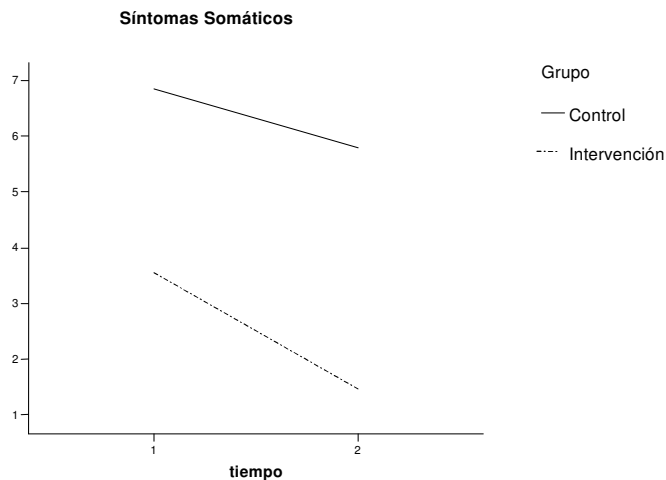
En la variable Depresión (Figura 9) se obtiene los mismos resultados que los de la variable anterior, es decir, existe un efecto significativo del tiempo ($F=97,11$; $p<.01$), el tiempo disminuye los índices de esta variable, es encuentra un efecto del grupo ($F=58,14$; $p<.01$), existen diferencias entre los grupos en relación a esta variable, el grupo de intervención presenta mayores puntuaciones de esta variable que el grupo control. Finalmente, también hay un efecto de la interacción ($F=47,63$; $p<.01$), dependiendo del grupo (control o intervención) los índices de depresión disminuyeron más en el grupo de intervención que en el grupo control.

Figura 9: Medias de la subescala Depresión en función del tiempo para los grupos intervención y control.



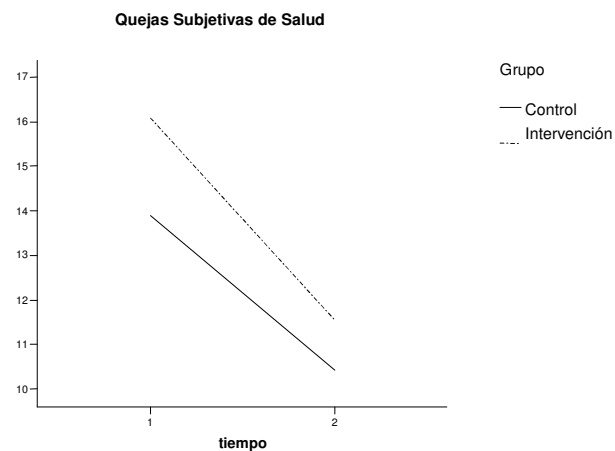
Como se observa en la Figura 10, se obtuvo un efecto significativo del tiempo ($F=6,24$; $p<.05$), así como un efecto del grupo ($F=10,99$; $p<.01$), apreciándose que en este caso, fueron los sujetos del grupo control los que presentaban, de forma general más puntuaciones síntomas somáticos que los de la intervención, produciéndose en ambos casos una disminución.

Figura 10: Medias de la subescala Síntomas Somáticos en función del tiempo para los grupos intervención y control.



El mismo efecto lo encontramos para la variable Quejas subjetivas de salud, un efecto significativo del paso del tiempo ($F=12,07$; $p<.01$) y del grupo ($F=80,88$; $p<.01$). Donde se aprecia unos mayores índices de quejas subjetivas en el grupo de intervención, y una mayor disminución de estas quejas, también en el grupo de intervención (Figura 11). Es decir, hay un efecto del tiempo, disminuyendo los índices de esta variable, pero también hay diferencias entre los grupos en relación a esta variable.

Figura 11: Medias de las Quejas Subjetivas de Salud en función del tiempo para los grupos intervención y control.



Para el optimismo, se encontró un efecto principal del tiempo ($F=7,89$; $p<.01$), y de la interacción, es decir dependiendo del grupo al cual pertenecían los sujetos se producía un mayor o menor aumento del optimismo, como se puede apreciar, el incremento del optimismo para el grupo de intervención es mayor al grupo control (Figura 12). Es decir, el programa de potenciación logró aumentar este recurso psicológico de forma significativa en comparación al grupo control.

En la variables sentido del humor, también se encuentra un efecto principal del tiempo ($F=8,25$; $p<.01$), incrementándose esta variable a lo largo del tiempo, no se aprecia ningún otro efecto significativo. Pero como se observa en el Figura 13, se percibe una tendencia mayor a aumentar el sentido del humor en el grupo de la intervención, ya que su representación gráfica muestra una pendiente más pronunciada que el grupo control.

Para la variable vitalidad, se produce un efecto principal del tiempo en el límite de la significación ($F=3,79$; $p<.1$), se puede observar en la Figura 14 que hay una tendencia de ambos grupos hacia el aumento de este recurso psicológico, y que es el grupo de intervención,

el que está representando con una línea más pendiente que el grupo control, por tanto, parece que se podría sugerir que los datos están indicando una cierta potenciación de la vitalidad en el grupo intervención.

En la variable Autocontrol se produce un efecto principal del tiempo ($F=9,35$; $p<.01$) y de la interacción ($F=5,29$; $p<.05$), lo cual sugiere que el paso del tiempo afecta de manera distinta, dependiendo de pertenecer al grupo de intervención o al control, en este sentido, los datos nos dicen que los del grupo de intervención tienen un mayor incremento de las puntuaciones de la variable autocontrol que el grupo control (Figura 15).

Figura 12: Medias del recurso psicológico, Optimismo en función del tiempo diferenciando grupo intervención y control.

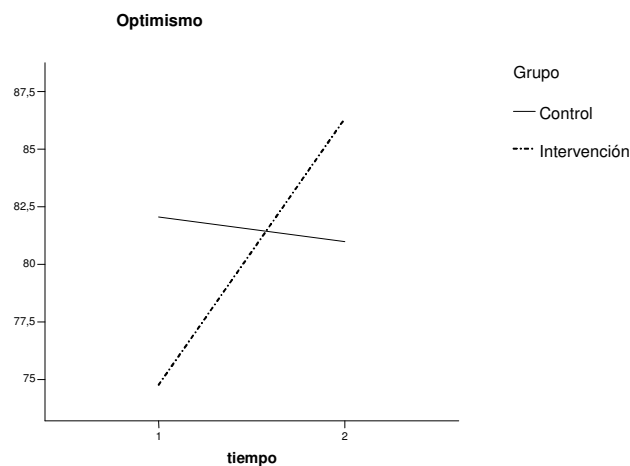


Figura 13: Medias del recurso psicológico, Sentido del Humor, en función del tiempo diferenciando grupo intervención y control.

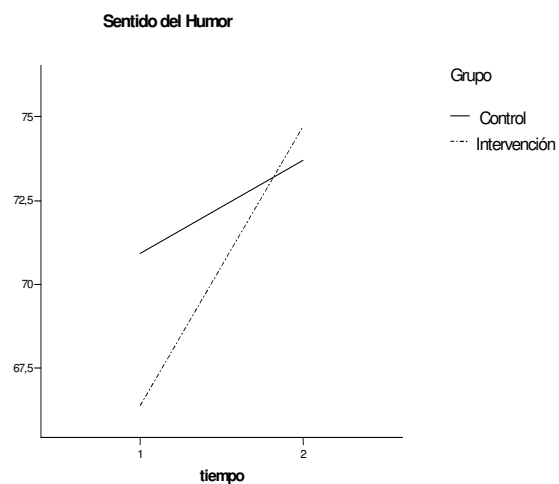


Figura 14: Medias del recurso psicológico, Vitalidad en función del tiempo diferenciando grupo intervención y control.

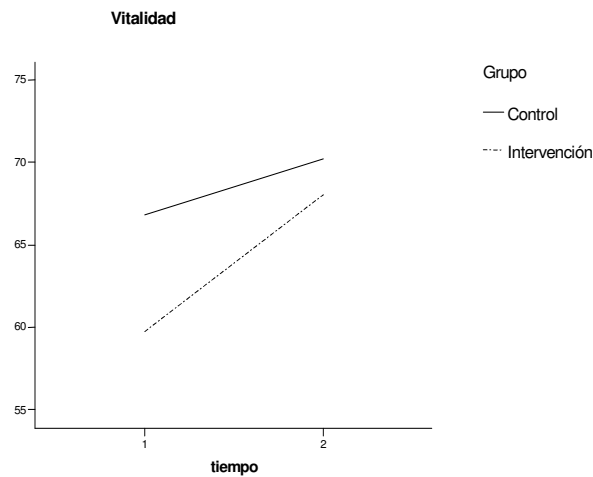
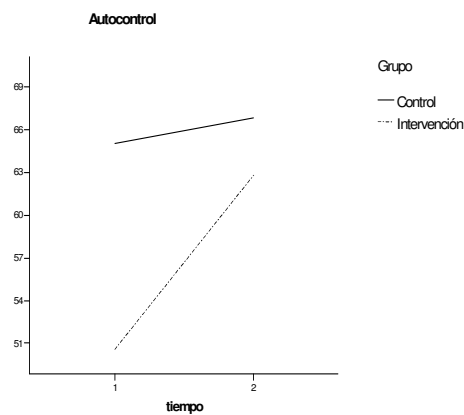


Figura 15: Medias del recurso psicológico, Autocontrol en función del tiempo diferenciando grupo intervención y control.



Para el recursos psicológicos, inteligencia social, existe un efecto principal del grupo, aunque está en el límite de la significación ($F=3,54$; $p<.1$), sugiriendo que ambos grupos son diferentes para esta variable. Hay un efecto de la interacción ($F=4,11$; $p<.05$), como se observa (Figura 16), los sujetos del grupo control pasado el tiempo disminuyen levemente los índices de esta variable, pero el grupo de intervención los incrementan.

En la variable solución de problemas, se encontró que existía un efecto de la interacción en el límite de la significación ($F=3,37$; $p<.1$), observándose que el mayor incremento de este recurso psicológico se produce en el grupo de intervención, ya que en el grupo control se observa una ligera disminución de la variable (Figura 17).

En la puntuación total del Inventario de Recursos psicológicos, se observa un efecto principal del tiempo ($F=7,61$; $p<.01$) así como de la interacción ($F=4,35$; $p<.05$). Observándose que es en el grupo de intervención donde se produce el mayor aumento de esta variable en comparación con el grupo control (Figura 18). Parece sugerir que el programa de potenciación ayuda a incrementar los recursos psicológicos, comparado con el grupo control.

Figura 16: Medias del Recurso Psicológico, Inteligencia Social en función del tiempo diferenciando el grupo intervención y el control.

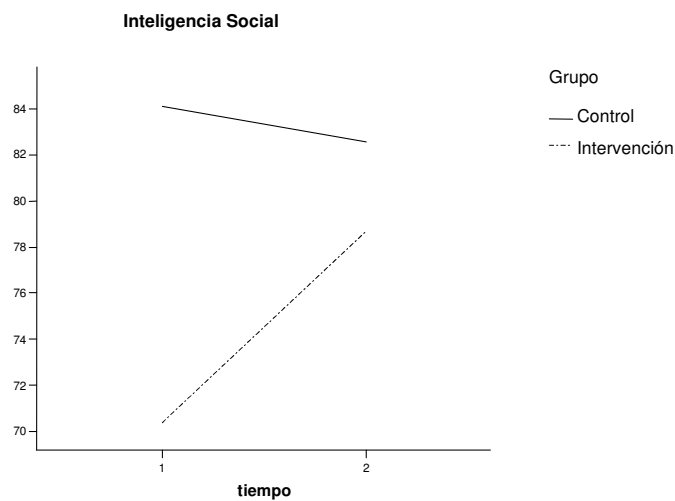


Figura 17: Medias del Recurso Psicológico, Solución de problemas, en función del tiempo diferenciando el grupo intervención y el control.

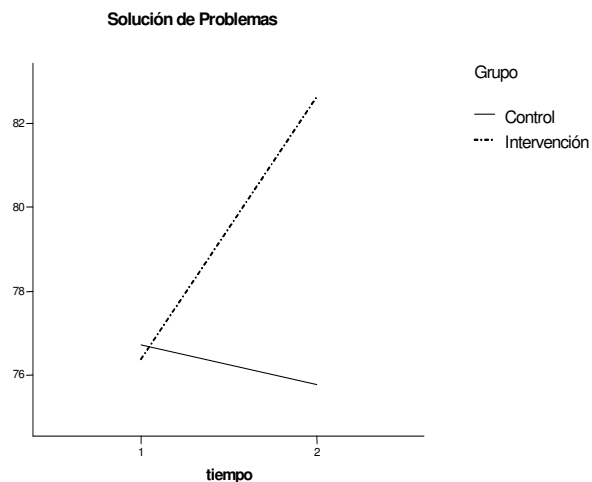
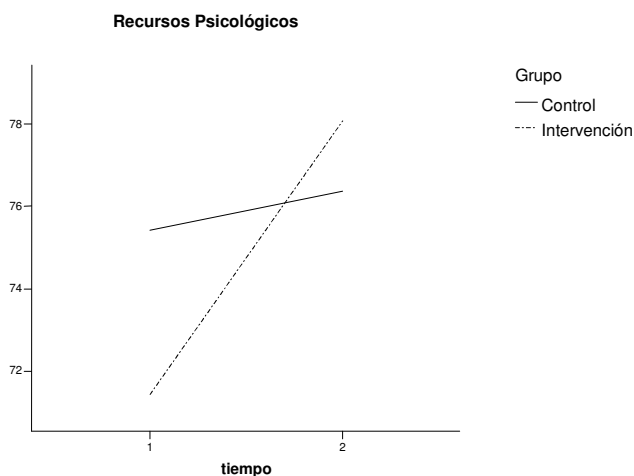


Figura 18: Medias del Recurso Psicológico, el índice global de recursos psicológicos, en función del tiempo diferenciando el grupo intervención y el control.



Finalmente, para los siguientes recursos psicológicos, no se halló ningún efecto ni principal ni de la interacción: espiritualidad, valor, perdón, creatividad, justicia, amor, mentalidad abierta e inteligencia emocional (ver Tabla 24). Es decir, parece que comparando los grupos, el programa de potenciación no logró incrementar estos recursos psicológicos.

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados indican que se establecen diferencias entre los grupos intervención y control para las siguientes variables de salud física y psicológica, ansiedad, disfunción social, depresión, síntomas somáticos, y quejas subjetivas de salud, los resultados sugieren que para todas estas variables es el grupo intervención el que presenta inicialmente más índices de estas variables, menos la variable síntomas somáticos, que es el grupo control el que presenta unos índices más elevados. Con estos datos se desprende que en lo referente a la salud, existen diferencias entre ambos grupos comparativos, pero estas diferencias no se observan en ninguno de los recursos psicológicos, a excepción de la inteligencia social, que es el grupo de intervención el que presenta unos índices menores de esta variable. En este sentido, se puede decir, que también es parcialmente que se cumple la Hipótesis 1, la cual dice que no habrá diferencias entre los grupos intervención y control en la primera evaluación en las variables del estudio. Estos resultados sugieren que fueron los del grupo de intervención, personas voluntarias a participar en el programa las que tenían peor salud física y psicológica que los del grupo control. Como no fue una muestra cogida al azar la participó en el programa puede ser debidas estas diferencias. Los que participaron, de alguna manera querían cambiar o potenciar sus recursos psicológicos para sentirse mejor, y disminuir sus índices de malestar físico y psicológico.

La aplicación del programa de potenciación de los recursos psicológicos en muestra Salvadoreña nos indica que en lo que respecta a su comprensión de contenidos, entendimiento y utilidad, no hubo ninguna dificultad, es más, las puntuaciones obtenidas son muy elevadas, en todas las sesiones.

La satisfacción final con el programa también fue elevada, así la mayoría de los participantes manifestó “estar aprendiendo y conociendo aspectos de su vida que no se habían parado a pensar” (informe cualitativo). Los participantes se mostraron en todo momento muy a gusto, cooperativos y participativos.

En lo que hace referencia a su percepción de cambio subjetivo de sus recursos psicológicos, toda la muestra manifestó que se habían detectado un cambio entre el antes y el después de iniciar el programa, siendo conscientes de la modificación o potenciación de sus recursos psicológicos.

En lo que respecta al estado de ánimo de los participantes en el programa, se observa que en todas las sesiones se produce un aumento del estado de ánimo al finalizar la sesión, en este sentido, en las últimas sesiones es puede observar un efecto techo, ya que las puntuaciones ya son desde el inicio de la sesión muy elevadas. Así se puede confirmar la primera de las hipótesis planteadas, donde se hipotetizó que se produciría un incremento del estado de ánimo en todas las sesiones del programa.

Para los recursos psicológicos se observa que es el optimismo, el autocontrol, la inteligencia social, la solución de problemas y la puntuación total del inventario de recursos psicológicos son las variables que quedan potenciadas con la intervención realizada, se confirma parcialmente la Hipótesis 2, la cual dice que los sujetos que participarán en el programa informarán, de manera general, de un aumento en sus recursos psicológicos en comparación con el grupo control. Los estudios realizados por Seligman y su equipo de investigación (2005), confirman que una vez realizadas actividades encaminadas a la potenciación de diferentes recursos psicológicos, estos aumentan, lo cual hace que se incrementen los niveles de bienestar y se reduzca la sintomatología depresiva de los participantes.

Aunque como comentan Vázquez, Hervás y Ho (2006), las intervenciones controladas son aún escasas, cada vez hay más estudios en los que se someten a comprobación diversas intervenciones respecto a su eficacia para elevar el bienestar. En este sentido, existen diversos estudios (Emmons y McCullough, 2003; Sheldon, Kasser, Smith y Share, 2002) sobre intervenciones diseñadas para potenciar y aumentar el bienestar, pero no se ha encontrado en la literatura ningún programa de potenciación de los recursos psicológicos que haya trabajado con las variables estudiadas, en este sentido, Lyubomirsky, King y Diener (2005) su programa para aumentar la felicidad fue eficaz, realizaron actividades de amabilidad, de agradecimiento, sugieren que realizar ejercicios basados en la puesta en marcha de aspectos positivos no tenidos en cuenta en la clínica hasta ahora, pueden servir para aumentar el bienestar de los individuos. Además, ponen de relieve la importancia del diseño y la forma de aplicación de las intervenciones que los resultados parecen estar mediados por las dosis de la intervención o, por la frecuencia y periodicidad de los ejercicios (Vázquez, Hervás y Ho, 2006),

El estrés percibido se muestra variable con el paso del tiempo, estableciéndose una diferencia en función del grupo al cual se pertenece. Así los participantes del grupo de intervención obtuvieron una disminución significativa de la variable a diferencia del grupo control, que no disminuyó esta variable. Se sugiere con este resultado que el programa ayuda a disminuir el

estrés percibido de los participantes. Como se ha observado en el estudio 1, según Lazarus y Folkman (1986), el aumento de los recursos psicológicos hace que se disminuya el estrés percibido.

Sucede lo mismo con las variables disfunción social y depresión, donde los datos apuntan que el programa favorece la disminución de estas variables, en comparación con el grupo control que no obtiene estos beneficios. En la misma dirección apuntan estos resultados, el aumento de los recursos psicológicos hace que estas variables disminuyan una vez finalizado el programa.

En lo que respecta al optimismo disposicional se produce un aumento de esta variable sólo para el grupo de intervención. El optimismo disposicional está directamente relacionado con estrategias de afrontamiento positivas: planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, afrontamiento focalizado al problema y afrontamientos adaptativo, y negativamente relacionado con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos; centrarse en las emociones y desahogarse, negación, distanciamiento conductual y mental, consumo de alcohol y drogas y afrontamiento desadaptativo (Chico, 2002). El programa de potenciación es sensible hacia este recurso psicológico y logra aumentar sus índices.

Estos datos indican que se confirma la Hipótesis 3, definida de la siguiente manera: los sujetos del grupo de intervención, informarán de una mejora en su salud percibida, satisfacción con la vida, y una disminución del estrés percibido en comparación con los del grupo control.

Con estos datos, se puede afirmar que el programa, contando en este estudio con un grupo control, ayuda a potenciar los recursos psicológicos, el bienestar psicológico y la salud percibida.

6. CONCLUSIONES

El Programa de intervención para la Potenciación de los Recursos Psicológicos permite modificar las siguientes variables:

- Existen diferencias entre los grupos para las variables ansiedad, disfunción social, depresión, síntomas somáticos, y quejas subjetivas de salud.
- El programa favorece un aumento del estado de ánimo positivo en los estudiantes que participaron en el programa de potenciación.

- Se produce una mejora en el estado de ánimo al finalizar todas las sesiones del programa de potenciación.
- El programa aumenta el optimismo, inteligencia social, solución de problemas y la puntuación total del inventario de recursos psicológicos de los estudiantes que participaron en el programa en comparación con el grupo control.
- El programa favorece la disminución a corto plazo del estrés percibido, la disfunción social, y la depresión.
- El programa favorece el aumento a corto plazo del optimismo disposicional.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 3

Para este estudio nos encontramos con limitaciones metodológicas para poder generalizar los resultados obtenidos.

- La pérdida muestral del grupo de intervención.
- Diferencias en el tamaño de la muestra entre el grupo control y el de la intervención.
- La posible contaminación (transmisión) de las experiencias del grupo experimental para los sujetos del grupo control.
- La selección de los participantes para el grupo de intervención o de control no fue al azar.

ESTUDIO 4: COMPARACIÓN ENTRE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR Y LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

1 OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Comparar los resultados obtenidos en los estudiantes de la Universidad de El Salvador y en los de la Universidad Autónoma de Madrid en relación al Programa de Intervención para la Potenciación de los Recursos Psicológicos en los

1.2. Objetivos Específicos

- Investigar las diferencias entre las variables a estudio entre los estudiantes de la Universidad de El Salvador y la Universidad Autónoma de Madrid antes de empezar el programa de potenciación.
- Investigar las diferencias entre las variables a estudio entre los estudiantes de la Universidad de El Salvador y la Universidad Autónoma de Madrid después de terminar el programa de potenciación.

2. HIPÓTESIS

Nuestras hipótesis de trabajo vienen definidas por las siguientes afirmaciones:

- No habrá diferencias entre los estudiantes de la Universidad de El Salvador y los de la Universidad Autónoma de Madrid, por lo que respecta a los resultados obtenidos de sus recursos psicológicos al terminar el programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos.

- No habrá diferencias entre los dos grupo por lo que respecta a los resultados obtenidos de sus variables de salud al terminar el programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos.
- Los dos grupos (los estudiantes de la Universidad de El Salvador y los de la Universidad Autónoma de Madrid) incrementarán los recursos psicológicos al finalizar el programa de potenciación de los recursos psicológicos.

3. MÉTODO

3.1. Diseño del estudio

Según la clasificación de las metodologías de investigación en Psicología de Montero y León (2005), nuestro diseño (Tabla 25)

Tabla 25: Diseño del estudio para la comparación entre estudiantes españoles y salvadoreños.

Estudio con estudiantes	PRE	Programa de Potenciación	POST
Muestra de estudiantes universitarios españoles	X	X	X
Muestra de estudiantes universitarios salvadoreños	X	X	X

3.2. Participantes

Para este estudio se utilizó las muestra descritas de estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid (ver apartado 3.2 del estudio 1) y los estudiantes de la Universidad de El Salvador (ver apartado 3.2 del estudio 2).

3.3. Instrumentos y Variables (descripción en detalle en Anexos)

3.4. Procedimiento

La recogida de los datos a analizar proviene de la información de los estudios 1 y 3.

3.5. Análisis Estadísticos

- Análisis de Pruebas no paramétricas, con la comparación de 2 muestras Independientes (U de Mann Whitney) España y El Salvador para las variables Edad de los participantes e intención de cambio inicial al programa de potenciación.
- Análisis de medidas repetidas 2 x 2 (Tiempo: pre y pre-post; grupo: España y el Salvador), GLM.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis de la Edad entre las muestra de España y El Salvador.

Se realizó una comparación de medias para muestras independientes (U de Mann Whitney) para observar las diferencias entre las edades de los participantes (España y El Salvador), la media de edad para España fue de 21,50 (DT=1,41) y para El Salvador de 23,25 (DT=2,83). Los análisis obtenidos demostraron que no habían diferencias significativas ($U=87,00$; $p=0,082$) entre ambas edades de los participantes en los estudios.

4.2. Análisis de la Intención de cambio inicial entre las muestras de España y El Salvador.

Igual que el análisis anterior, se realizó un análisis de comparación de medias (U de Mann Whitney) para observar las posibles diferencias entre los dos países, se obtuvo que tampoco había diferencias significativas ($U=187,50$; $p=0,487$) entre la intención de cambio de los españoles ($X=3,22$; $DT=1,66$) y de los salvadoreños ($X=2,75$; $DT=0,622$).

4.3. Comparación entre España y El Salvador

Se realizaron diferentes análisis de varianza, ANOVA de medidas repetidas de dos factores, uno inter-sujeto (país: España y El Salvador) y otro intra-sujeto (tiempo: momento en que se realizaron las evaluaciones: pretest y postest), con el fin de valorar el cambio asociado al País, el cambio asociado al paso del tiempo, y a la interacción entre ambos factores para cada variable dependiente (Tabla 26).

Tabla 26: Descripción de las variables dependientes analizadas para el grupo de El Salvador ($n=12$) y el grupo España ($n=22$), así como el efecto de la ANOVA.

VARIABLES	Medias (DT)				Efecto p ANOVA (Eta al cuadrado parcial)	
	País	Pre	Post	Tiempo	País	Tiempo x País
Estrés percibido	El Salvador	20,73 (4,71)	15,27 (2,15)			
	España	17,55 (4,50)	15,45 (3,63)	0,000** (0,440)	0,241 (0,047)	0,043* (0,134)
Optimismo Disposicional	El Salvador	14,36 (4,59)	17,64 (2,66)			
	España	15,19 (2,64)	16,33 (3,99)	0,000** (0,379)	0,844 (0,001)	0,048* (0,124)
Satisfacción con la vida	El Salvador	11,09 (3,59)	14,09 (2,07)			
	España	12,67 (3,06)	14,24 (3,15)	0,000** (0,510)	0,421 (0,022)	0,091+ (0,092)
Ansiedad e insomnio	El Salvador	9,18 (3,49)	5,45 (3,17)			
	España	4,77 (4,28)	10,91 (4,51)	0,186 (0,056)	0,671 (0,006)	0,000** (0,497)
Disfunción Social	El Salvador	9,73 (4,73)	5,00 (3,66)			
	España	6,64 (1,87)	5,50 (1,92)	0,000** (0,378)	0,122 (0,076)	0,012* (0,186)
Depresión	El Salvador	9,00 (1,81)	3,58 (2,35)			
	España	1,23 (3,04)	0,45 (1,34)	0,000** (0,698)	0,000** (0,636)	0,000** (0,565)
Síntomas Somáticos	El Salvador	3,55 (4,97)	1,45 (3,70)			
	España	4,82 (2,11)	4,09 (2,52)	0,014* (0,180)	0,066+ (0,105)	0,216 (0,049)
Quejas subjetivas de salud	El Salvador	16,09 (6,25)	11,55 (5,50)			
	España	11,55 (4,86)	11,68 (6,07)	0,077+ (0,097)	0,202 (0,052)	0,061+ (0,108)

(...) Continuación Tabla 26

VARIABLES	Medias (DT)			Efecto <i>p</i> ANOVA (Eta al cuadrado parcial)		
	País	Pre	Post	Tiempo	País	Tiempo x País
Optimismo	El Salvador	74,77 (14,67)	86,34 (12,11)			
	España	55,56 (12,68)	60,86 (18,00)	0,000** (0,400)	0,000** (0,383)	0,096 + (0,084)
Sentido del humor	El Salvador	66,39 (18,45)	74,72 (16,73)			
	España	71,67 (12,33)	77,42 (15,83)	0,001** (0,285)	0,447 (0,018)	0,518 (0,013)
Espiritualidad	El Salvador	73,61 (19,12)	76,85 (20,76)			
	España	31,57 (17,52)	31,06 (19,22)	0,458 (0,017)	0,000** (0,584)	0,311 (0,32)
Valor	El Salvador	71,76 (15,80)	77,78 (14,41)			
	España	60,86 (15,67)	65,66 (16,86)	0,006** (0,215)	0,041* (0,124)	0,741 (0,003)
Perdón	El Salvador	74,07 (19,44)	79,63 (20,70)			
	España	68,94 (12,08)	71,72 (14,13)	0,070+ (0,099)	0,223 (0,046)	0,537 (0,012)
Creatividad	El Salvador	76,11 (17,16)	76,67 (17,41)			
	España	64,44 (14,66)	67,30 (17,24)	0,265 (0,040)	0,078+ (0,097)	0,449 (0,019)
Vitalidad	El Salvador	59,72 (14,82)	68,06 (12,78)			
	España	60,61 (16,26)	66,92 (18,02)	0,001** (0,279)	0,981 (0,000)	0,631 (0,007)
Justicia	El Salvador	80,56 (14,62)	86,67 (12,71)			
	España	72,42 (11,87)	72,12 (13,43)	0,166 (0,059)	0,011* (0,185)	0,127 (0,071)
Autocontrol	El Salvador	50,56 (27,48)	62,78 (21,73)			
	España	51,52 (18,76)	55,45 (17,86)	0,002** (0,264)	0,655 (0,006)	0,092+ (0,086)
Inteligencia Social	El Salvador	70,37 (20,83)	78,70 (17,38)			
	España	70,71 (19,56)	73,74 (17,33)	0,064+ (0,103)	0,704 (0,005)	0,377 (0,024)

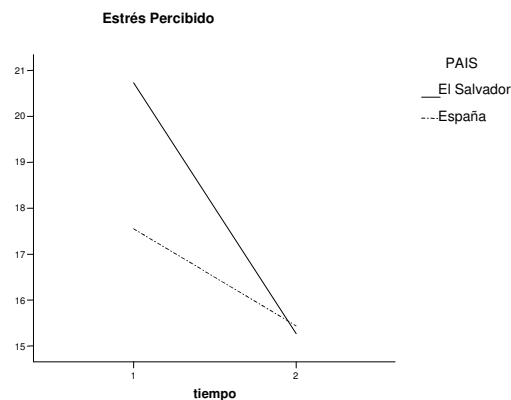
(...) Continuación Tabla 26

VARIABLES	Medias (DT)			Efecto <i>p</i> ANOVA (<i>Eta al cuadrado parcial</i>)		
	País	Pre	Post	Tiempo	País	Tiempo x País
Solución de Problemas	El Salvador	76,39 (15,01)	82,64 (14,42)			
	España	68,65 (12,05)	71,43 (15,50)	0,044* (0,125)	0,051+ (0,118)	0,425 (0,021)
Amor	El Salvador	84,26 (16,04)	84,26 (11,07)			
	España	81,31 (18,90)	83,33 (18,06)	0,573 (0,010)	0,743 (0,003)	0,573 (0,010)
Mentalidad Abierta	El Salvador	77,78 (14,21)	78,70 (17,38)			
	España	66,67 (17,15)	68,18 (18,56)	0,565 (0,010)	0,072+ (0,098)	0,889 (0,001)
Inteligencia Emocional	El Salvador	75,00 (9,62)	75,93 (16,97)			
	España	73,74 (13,95)	76,26 (16,19)	0,413 (0,021)	0,924 (0,000)	0,703 (0,005)
Recursos Psicológicos	El Salvador	71,43 (11,42)	78,07 (11,65)			
	España	63,22 (8,77)	66,79 (12,52)	0,000** (0,423)	0,017* (0,170)	0,161 (0,062)

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

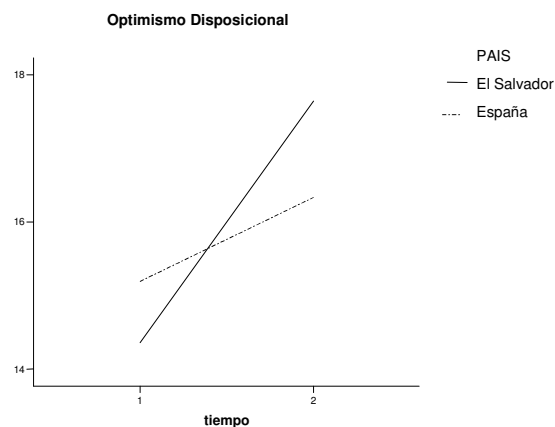
El Programa de potenciación de los Recursos Psicológicos ayuda a los 2 países (El Salvador y España) a disminuir el Estrés percibido, como muestran los datos en la Figura 19 ($F=22,83$; $p<.01$). También se produce un efecto de la interacción ($F=4,50$; $p<.05$), así el estrés percibido de los sujetos varió tanto en función del tiempo como del país. Para la muestra de El Salvador se produjo una disminución mayor que en la muestra de España, la muestra de El Salvador tenía más estrés antes de iniciar el programa, y terminaron teniendo menos que los de España.

Figura 19: Medias del estrés percibido en función del paso del tiempo, diferenciando España y el Salvador.



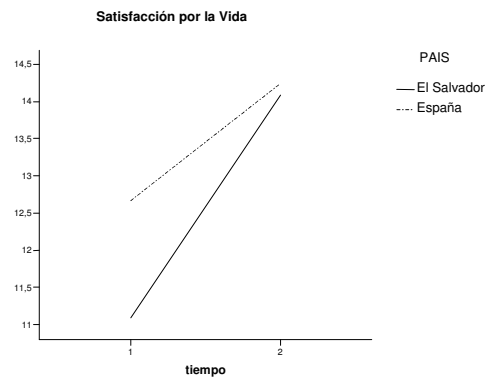
Se obtuvieron datos similares para la variable optimismo disposicional, ya que se produjo un efecto principal del tiempo ($F=18,30$; $p<.01$), cambios en las puntuaciones de la variable debido al programa y de la interacción ($F=4,26$; $p<.05$). Observando un mayor incremento de la variable en el país de El Salvador, en este sentido, los salvadoreños presentaban menos optimismo disposicional al inicio del programa, pero terminaron teniendo más que los españoles (Figura 20).

Figura 20: Medias del Optimismo Disposicional en función del paso del tiempo, diferenciando España y el Salvador.



En satisfacción con la vida sucede el mismo efecto, es decir un efecto principal del tiempo ($F=31,18; p<.01$) y una tendencia al efecto de la interacción ($F=3,04; p<.1$), en la dirección que se observa un incremento de la satisfacción con la vida, siendo el incremento mayor en El Salvador, así el programa tiene mayor efecto en este país.

Figura 21: Medias de la Satisfacción con la vida en función del paso del tiempo, diferenciando España y el Salvador.



En la variable Ansiedad e insomnio, se observa que hay un efecto de la interacción ($F=30,69; p<.01$). Así, para el grupo de El Salvador se produce una disminución de esta variable, pero para el grupo de España se halla un aumento de la variable (Figuras 22).

Para la disfunción social se produce un efecto del tiempo ($F=18,85; p<.01$), y un efecto de la interacción ($F=7,07; p<.05$). La muestra de El Salvador obtiene una disminución mayor en esta variable que la muestra de España (Figura 23).

En la variable depresión se produce un efecto significativo del tiempo ($F=73,91; p<.01$), del País ($F=55,96; p<.01$) y de la interacción ($F=41,61; p<.01$). Se observa que, en general, la muestra de El Salvador presenta mayores puntuaciones en Depresión que en España, y la disminución de los índices es mayor en el Salvador, aunque esta reducción no queda equiparada con las puntuaciones iniciales de la muestra española (Figura 24).

Para los síntomas somáticos, se produce un efecto del tiempo ($F=6,81; p<.05$) y del país en el límite de la significación ($F=3,63; p<.1$). Se observa que las puntuaciones de España no disminuyen con la misma intensidad que las de El Salvador, y que las puntuaciones son diferentes en función del país, así en España, en general, se obtienen más puntuaciones en síntomas somáticos que en El Salvador (Figura 25).

Figura 22: Medias de la subescala Ansiedad e insomnio en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador.

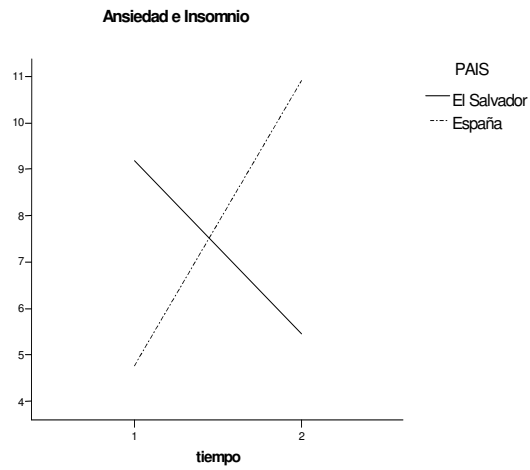


Figura 23: Medias de la subescala disfunción social en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador.

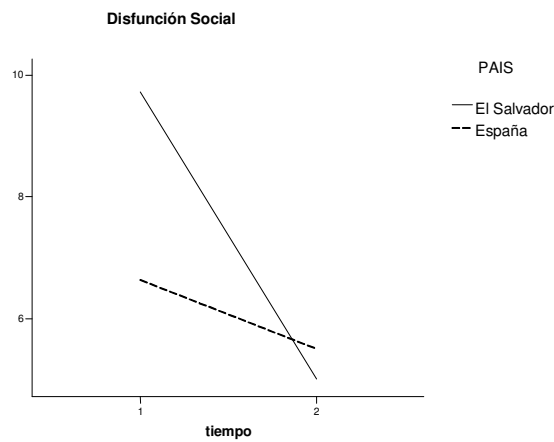


Figura 24: Medias de la subescala depresión y síntomas somáticos, en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador.

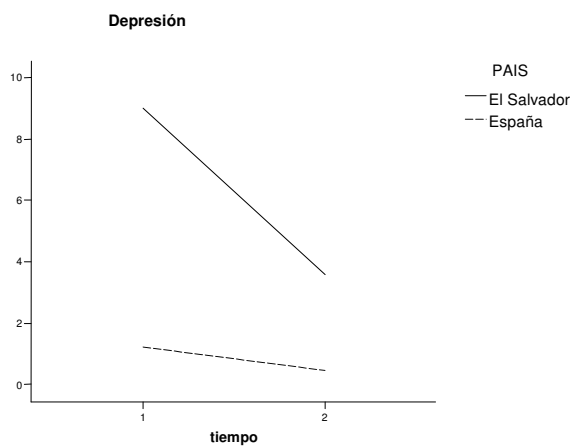
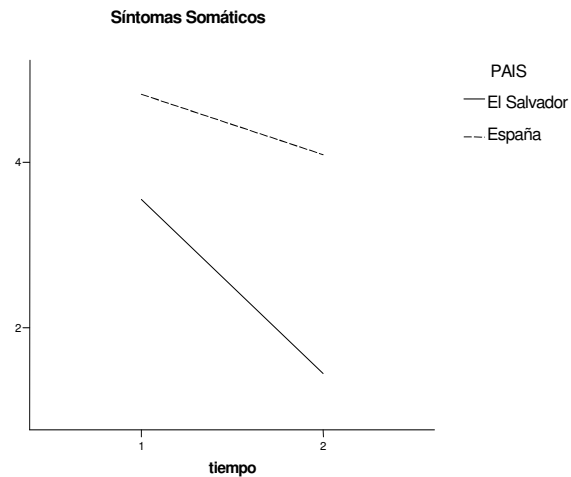
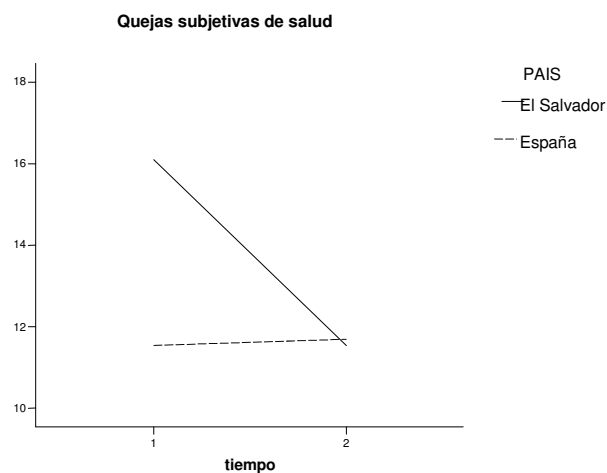


Figura 25: Medias de la subescala síntomas somáticos, en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador.



En la variable Quejas subjetivas de salud, se produce un efecto principal del tiempo en el límite de la significación ($F=3,34$; $p<.1$), y también para la interacción ($F=3,77$; $p<.1$), observándose que en la muestra española, prácticamente no cambia la puntuación de esta variable durante el paso del tiempo, pero sí en la muestra Salvadoreña (Figura 26).

Figuras 26: Medias de las Quejas subjetivas de salud en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador.



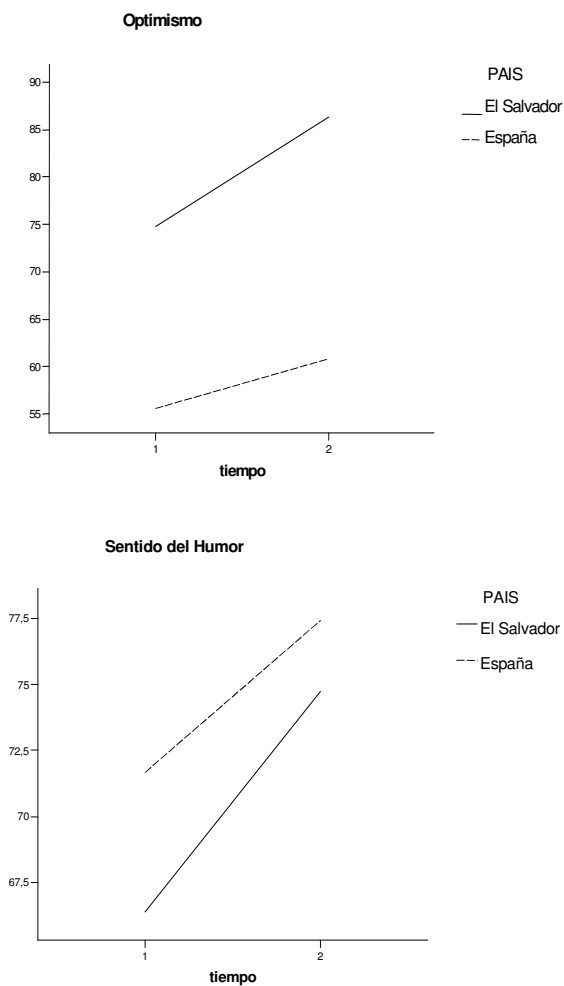
Para la variable optimismo, se observa que hay un efecto principal del tiempo ($F=21,36$; $p<.01$), del país ($F=19,85$; $p<.01$), y en el límite para la interacción ($F=2,95$; $p<.1$). Así en la muestra de El Salvador se hallan puntuaciones más elevadas en esta variable que en España (Figura 27).

En el recurso psicológico sentido del humor, se halla un efecto del tiempo ($F=12,78$; $p<.01$), incrementándose en ambos países después de la intervención (Figura 28).

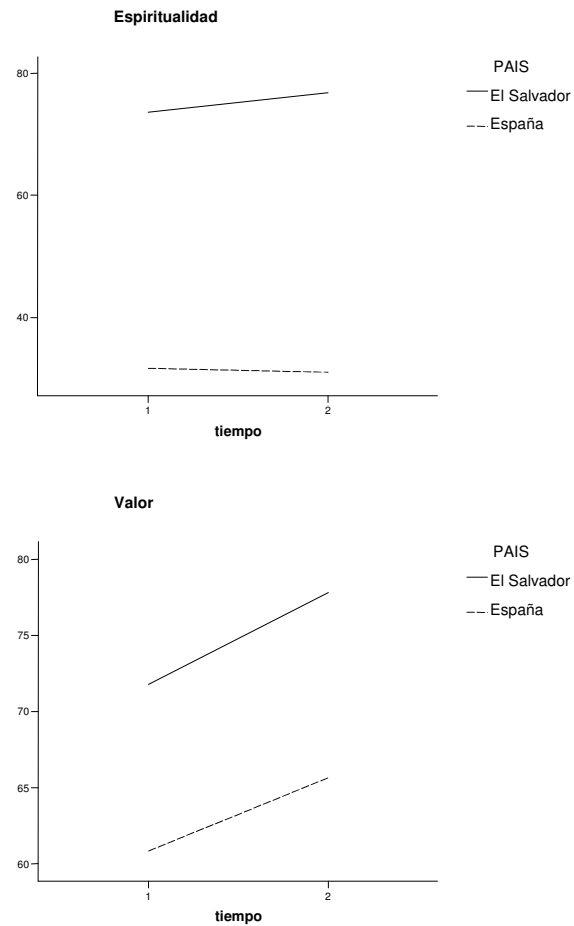
En la espiritualidad, se observa un efecto del país ($F=44,97$; $p<.01$), en este sentido, la muestra salvadoreña, en general, puntúa más elevado en este recurso que los españoles (Figura 29).

Para el Valor, se obtiene un efecto del tiempo ($F=8,76$; $p<.01$), y del país ($F=4,54$; $p<.05$), puntuaciones más altas en este recurso para El Salvador, así como un incremento significativo en el tiempo, para ambos países (Figura 30).

Figuras 27 y 28: Medias de los Recursos Psicológicos: Optimismo y Sentido del Humor, en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador



Figuras 29 y 30: Medias de los Recursos Psicológicos: Espiritualidad y Valor, en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador



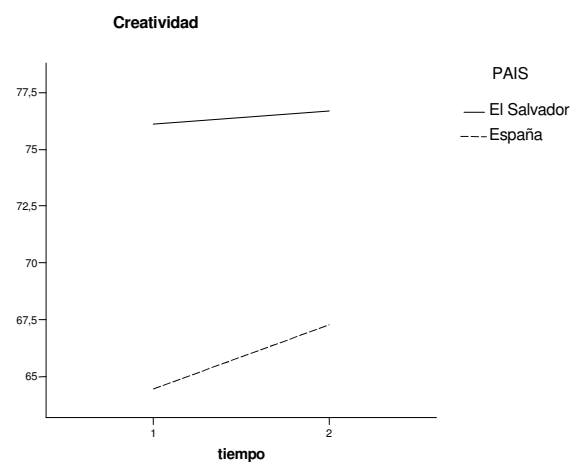
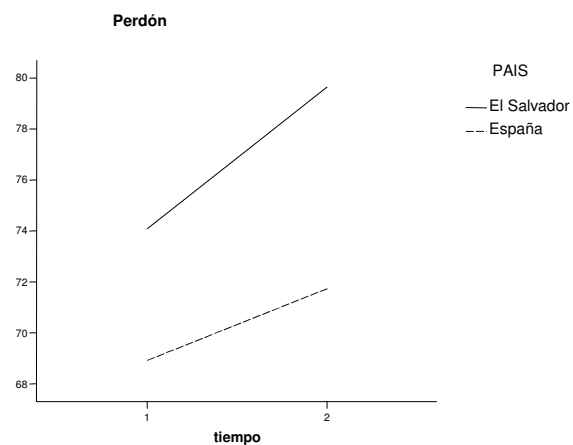
El recurso psicológico del Perdón, tiene un efecto del tiempo en el límite de la significación ($F=3,50$; $p<.1$), se produce un incremento de esta variable debida a la intervención, pero no llega a ser significativa (Figura 31).

Para la creatividad, hay un efecto del país en el límite de la significación ($F=3,32$; $p<.1$), en este sentido, como se observa en la Figura 32, se establece una diferencia entre países en lo que respecta a esta variable, en el Salvador, tanto inicial como finalmente, tiene mayor puntuación en este recurso que los españoles, y el programa no consigue potenciar esta variable en ninguno de los países.

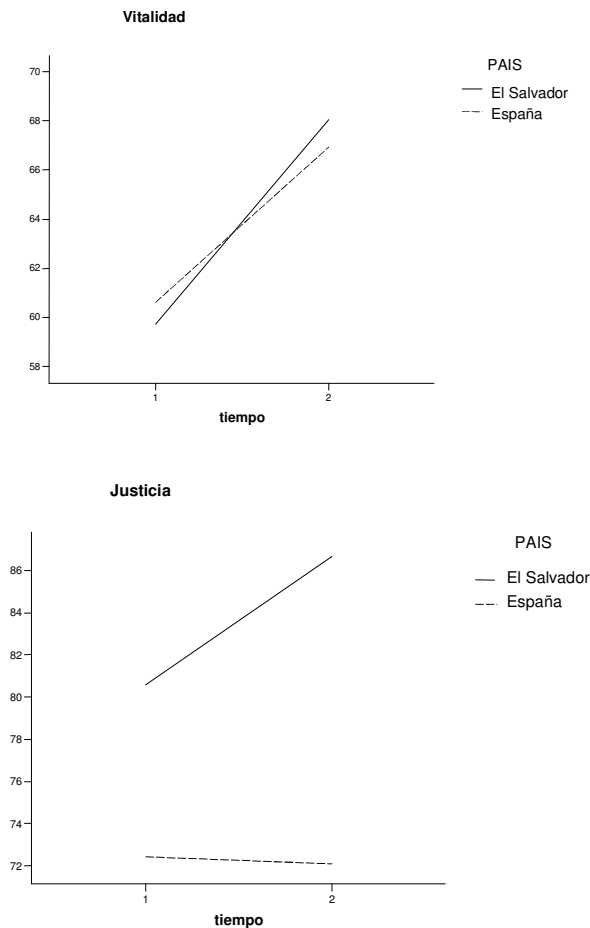
El recursos de la Vitalidad, tiene un efecto del tiempo ($F=12,37$; $p<.01$), es decir, el programa consigue aumentar este recursos en los dos países, siendo el incremento muy similar entre los países como se puede observar por la pendiente de la representación gráfica (Figura 33).

En la justicia, se obtiene un efecto del país ($F=7,26$; $p<.05$), diferencias entre países para esta variable, como se observa en la figura 34, hay mayores puntuaciones en la muestra de El Salvador, y viendo la representación gráfica, observamos que casi no se potencia este recurso en la muestra española.

Figuras 31 y 32: Medias de los Recursos Psicológicos: Perdón, y creatividad en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador



Figuras 33 y 34: Medias de los Recursos Psicológicos: vitalidad y justicia, en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador



El recurso psicológico del Autocontrol tiene un efecto del tiempo ($F=11,50$; $p<.01$), y de la interacción en el límite de la significación ($F=3,02$; $p<.1$), como se observa en la figura 35, hay un incremento debido al programa en los dos países, pero parece que se muestra una tendencia a que sea en El Salvador el país que más potencia este recurso, como se observa en la inclinación de la pendiente de su representación gráfica comparada con la española.

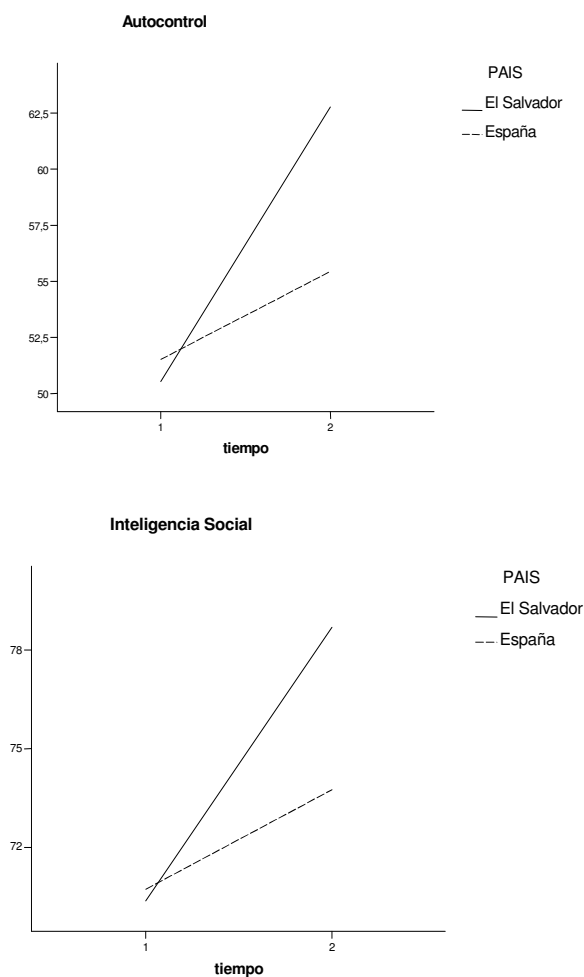
La inteligencia social tiene un efecto del tiempo en el límite de la significación ($F=3,68$; $p<.1$), se establece una tendencia a que el cambio producido en ambos países sea debido al programa (Figura 36).

En la Solución de problemas, hay un efecto del tiempo ($F=4,42$; $p<.05$), y del país en el límite de la significación ($F=4,13$; $p<.1$), se observa un efecto del programa, incrementándose este recurso en los dos países, pero también una tendencia a que esos países difieran en esta

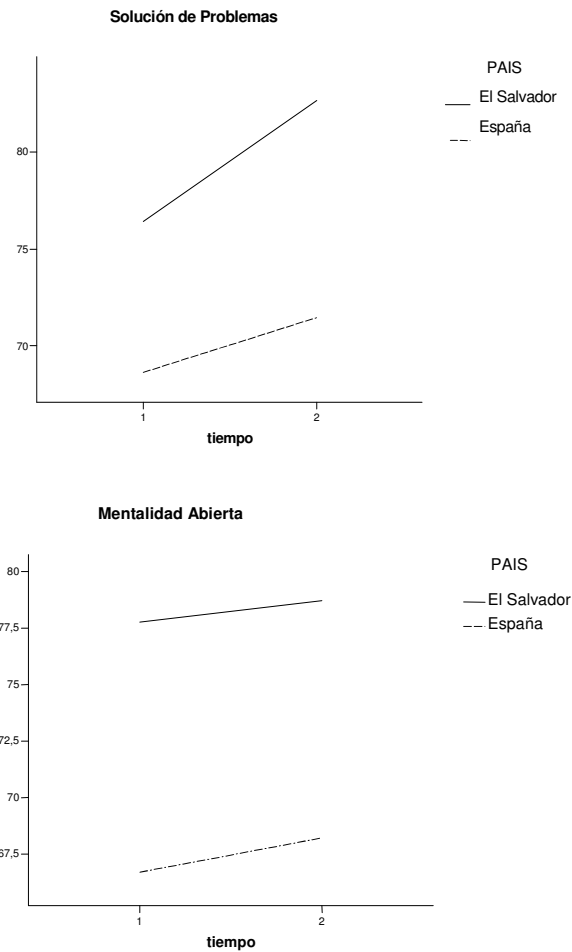
variable, como se observa en la figura 37, son los salvadoreños los que puntúan más alto en este recurso, ya desde el inicio del programa y se mantiene en la evaluación final.

Para mentalidad abierta se obtiene un efecto del país en el límite de la significación ($F=3,47$; $p<.1$), se observa una tendencia a diferenciarse los países en función de esta variable, son los salvadoreños, los que también obtienen puntuaciones más elevadas en este recurso en las dos evaluaciones realizadas (Figura 38).

Figuras 35 y 36: Medias de los Recursos Psicológicos: Autocontrol e inteligencia social en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador

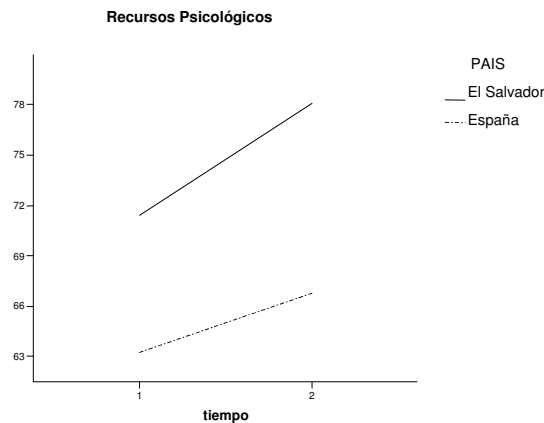


Figuras 37 y 38: Medias de los Recursos Psicológicos: solución de problemas, y mentalidad abierta, en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador



En la puntuación total del inventario de recursos psicológicos se tiene un efecto del tiempo ($F=22,75$; $p<.01$), y del país ($F=6,36$; $p<.05$) (Figura 39), observándose diferencias de las puntuaciones dependiendo del país, en este sentido, los salvadoreños tienen un incremento de los recursos psicológicos mayor que los españoles, y sus índices en los dos momentos temporales son superiores a las puntuaciones españolas.

Figuras 39: Medias de la puntuación total del inventario de los recursos psicológicos en función del paso del tiempo diferenciando España y el Salvador



Finalmente, en los Recursos Psicológico, Amor e inteligencia emocional, no se produjeron efectos significativos en los factores estudiados (Tabla 27).

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La participación en el programa hace que las muestras de los dos países (España y El Salvador) incrementen los recursos psicológicos de optimismo, sentido del humor, valor, perdón, vitalidad, autocontrol, inteligencia social, solución de problemas, y la puntuación total del inventario de recursos psicológicos. El programa se muestra potenciador de los recursos psicológicos, en ambos países, indistintamente del país al cual se aplique la intervención, se ven incrementados los recursos psicológicos, por lo tanto, el programa se muestra eficaz para aumentar los recursos psicológicos.

Analizando las variables parece que el programa potencia aspectos cognitivos y sociales, favorece el optimismo, el valor, el perdón, la vitalidad, el autocontrol y la solución de problemas, variables relacionadas con aspectos intrasujetos, y variables relacionales y sociales como la inteligencia social, y el sentido del humor.

No obstante, se establecen diferencias en función de los países en algunos de los recursos psicológicos estudiados, el optimismo, la espiritualidad, el valor, la creatividad, la justicia, la solución de problemas, la mentalidad abierta y la puntuación total del inventario de recursos psicológicos, en todos, es mayor la puntuación obtenida en El Salvador tanto al inicio del programa como al final.

Un dato significativo hace referencia a la espiritualidad, esta variable presenta puntuaciones muy diferentes en los dos países, así en El Salvador las puntuaciones son mucho más elevadas que en España, este dato nos sugiere que en El Salvador hay una valoración mayor de todo lo que representan las creencias espirituales.

Se observa que el optimismo y el autocontrol son las variables que muestran una tendencia a incrementar su valor de forma diferente en función del país, es en El Salvador donde se incrementa con mayor intensidad que en España.

En resumen, no queda confirmada la Hipótesis 1 que dice que “no habrá diferencias entre los estudiantes de la Universidad de El Salvador y los de la Universidad Autónoma de Madrid, por lo que respecta a los resultados obtenidos de sus recursos psicológicos al terminar el programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos”. Como se observa existen diferencias entre los países para los recursos psicológicos.

Comparando los países se observa que se produce un mayor beneficio del programa para la muestra salvadoreña, el estrés percibido, la ansiedad, la depresión, y las quejas subjetivas de salud adquieren una magnitud de la disminución mayor en este país, todo parece indicar que a pesar que tienen niveles iniciales más elevados de estas variables se produce un mayor cambio. La aplicación del programa afecta de forma diferente en función del país. Esto puede ser debido a que en El Salvador, se potencian más los recursos psicológicos, lo cual hace que con un mayor grado queden disminuidas estas variables resultado.

Para el optimismo disposicional y la satisfacción con la vida sucede que inicialmente, en la muestra de El Salvador, tienen índices inferiores de estas variables, pero se logran incrementar después de la intervención, con una magnitud mayor que en la muestra de España. Podemos interpretar el mismo efecto comentado anteriormente, como son los salvadoreños los que más aumentan sus recursos psicológicos, este aumento hace incrementar sus índices de optimismo disposicional y de satisfacción con la vida.

Tampoco se cumple la Hipótesis 2, definida como “no habrá diferencias entre los dos grupo por lo que respecta a los resultados obtenidos de sus variables de salud al terminar el programa de

Potenciación de los Recursos Psicológicos”. Existen también diferencias entre los países para estas variables resultado.

En general, la frecuencia con que informan de los recursos psicológicos es mayor en los salvadoreños, del mismo modo que se muestran más abiertos para su potenciación que los españoles. Sin embargo, para contrastar estos datos obtenidos, no se ha encontrado en la bibliografía existente, una posible explicación teórica más que los factores culturales y sociales. En este sentido la hipótesis 3 definida como “los dos grupos (los estudiantes de la Universidad de El Salvador y los de la Universidad Autónoma de Madrid) incrementarán los recursos psicológicos al finalizar el programa de potenciación de los recursos psicológicos”, no se cumplió ya que se ha observado que son los salvadoreños los que incrementaron con mayor frecuencia los recursos psicológicos al finalizar el programa.

Estos resultados van en la dirección del estudio efectuado por Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales, Vidales, y Gaborit (2005) a un grupo en supervivientes del terremoto de El Salvador, en 2001, comprobaron que la mayoría de los supervivientes que vivían en albergues (n=115) todavía experimentaban emociones positivas significativas (ej.: disfrutar con momentos lúdicos) y eran capaces de otorgar significado a lo sucedido y percibirse a sí mismos como mejor preparados para sucesos negativos futuros. Además encontrando que la mayoría de los participantes (57,3%) atribuyeron a Dios como la causa del terremoto. El 65% de la muestra consideraba que tenían mecanismos personales para afrontar los momentos de ansiedad y de tristeza, además un 42% rezaban para hacer frente al suceso, y sólo el 7% acudiría a hablar o visitar a un amigo. El 72,5% de los refugiados comentaron que eran felices después de 3 meses del terremoto, y el 66,7% consideran que el suceso les había ayudado a aprender aspectos positivos de ellos mismos y de los demás que no conocían.

En este sentido, las investigaciones indican que estar sometido a fuertes estresores, o a problemas catastróficos, o a aspectos traumáticos, puede contribuir a que los individuos desarrollen recursos psicológicos para afrontar las situaciones incontrolables de la vida cotidiana y de los nuevos sucesos futuros (Vázquez, Cervello, Pérez-Sales, Vidales, y Gaborit, 2005).

En este sentido, los escasos estudios, confirman que una situación que en principio podría tener un mal pronóstico para el bienestar psicológico y la calidad de vida, se muestran como retos para el afrontamiento y la supervivencia.

6. CONCLUSIONES

El Programa de intervención para la Potenciación de los Recursos Psicológicos permite modificar las siguientes variables:

- Incremento significativo en los dos países de las variables: optimismo disposicional, satisfacción con la vida, y en los recursos psicológicos: optimismo, sentido del humor, valor, perdón, vitalidad, autocontrol, inteligencia social, solución de problemas, y la puntuación total del inventario de recursos psicológicos.
- Diferencias entre países en las variables: depresión, síntomas somáticos y los recursos psicológicos: optimismo, espiritualidad, valor, creatividad, justicia, solución de problemas, mentalidad abierta, y la puntuación total del inventario de recursos psicológicos.
- Incremento del valor de las variables de forma diferente en función del país en las variables siguientes: optimismo disposicional, y los recursos psicológicos: optimismo, y autocontrol.
- Disminución del valor de las variables de forma diferente en función del país en las variables siguientes: estrés percibido, , ansiedad e insomnio, disfunción social, y depresión.
- Incremento de la Ansiedad e insomnio después del programa de potenciación en la muestra española.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 4

Para este estudio nos encontramos con limitaciones metodológicas para poder generalizar los resultados obtenidos.

- El tamaño de la muestra es pequeño.
- Los participantes no fueron seleccionados al azar (muestra por conveniencia).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., y Teasdale, J.D. (1978). Learned Helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87, 49-74.
- Albee, G.W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychological*, 37, 1043-1050.
- Al-Kubaisy, T.F, y Jassim, A. L. (2003). The Efficacy of Assertive Training in the Acquisition of Social Skills in Iraqi Social Phobics. *Arab Journal of Psychiatry*, 14(1), 68-72.
- Álvarez, J, R. (1997). *Para Salir del Laberinto, Cómo pensamos, sentimos y actuamos*, Madrid: Editorial Sal Terrae.
- Álvarez, J.C., Arbizu, T., Arroyo, R., y Montalbán (2005). *Esclerosis múltiple: 100 preguntas más frecuentes*. Madrid: Edimsa.
- Anderson, R. T. (1997). Anxiety of ignorance: The determinants of interpersonal skill display. *Dissertation Abstracts International*. Section B, 57(9B), 5959.
- Aspinwall, L. G., y Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de Satisfacción con la vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 314-319
- Avia, M.D. y Vazquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V. y Pastorelli, C. (1996). Mechanisms of Moral Disengagement in the Exercise of Moral Agency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 364-374.
- Barez, M. (2002). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. *Tesis doctoral no publicada*. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellatera: Barcelona.
- Barnes, M. (2000). Management of spasticity- pharmacological agents. En Hawkins, C.P, Wolinsky, J.S. (eds.): *Principles of treatments in Multiple Sclerosis*, pp. 184-200. Butterworth-Heinemann: Oxford.
- Bayés R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca
- Bayés R. (2002). Tiempo y enfermedad. *Estudios de Psicología*, 23 (1), 100-10.

- Bertocci, P.A. y Millard R.M. (1963). *Personality and the Good: Psychological and Ethical Perspectives*. New York: McKay.
- Blackledge, J.T., y Hales, S.C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 243-255.
- Boland, A., y Cappeliez, P. (1997). Optimism and neuroticism as predictors of coping and adaptation in older women. *Personality and Individual Differences*, 22, 909-919.
- Bono, G., y McCullough. M.E. (2006). Positive Responses to Benefit and Harm: Bringing Forgiveness and Gratitude Into Cognitive Psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 2, 1-10.
- Brown, G.T., y Carmichael, K. (1992). Assertiveness training for clients with a psychiatric illness: A pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*, 55 (4), 137-140.
- Burns, M.O., y Seligman, M.E.P. (1989). Explanatory style across the life span: evidence for stability over 52 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 471-477.
- Caballo, V. E, *Manual de Evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales*, Editorial Siglo XXI.
- Calhoun, L. G., y Tedeschi R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2000). Early posttraumatic interventions: Facilitating possibilities for growth. In J. M. Violanti, D. Paton, y C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp.135-152). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
- Carbelo, B. (2004): *El Humor en la Relación con el Paciente*, Barcelona: Masson.
- Carbelo, B., y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del psicólogo*, 27 (1), 18-30.
- Carlo, G., Raffaelli, M., Laible, D.J., y Meyer, K.A. (1999). Why are Girls Less Physically Aggressive than Boys? Personality and Parenting Mediators of Physical Aggression. *Sex Roles*, 40, 711-729.
- Carr, A. (2004). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner-Routledge.
- Castellanos, F. (2005). *Práctica sobre esclerosis múltiple*. Madrid: Biogen Idec.
- Chan, D.W. (1993). Components of assertiveness: Their relationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong. *Behaviour, research and Therapy*, 31 (5), 529-538.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.

- Clark, D. A. (2001). The persistent problem of negative cognition in anxiety and depression: New perspectives and old controversies. *Behavior Therapy*, 32, 3-12.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Compton, W. C. (2005). *An introduction to positive psychology*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Confavreux, C., y Vukusic, S. (2002). Natural history of multiple sclerosis: implications for counselling and therapy. *Curr Opin Neurol*, 15, 257-266.
- Costa, M., y López, E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- Cousins, N. (2000). *Anatomía de una enfermedad o la voluntad de vivir*. Barcelona: Cairós.
- Cummings, T. G., y Worley, C. G. (2005). *Organization development and change* (8th ed.). Mason, OH: South-Western College Publishing. Cameron, K., Dutton, J. E., y Quinn, R. E. (Eds.). (2003). *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Delamater, R.J., y McNamara, J.R. (1986) The social impact of assertiveness-Research findings and clinical implications. *Behavior Modification*, 10, 139-158.
- Desmond, F.F. (2002). Associations between human-animal relationship quality, dispositional empathy, and prosocial behavior. *Dissertation Abstracts International:Section B: The Sciences and Engineering*, 63, 510. US: Univ. Microfilms International
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Donaldson, S. L., y Bligh, M. C. (2006). Rewarding careers applying positive psychological science to improve quality of work life and organizacional effectiveness. In S.I. Donaldson, D.E. Berger, y K. Pezdek (Eds.), *Applied Psychology: New Frontiers and Rewarding Careers* (pp. 277-295). Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Donaldson, S. I., Gooler, L. E., y Weiss, R. (1998). Promoting health and well-being through work: Science and practice. In X. B. Arriaga y S. Oskamp (Eds.), *Addressing community problems: Research and intervention* (pp. 160–194). Newbury Park: Sage.
- Dykema, J., Bergbowe, K., y Peterson, C. (1995). Pessimistic explanatory style, stress, and illness. *Journal of Social and Clinical psychology*, 14(4), 357-371.
- Emmons, R. A., y McCullough, M. E. (2003; Eds.), *The psychology of gratitude*. New York: Oxford.
- Emmons, R.A. (2004). The psychology of gratitude: An introduction, in R.A. Emmons and M.E. McCullough (eds), *The Psychology of Gratitude* (Oxford University Press, New York), pp. 3–16.

- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C, y Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 63-72.
- Everly, G. S., y Feldman, R. L. (1984). *Occupational health promotion: Health behavior in the workplace*. New York: Wiley.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and Incremental validity using the Trait Meta-mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68: 171-179.
- Ferrando, P.J., Chico, E., y Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation test. *Psicothema*, 14 (3), 673-680.
- Fontaine, K., Manstead, A., y Wagner, H. (1993). Optimism, perceived control over stress, and coping. *European Journal of Personality*, 1, 267-281.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 511-521.
- Fordyce, M. W. (1983). A Program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Fordyce, M. W. (1995). *The Psychology of happiness. A brief version of the fourteen fundamentals*. Florida: Lake Media.
- Fournier, M., De Ridder, D., y Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: the role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 7, 409-432
- Gable, S. L. y Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9 (2), 102-110.
- Garaigordobil, M. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M. (2003). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil: Juego, conducta prosocial y creatividad*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M. (2003). *Programa Juego 8-10 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 8 a 10 años*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M. (2004). *Programa Juego 10-12 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 10 a 12 años*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M. (2005). *Programa Juego 6-8 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 6 a 8 años*. Madrid: Pirámide.

- Garaigordobil, M., y García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18 (2), 180-186.
- Garaigordobil, M., y García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18 (2), 180-186.
- García, J.M., Duque, P., y Izquierdo, G. (2001). Trastornos neuropsiquiátricos en la esclerosis múltiple. *Revista neurológica*, 33, 560-7.
- García-Molina, A., Enseñat-Cantallops, A., Picó-Azanza, N., Sánchez-Carrión, R., y Roig-Rovira, T. (2006, Mayo). Life satisfaction in Multiple Sclerosis patients in Spain. *Comunicación presentada en 11th Annual Conference of RIMS*. Barcelona, España.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory- 2 Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Gillham, J., Reivich, K., Jaycox, L., y Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in school children: Two year follow up. *Psychological Science*, 6, 343-351.
- Greenwald, D. F., y Harder, D. W. (1994). Sustaining fantasies and psychopathology in a normal sample. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 707-710.
- Hawkins, D. J., Van Horn, L. M., y Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science*, 5(4), 213-220.
- Hayward, H.S. (2005). Positive Psychology for Tsunami. *Observer*, 18 (9), 123-125.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hoffman, M.L. (1987). La aportación de la empatía a la justicia y al juicio moral. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (págs. 59-93). Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.
- Hoffman, M.L. (1989). Empathic emotions and justice in society. *Social Justice Research*, 3, 283-311.
- Hoffman, M.L. (1990). Empathy and justice motivation. *Motivation and Emotion*, 14, 151-172.
- Hyman, D. J., Pavlik, V. N., Taylor, W. C., Goodrick, G. K., y Moye, L. (2007). Simultaneous vs Sequential counselling for multiple behaviour change. *Arch. Internacional Med.* 167, 1152-1158.
- Jahora, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Nueva York: Basic Books.
- Johnson, N.G. (2003). On treating adolescent girls: Focus on strengths and resiliency in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 11, 1193-1203.
- Kamen, L.P., Rodin, J., y Seligman, M.E.P. (1987). *Explanatory style and immune functioning*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.

- Kauffman, C., y Scoular, A. (2004). Toward a positive psychology of executive coaching. In P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 287–302). New York: Wiley.
- Kirsten, D., y Plessis W.D. (2006, Julio). A secondary prevention programme to promote psychological well-being and reduce sub-clinical eating disorder symptoms. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Klausner, E., Snyder, C. R., y Cheavens, J. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients. In G. M. Williamson, P. A. Parmlee, & D. R. Shaffer (Eds.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice*. New York: Plenum.
- Krupp, L.B. (2003). Fatigue in multiple sclerosis: definition, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs*, 17, 225-34.
- Lawler, K. A., Younger, J. W., Piferi, R. L., Billington, E., Jobe, R., Edmondson, K., y Jones, W. H. (2003). A change of heart: Cardiovascular correlates of forgiveness in response to interpersonal conflict. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 373-393.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lerner, R. M. (2003). Developmental assets and asset-building communities: A view of the issues. In R. M. Lerner y P. L. Benson (Eds.), *Developmental assets and asset-building communities: Implications for research, policy, and practice* (pp. 3–18). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Libet, J., y Lewinsohn, P. (1973). Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(2), 304-312.
- Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S., y Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Linley, P. A., y Joseph, S. (2004). *Positive Psychology in Practice*. Hoboken, John Wiley & Sons.
- Lobo, A., y Muñoz, P.E. (1996). *Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Losada A. (2005). Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia. Resultados de un estudio transversal y de intervención. *Tesis doctoral no publicada*. Universidad Autónoma de Madrid, Cantoblanco: Madrid.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (3), 160-168).

- Martínez de Serrano, B.A. (2007). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de los recursos psicológicos: Inventario de Recursos Psicológicos – 77 ítems (IRP-77). *Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, Cantoblanco: Madrid.*
- Marujo, H. A., Neto, L.M., y Perloiro, M.F. (2003). *Pedagogía del optimismo. Guía para lograr ambientes positivos y estimulantes.* Madrid: Nancea.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality.* New York: Harper.
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being.* Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Matt, G. Vázquez, C. y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-255.
- McCullough, M. E., Worthington, E. L., y Rachal, K. C. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 321-336.
- McCullough, M. E., y Worthington, E. L. (1999). Religion and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 67, 1141-1164.
- McCullough, M.E., Emmons R.A. y Tsang J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography, *Journal of Personality Social Psychology* , 82, 112–127.
- McCullough, M.E., Kilpatrick, S.D. Emmons R.A. y Larson D. (2001). Gratitude a moral affect?, *Psychological Bulletin* 127, pp. 249–266.
- McCullough, M.E., Rachal, K.C., Sandage, S.J., Worthington, E.L., Brown, S.W., y Hight, T.L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships. II: Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1586-1603.
- McCullough, M.E., Tsang, J., y Emmons, R.A. (2004). Gratitude in intermediate affective terrain: Links of grateful moods to individual differences and daily emotional experience, *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 295–309.
- McCullough, M.E., y Witvliet, C.V.O. (2002). The psychology of forgiveness. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 446-458). New York: Oxford University Press.
- McGrath, H., y Noble, T. (2003). *Bounce back!: a classroom resilience program: teacher's handbook.* Sydney: Pearson Longman.
- Melzack, R., y Wall, P. D. (1983). *The challenge of pain.* New York: Basic Books.
- Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., y Hankin, B. J. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin*, 130, 711-747.
- Montero, I., y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of clinical and health psychology*. 5 (1), 115-127.

- Murria, R., y Pigott, R. (2006, Julio). A Ten Session course designed to raise the level of happiness in adults. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Nakamura, J., y Csikszentmihalyi, M. (2003). The motivational sources of creativity as viewed from a paradigm of positive psychology. In L. G. Aspinwall y U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 257-269). Washington, DC: American Psychological Association.
- Noble, T. (2006, Julio). Helping Children BOUNCE BACK! Teaching positive psychological principles through the academic curriculum. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). The other end of the continuum: The costs of rumination. *Psychological Inquiry*, 9, 216-219.
- Nolen-Hoeksema, S., y Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 391-403.
- Oliveira, M. C., y Oliveira, M. J. (2006, Julio). Enhancing optimism in the school context – a systems approach. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Osborn, A. F. (1963). *Applied imagination*. Scribner.: New York.
- Pedroso-Lima, M., Alcoforado, L., Simões, A., Vieira, C., Oliveira, A., y Ferreira, J.A. (2006, Julio). Promoting Subjective well-being among the aged. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Peñacoba, C., y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Perloiro, M., y Neto, L. M. (2006, Julio). Applying positive psychology to couple therapy. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Peterson, C. (1988). Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 117-130.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R., y Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9, 49-52.
- Peterson, C., Seligman M.E.P., y Vailant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (1), 23-27.

- Peterson, C., y De Avila, M.E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 128-132.
- Peterson, C., y Seligman, M. E. P. (2002). *The Values in Action (VIA) classification of strengths*. Cincinnati, OH: Values in Action Institute.
- Peterson, C., y Seligman, M.E.P (2004). *Character Strengths and Virtues A Handbook and Classification*. Washington, D.C.: APA Press and Oxford University Press.
- Peterson, C., y Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depresión: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Polak, E. L., y McCullough, M. E. (2006). Is gratitude an alternative to materialism?. *Journal of Happiness Studies*, 7, 343–360.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Rathus, S. (1972). An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 81-86
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 9 (1), 86-93.
- Remor, E., Amorós, M., y Carroble, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de psicología*, 22 (1), 37-44.
- Retuerto, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22 (3), 323-339.
- Rich, A., y Schroeder, H. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Rodríguez, M.L., y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: Una revisión. *Psicología y Salud*, 15 (2), 169-185.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rolo, C. y Gould, D. (2006, Julio). An intervention for fostering hope, athletic and academic performance in university studentathletes. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., y Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (pp. 618-655). New York: Wiley.
- Ryan, R.M., y Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65 (3), 529-565.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. D., y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Salovey, P., Mayer, J. D., y Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. En C.R. Snyder y S.J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 159-171). New York: Oxford University Press.
- Sánchez, V., Lewinsohn, P.W., y Larson, D.W.(1980). Assertion training: effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36 (2), 526-529.
- Schapiro, R.T., Baumhefner, R.W., y Tourtellote, W.W. (2000). Esclerosis Múltiple: un punto de vista clínico para su manejo. En Raine, C.S., McFarland, y Tourtellote, W.W. (eds.): *Esclerosis Múltiple, bases clínicas y patogénicas* (pp. 391-417). Chapman y Hall: Londres. Edición en español: Editores Médicos, S.A: Madrid.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing Optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078.
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K., y Carver, C.S. (1986). Coping and stress: Divergent Strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1982). Control theory: a usefull conceptual framework for personality-social,clinical and health psychology. *Psychological bulletin*, 92, 111-135.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and Health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1989). Disposicional Optimism and recovery from Coronary Artery Bypass Surgery: The beneficial effects on Physical and Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.

- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Sebastián, J., Bueno, M.J., y Mateos, N. (2002). Manual del Programa de intervención psicosocial para mejorar la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Manual no publicado*. Universidad Autónoma de Madrid, Cantoblanco: Madrid.
- Segerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., y Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of personality and social psychology*, 74 (6), 1646-1655.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., y Parks, A.C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*. 774-788.
- Seligman, M.E.P., Reivich, K., Jaycox, L.H., y Guillham, J. (1995). *The optimistic Child*. New York: Houghton Mifflin.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-421.
- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New Cork: McGraw-Hill.
- Sheldon K. M., y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychology*, 56 (3), 216-7.
- Sheldon, K.M., Kasser, T., Smith, K., y Share, T. (2002). Personal Goals and Psychological Growth: Testing an Intervention to Enhance Goal Attainment and Personality Integration. *Journal of personality*, 70 (1), 5-31.
- Sheldon, K.M., y Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal attainment, and the pursuit of happiness: can there be an upward spiral. *Journal of personality and social psychology*, 80 (19), 154-165.
- Shepperd, J.A., Maroto, J.J., y Pbert, L.A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of research in personality*, 30 (4), 517-534.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., y Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Stuifbergen, A. K., Becker, H., Timmerman, G.M., y Kullberg, V. (2003). The use of individualized goal setting to facilitate behaviour change in women with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35 (2) 94-106.

- Stuifbergen, A. K., Harrison, T. C., Becker, H., y Carter, P. (2004). Adaptation of a Wellness intervention for women with chronic disabling conditions. *Journal of Holistic Nursing*, 22 (1), 11-31.
- Stuifbergen, A.K. (2006). Building health promotion interventions for persons with chronic disabling conditions. *Family Community Health*, 29 (Supl. 1), 28-34.
- Takaku, S. (2001). The effects of apology and perspective taking on interpersonal forgiveness: A dissonance-attribution model of interpersonal forgiveness. *Journal of Social Psychology*, 141, 494-508.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., y Gruenwald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S.E., y Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of personality*, 64 (4), 873-898.
- Thain, E.M., Boggild, M., Baker, G.A., y Young, C.A. (2006). Sustained benefits of the Optimise education programme: Results of 3 month follow up. *Comunicación presentada en 11th Annual Conference of RIMS*. Barcelona, España.
- Thoresen, C. E., Harris, A. H. S., y Luskin, F. (2000). In M.E. McCullough, K.I. Pargament, and C.E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 254-280). New York: Guilford Press.
- Trisolini, M. y Wiener, J. (2004). Principios para promover la calidad de vida de las personas con Esclerosis Múltiple. Madrid: Federación Internacional de Esclerosis Múltiple.
- Vázquez, C., Cervellón, P. Pérez-Sales, P., Vidales, D., y Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 313-328.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*. 14, 401-432.
- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 115–132). New York: Cambridge University Press.
- Willer, B. S., Ottenbacher, K.J., y Coad, M. L. (1994). The Community Integration Questionnaire: A comparative examination. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73(2), 103-111.
- Witvliet, C.V., Ludwig, T., y Vander Laan, K. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health. *Psychological Science*, 12, 117-123.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Zechmeister, J. S., y Romero, C. (2002). Victim and offender accounts of interpersonal conflict: Autobiographical narratives of forgiveness and unforgiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 675-68.

Zygouris, N. (2007, April). Reflection as a positive psychology intervention in addiction treatment: Building upon the strengths. *Paper presented at the 1st Applied Positive Psychology Conference*, Coventry, UK.

ANEXOS

I. Nomenclatura

II. Modelo de Formulario para la valoración de la propuesta del programa

III. Instrumentos y Variables

IV. Fiabilidad y supuestos paramétricos)

V. Guión descriptivo del programa de potenciación

VI. Evolución de las muestras

VII. Protocolo de Evaluación

VIII. Información referente al CD Anexo

I. NOMENCLATURA

Abreviatura	Nombre de la Variable
LOT	OPTIMISMO DISPOSICIONAL
SWL	SATISFACCIÓN CON LA VIDA
AGHQ	ANSIEDAD E INSOMNIO
DGHQ	DISFUNCIÓN SOCIAL
GGHQ	DEPRESIÓN GRAVE
SGHQ	SÍNTOMAS SOMÁTICOS
SHC	QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD
OPT	OPTIMISMO
SH	SENTIDO DEL HUMOR
ES	ESPIRITUALIDAD
VA	VALOR
PE	PERDON
CR	CREATIVIDAD
VI	VITALIDAD
JU	JUSTICIA
AC	AUTOCONTROL
IS	INTELIGENCIA SOCIAL
SP	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
A	AMOR Y DEJARSE AMAR
MA	MENTALIDAD ABIERTA
IE	INTELIGENCIA EMOCIONAL
IRP	PUNTUACIÓN TOTAL DEL INVENTARIO DE RECURSOS PSICOLÓGICOS

II. MODELO DE FORMULARIO PARA LA VALORACIÓN DE LA PROPUESTA DE PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS.

Formulario sobre la valoración del programa de recursos psicológicos para los jueces participantes en la evaluación del programa.

		Sí	No
1.	Los recursos psicológicos definidos y utilizados en el programa, los consideran realmente recursos.		
2.	El marco teórico en el cual se apoya la intervención es adecuado y se ajusta a los objetivos del programa?		
3.	En términos generales, el programa mejorará o potenciará los recursos psicológicos de los participantes con las actividades programadas?		
4.	Los contenidos y actividades propuestas en las sesiones pueden ayudar a potenciar los recursos psicológicos?		
5.	Consideran que la intervención puede ser útil y beneficiosa para las personas que participaran en ella?		
6.	La intervención puede ayudar a los colectivos que tienen problemas de salud?		

Observación: _____

III. INSTRUMENTOS Y VARIABLES (FIABILIDAD Y SUPUESTOS PARAMÉTRICOS)

Variables Dependientes (Medidas de resultado)

Salud General Percibida, Evaluada con el **CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ-28)**, adaptación y versión en lengua española validada por Lobo y Muñoz (1996). El cuestionario consta de 28 ítems agrupado en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A: Síntomas somáticos, subescala B: ansiedad e insomnio, subescala C: disfunción social y subescala D: depresión grave.

Recursos Psicológicos, evaluados con el **INVENTARIO DE RECURSOS PSICOLÓGICOS (IRP)**, desarrollado en la Tesis Doctoral de Martínez de Serrano (2007). Está formado por 77 ítems agrupados en 14 dimensiones o recursos psicológicos (Optimismo, Sentido del Humor, Espiritualidad, Valor, Perdón, Creatividad, Vitalidad, Justicia, Autocontrol, Inteligencia Social, Solución de Problemas, Amar y dejarse amar, Mentalidad abierta, e Inteligencia Emocional), y a parte un Índice General de Recursos Psicológicos, que incluye el total de las puntuaciones obtenidas en el inventario. Para la evaluación de cada ítem el sujeto debe elegir entre cuatro opciones de respuesta: Totalmente de Acuerdo (3), De Acuerdo (2), En Desacuerdo (1), En Total Desacuerdo (0). A mayor puntuación se obtiene una mayor magnitud de Recursos Psicológicos.

Transformación de la puntuación directa de las subescalas a puntuaciones 100:

Para los cálculos de las subescalas se realizó una transformación a puntuaciones 100 para poder comparar entre si las subescalas, ya que no todas las subescalas tienen el mismo número de ítems.

Se utilizó la siguiente fórmula para la transformación:

Puntuación transformada de la subescala = $100 * [(puntuación\ directa\ de\ la\ subescala - mínima\ puntuación\ de\ la\ subescala) / (máxima\ puntuación\ de\ la\ subescala)]$.

Por ejemplo, en el caso de la subescala Optimismo, que tiene 12 ítems, si la persona tiene una puntuación directa de 17, hemos de tener en cuenta, que siempre la puntuación mínima posible será 0 y en este caso la puntuación máxima será 36, porque tenemos 12 ítems y para cada ítem la puntuación máxima es 3, entonces $12 * 3 = 36$.

Quedaría así la transformación: Puntuación transformada = $100 * [(17-0)/ 36]= 47,22$

Optimismo Disposicional, Evaluado con el **TEST DE ORIENTACIÓN VITAL-REVISADO (LOT-R)** de Scheier y Carver (1994). Adaptación española de Ferrando, Chico y Tous (2002). El optimismo se evaluó a través del LOT-R (Life Orientation Test Revised), de Scheier, Carver y Bridges (1994). Versión Española publicada por Ferrando, Chico y Tous (2002). Es un autoinforme que evalúa las expectativas generalizadas hacia resultados positivos o negativos sobre el futuro. Está compuesto por 10 ítems, 4 de los cuales son de relleno y no tiene validez para el análisis. Los 6 ítems restantes, 3 se puntúan de forma directa y los otros de indirecta. Se pregunta a los sujetos que indiquen el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones como “en tiempos difíciles, generalmente espero lo mejor” usando una escala de 5 puntos, donde 0 (muy en desacuerdo) y 4 (muy de acuerdo).

Quejas Subjetiva de Salud, se ha usado el **INVENTARIO DE QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD (SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINT, SHC) DE ERIKSEN, IHDEBACK Y URSIN (1999)**. Compuesto por una rejilla que contiene 29 ítems que describen síntomas físicos de malestar diario, donde se tiene que contestar si en el último mes se ha tenido alguno de estos síntomas (nada=0; un poco=1; algo=2; grave=3), y el número de días que los ha tenido durante el último mes (Adaptación al español para este estudio). Este instrumento está formado por 5 subescalas: problemas musculares, problemas pseudoneurológicos, dolores gastrointestinales, alergias, síntomas gripales. Debido a la baja fiabilidad obtenida de las subescalas que componen este instrumento, se ha utilizado a puntuación total como criterio para analizar las quejas subjetivas de salud.

Satisfacción con la vida, se ha utilizado la **ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (Satisfaction With Life Scale, SWLS)**, Diener, Emmons, Larsen, y Griffin (1985). Versión en español publicada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). Escala compuesta por 5 ítems que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción

con su vida. Los valores de respuesta oscilan entre 1=Totalmente en desacuerdo y 5=totalmente en acuerdo.

Estrés Percibido, se ha usado la **ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO versión 10 ítems (Perceived Stress Scale, PSS-10) de Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983)**. Adaptación española de la PSS-10 realizada por Remor (2006). La escala PSS es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 10 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación de la PSS-10 se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6 y 7 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando todos los 10 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10).

Estado de ánimo, se ha usado una **EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO ANTES Y DESPUÉS DE CADA SESIÓN**, pregunta de evaluación del estado de ánimo de los participantes en el grupo de potenciación. Pregunta inicial: ¿Cómo te sientes hoy? evaluada de 1 (mal) a 10 (bien); pregunta final de la sesión: ¿Cómo te sientes ahora? evaluada de 1 (mal) a 10 (bien). Preguntas confeccionadas para esta investigación.

Satisfacción con la Intervención, se ha usado una **EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**, para evaluar el nivel de satisfacción con el programa, una vez terminado éste, se elaboró un cuestionario que se contestó al final de la sesión 10 (Ver Anexos).

Variable Independiente

Programa de intervención para la potenciación de los Recursos Psicológicos, El programa está formado por 10 sesiones semanales con una duración de 90 minutos cada una. Al inicio de cada sesión se escribe una frase en la pizarra que representa el contenido de la misma (ejemplos de frases en anexos). Cada sesión está estructurada y pautaada. El Programa de Potenciación tiene como objetivo aumentar y maximizar los recursos psicológicos, se han trabajado los siguientes: comunicación asertiva, optimismo, perdón, gratitud, afrontamiento positivo, vitalidad, empatía y entusiasmo. Para trabajar estas variables,

elaboramos un seguido de actividades y técnicas (Tabla 27), entre las cuales está la elaboración de un collage con frases positivas, la realización del Árbol de los Recursos, donde las ramas tiene que contener los logros alcanzados hasta el momento, y el tronco los recursos psicológicos que les han hecho alcanzar esos logros. Otra de las actividades es elogiar a los participantes del grupo, decirles alguna cualidad, o recurso que hayan percibido, en este caso se trabaja recibir y dar elogios a los compañeros, en esta actividad reciben un Diploma que contiene todos los elogios que han recibido del grupo. Todas las actividades están guiadas por dos coordinadores-monitores, aunque lo que se favorece es el diálogo entre los participantes del grupo. Al inicio de cada sesión se escribe en la pizarra una frase introductoria y motivadora de la sesión, en alguno de los grupos, los mismos participantes traían sus propias frases y eran escritas y compartidas por el grupo (Ver ejemplos de frases en el Anexo V).

Para mayores detalles sobre la intervención se incluye en un CD-Rom en Anexo VIII, las sesiones del programa descritas paso a paso, con los contenidos y las actividades de cada una de ellas, además, en el Anexo V está el guión descriptivo del Programa de Recursos Psicológicos.

Variables Control

Variables sociodemográficas, Evaluadas mediante una ficha de datos sociodemográficos, los siguientes datos:

- **Edad:** edad de los participantes de la muestra.
- **Sexo:** sexo de los participantes de la intervención.
- **Estudios:** nivel de estudios de los participantes de la intervención.
- **Ocupación:** nivel de dedicación de los participantes de la muestra (estableciendo las siguientes categorías: Inactivo, Estudiante, Trabajador/a, Pensionista).
- **Con quién vive:** se establecieron diferentes categorías para saber con quien vivían los participantes de la intervención (solos, padres, compañeros de piso, institución, pareja).

Intención de cambio de la actitud ante la vida de los participantes,

Estableciendo los siguientes ítems: 1) No tengo intención ni estoy pensando en cambiar mi actitud ante la vida en los próximos 6 meses. 2) Estoy pensando en hacer algún cambio en mi actitud ante la vida en los próximos 6 meses. 3) Estoy decidido y tomando ya algunas medidas para hacer algún cambio en mí actitud ante la vida en los próximos 6 meses. 4) He introducido

ya cambios en mí actitud ante la vida desde hace menos de 6 meses. 5) He introducido cambios en mí actitud ante la vida desde hace más de 6 meses. 6) He cambiado mí actitud ante la vida pero en los últimos meses, a veces noto que actúo como antes del cambio. Hemos adaptado estos ítems siguiendo el modelo de Prochaska, y DiClemente (1982), sobre la Intención de Cambio.

Evaluación de la comprensión del programa de intervención, para la evaluación del programa de intervención se han utilizado tres preguntas, que los participantes contestaron al final de cada sesión, confeccionadas para esta investigación, para observar el nivel de comprensión del programa. Las preguntas son las siguientes: ¿Han sido claros los contenidos desarrollados, por las monitoras, en la sesión? evaluada de 1 (no) a 10 (si); ¿Se han entendido bien los contenidos y las actividades tratados en la sesión? de 1 (nada) a 10 (todo); ¿Has utilizado los contenidos trabajados en la sesión anterior? de 1 (no) a 10 (si).

Tabla 27: Descripción del Programa para la Potenciación de los Recursos Psicológicos

Sesión 1.

Objetivos: Presentar el programa y sus objetivos, desarrollar la integración y el vínculo entre los participantes y monitores.

Actividades en la sesión: presentación por parejas y análisis de los niveles de comunicación, elaboración de una declaración de compromiso para el desarrollo de sus recursos psicológicos.

Tareas para casa: Reflexionar y escribir en una ficha al menos dos puntos fuertes o estrategias que utilizan para comunicarse o hacer nuevos amigos.

Sesión 2.*

Objetivos: Aprender sobre los Recursos Psicológicos y los estilos de comunicación.

Actividades en la sesión: tormenta de ideas sobre como definir e identificar los recursos psicológicos, elaboración de un listado de recursos psicológicos, entrenamiento en asertividad mediante la fábula: la ostra y el pez, nociones de relajación (respiración profunda).

Tareas para casa: Experimentar relajarse mediante la respiración profunda antes de dormir.

Sesión 3.

Objetivos: Aprender a identificar nuestros Recursos Psicológicos

Actividades en la sesión: identificación de un recurso psicológico propio, y un recurso a potenciar, analogía mediante un cuento personal, actividad de artes plásticas con la elaboración del árbol de los logros y recursos, aprendizaje de la relajación mediante respiración profunda.

Tareas para casa: Autoregistro diario de la relajación mediante respiración profunda

Sesión 4.

Objetivos: Trabajar los pensamientos positivos y negativos.

Actividades en la sesión: ejercicio para identificar la relación entre pensamiento, emoción y comportamiento, técnica el “día perfecto”*.

Tareas para casa: Autoregistro diario de la relajación mediante respiración profunda; elaboración del ejercicio “el día perfecto”.

Sesión 5.

Objetivos: Conocer los beneficios psicológicos de la realización de cosas que nos gustan y nos importan.

Actividades en la sesión: técnica el “día perfecto”** (análisis y discusión del ejercicio), relajación mediante imágenes y sensaciones (entrenamiento autógeno).

Tareas para casa: Autoregistro diario de la relajación mediante imágenes y sensaciones.

Sesión 6.

Objetivos: Trabajar la experiencia del entusiasmo.

Actividades en la sesión: ejercicio dinámico de elaboración y experiencia de frases positivas (actividad de artes plásticas).

Tareas para casa: Autoregistro diario de la relajación a elegir por el participante.

Sesión 7.

Objetivos: Trabajar la experiencia de dar y recibir elogios.

Actividades en la sesión: Reflexión, elaboración y exposición de elogios, la experiencia de dar y recibir elogios, elaboración de un “diploma” de recepción de elogios y de reconocimiento de los recursos personales.

Tareas para casa: Autoregistro diario de la relajación a elegir por el participante.

Sesión 8.

Objetivos: Conocer la importancia del perdón.

Actividades en la sesión: Exposición del efecto del perdón sobre las emociones, desarrollo del guión para realizar el perdón, elaboración de una carta de perdón.

Tareas para casa: Registro diario de tres cosas positivas que hayamos hecho durante el día y porqué son positivas.

Sesión 9.

Objetivos: Discutir las formas de afrontar la vida: la búsqueda de la coherencia.

Actividades en la sesión: Ejercicio organización y planificación de objetivos en nuestra vida en coherencia con lo que queremos, técnica de solución de problemas (removiendo obstáculos en la vida).

Tareas para casa: Registro diario de tres cosas positivas que hayamos hecho durante el día y porqué son positivas.

Sesión 10.

Objetivos: Evaluar y extraer conclusiones del programa.

Actividades en la sesión: Revisión e integración de los contenidos del programa (resumen), reflexión y exposición de la experiencia durante el programa, ejercicio de identificación de cambios personales concretos.

Notas: * En el programa de potenciación para las personas con Esclerosis múltiple se hicieron 11 sesiones, la sesión 2 se cambió por la de Información sobre la enfermedad, donde un neurólogo resolvía las dudas de los participantes. **La técnica “el día perfecto” es una elaboración del Psicólogo Miguel Costa Cabanillas

IV. SUPUESTOS PARAMÉTRICOS Y FIABILIDAD

Se han realizado los siguientes análisis para verificar los supuestos paramétricos de las variables analizadas en este estudio, teniendo en cuenta el origen de la muestra, es decir, se han analizado las variables agrupando a todos los Españoles (Estudiantes y Esclerosis múltiple) y todos los participantes de El Salvador (Intervención y Control):

Curtosis: Medida del grado en que las observaciones están agrupadas en torno al punto central. Para una distribución normal, el valor del estadístico de curtosis es 0. Una curtosis positiva indica que las observaciones se concentran más y presentan colas más largas que las de una distribución normal. Una curtosis negativa indica que las observaciones se agrupan menos y presentan colas más cortas.

Asimetría: Medida de la asimetría de una distribución. La distribución normal es simétrica por lo que tiene un valor de asimetría 0. Una distribución que tenga una asimetría positiva significativa tiene una cola derecha larga. Una distribución que tenga una asimetría negativa significativa tiene una cola izquierda larga. Un valor de asimetría mayor que 1, en valor absoluto, indica generalmente una distribución que difiere de manera significativa de la distribución normal.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra: Prueba empleada para verificar la hipótesis de que una muestra procede de una distribución particular (uniforme, normal o de Poisson). El valor de la Z de Kolmogorov-Smirnov se basa en la diferencia absoluta máxima entre las distribuciones acumuladas observada y teórica.

TABLA A1: Descripción de las Variables y Supuestos Paramétricos. Los estadísticos obtenidos a partir del análisis de las variables Pre del estudio para los Españoles.

	n	Media	Mínimo	Máximo	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis	Kolmogorov-Smirnov (p)
OPTIMISMO (IRP)	36	57,79	28	89	13,97	.26	.18	0,741 (.643)
SENTIDO HUMOR (IRP)	35	68,76	40	97	12,58	-.38	.07	0,969 (.305)
ESPIRITUALIDAD (IRP)	36	36,73	0	72	17,93	.08	-.31	0,667 (.764)
VALOR (IRP)	36	59,72	28	100	17,28	-.02	-.06	1,025 (.244)
PERDÓN (IRP)	35	67,94	50	94	11,12	.79	.14	1,199 (.113)
CREATIVIDAD(IRP)	35	63,62	33	87	15,11	-.34	-.18	0,964 (.311)
VITALIDAD (IRP)	36	57,56	28	94	15,61	.14	-.21	0,639 (.810)
JUSTICIA (IRP)	35	76,76	53	100	13,07	.14	-.91	0,727 (.666)
AUTOCONTROL (IRP)	34	52,75	7	87	17,32	-.33	.69	0,768 (.596)
INTELIGENCIA SOCIAL (IRP)	36	73,46	33	100	17,07	-.15	-.37	1,095 (0,182)
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (IRP)	35	69,76	50	100	12,31	.53	-.13	1,517 (.020)
AMAR Y DEJARSE AMAR (IRP)	36	83,64	44	100	17,52	-.59	-1.09	1,449 (.030)
MENTALIDAD ABIERTA (IRP)	36	70,99	44	100	16,65	-.12	-.71	0,950 (.328)
INTELIGENCIA EMOCIONAL (IRP)	35	74,29	56	100	13,14	.21	-.91	1,211 (.106)
IRP (puntuación total)	30	64,07	45	83	8,84	.33	-.28	0,761 (.608)
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	36	12,08	3	16	3,30	-1.4	1.51	1,323 (.060)
OPTIMISMO DISPOSICIONAL (LOT-R)	35	14,47	4	22	3,67	-.56	.40	0,940 (.340)
ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)	36	17,97	10	27	4,59	-.05	-1.00	0,691 (.726)
SÍNTOMAS SOMATICOS (GHQ-28)	36	6,03	1	17	3,25	1.69	3.80	1,354 (.051)
ANSIEDAD E INSOMNIO (GHQ-28)	36	6,08	0	18	4,77	.71	-.42	1,181 (.123)
DISFUNCION SOCIAL (GHQ-28)	36	7,36	3	16	2,53	1.58	3.87	1,674 (.007)
DEPRESIÓN GRAVE (GHQ-28)	36	2,28	0	13	3,79	1.93	2.86	1,958 (.001)
QUEJAS SUBJ. MALESTAR (SHC)	36	12,75	4	34	6,38	1.07	2.04	0,740 (.645)
INTENCIÓN DE CAMBIO	36	3,22	1	6	1,66	.14	-1.27	0,982 (.289)

TABLA A2: Descripción de las Variables y Supuestos Paramétricos. Los estadísticos están obtenidos a partir del análisis de las variables Pre del estudio (datos completos) para los Salvadoreños

	n	Media	Mínimo	Máximo	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis	Kolmogorov-Smirnov (p)
OPTIMISMO (IRP)	56	80,51	42	100	14,59	-.56	-.65	1,278 (.076)
SENTIDO HUMOR (IRP)	56	69,94	20	100	17,24	-.55	.35	0,869 (.437)
ESPIRITUALIDAD (IRP)	56	72,72	28	100	20,39	-.22	-.91	0,932 (.350)
VALOR (IRP)	56	75,40	44	100	14,67	-.15	.32	0,933 (.349)
PERDÓN (IRP)	56	71,63	11	100	19,67	-.79	.83	1,026 (.243)
CREATIVIDAD (IRP)	55	76,12	40	100	16,51	-.35	-.62	1,027 (.242)
VITALIDAD (IRP)	56	65,28	0	100	18,48	-.93	1.89	1,026 (.243)
JUSTICIA (IRP)	56	81,67	47	100	14,17	-.36	-.76	1,166 (.132)
AUTOCONTROL (IRP)	56	61,90	13	100	19,72	-.22	.11	1,014 (.255)
INTELIGENCIA SOCIAL (IRP)	56	81,15	22	100	17,07	-.91	1.06	1,576 (.014)
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (IRP)	56	76,64	42	100	13,62	-.04	-.60	1,605 (.012)
AMAR Y DEJARSE AMAR (IRP)	56	84,92	44	100	15,34	-.74	-.54	1,833 (.002)
MENTALIDAD ABIERTA (IRP)	56	77,38	33	100	16,13	-.49	.43	1,361 (.049)
INTELIGENCIA EMOCIONAL (IRP)	56	78,97	44	100	13,35	-.15	-.64	1,496 (.023)
IRP (puntuación total)	55	74,45	48	93	11,33	-.36	-.52	0,650 (.792)
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	56	13,05	3	20	4,05	-.29	-.48	0,958 (.317)
OPTIMISMO DISPOSICIONAL (LOT-R)	56	16,23	6	24	3,67	-.54	1,00	1,147 (.144)
ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)	55	18,18	10	29	4,41	.18	.32	0,726 (.667)
SÍNTOMAS SOMATICOS (GHQ-28)	56	6,09	0	17	4,02	.620	.319	0,800 (.544)
ANSIEDAD E INSOMNIO (GHQ-28)	56	6,30	0	18	4,01	.640	.319	0,831 (.494)
DISFUNCION SOCIAL (GHQ-28)	56	6,64	1	17	3,71	.798	.319	1,182 (.122)
DEPRESIÓN GRAVE (GHQ-28)	56	3,16	0	14	4,04	1,10	-.183	1,923 (.001)
QUEJAS SUBJ. MALESTAR (SHC)	56	14,25	0	56	9,25	1,61	6,21	0,669 (.761)
INTENCIÓN DE CAMBIO	56	3,52	1	6	1,57	.18	-1.04	1,233 (.096)

FIABILIDAD DE LAS ESCALES Y SUBESCALAS

Se han realizado los análisis de fiabilidad de las escalas y subescalas, teniendo en cuenta el origen de la muestra, es decir, se han analizado las variables agrupando a todos los Españoles (Estudiantes y Esclerosis múltiple) y todos los participantes de El Salvador (Intervención y Control):

Tabla B1: Fiabilidad de las escalas, y subescalas utilizadas para los Españoles

Variables	<i>n</i>	Nº ítems	α
OPTIMISMO (IRP)	36	12	.89
SENTIDO HUMOR (IRP)	36	10	.84
ESPIRITUALIDAD (IRP)	36	6	.79
VALOR (IRP)	36	6	.87
PERDÓN (IRP)	35	6	.71
CREATIVIDAD(IRP)	35	5	.77
VITALIDAD (IRP)	36	6	.77
JUSTICIA (IRP)	35	5	.73
AUTOCONTROL (IRP)	34	5	.77
INTELIGENCIA SOCIAL (IRP)	36	3	.73
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (IRP)	35	4	.60
AMAR Y DEJARSE AMAR (IRP)	36	3	.63
MENTALIDAD ABIERTA (IRP)	36	3	.79
INTELIGENCIA EMOCIONAL (IRP)	35	3	.49
IRP (puntuación total)	30	77	.94
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	36	5	.84
OPTIMISMO DISPOSICIONAL (LOT-R)	35	6	.78
ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)	36	10	.63
SÍNTOMAS SOMATICOS (GHQ-28)	36	7	.74
ANSIEDAD E INSOMNIO (GHQ-28)	36	7	.89
DISFUNCION SOCIAL (GHQ-28)	36	7	.80
DEPRESIÓN GRAVE (GHQ-28)	36	7	.92
QUEJAS SUBJETIVAS DE MALESTAR (SHC)	36	29	.66
PROBLEMAS MUSCULARES (SHC)	36	8	.44
PROBLEMAS PSEUDONEUROLÓGICOS (SHC)	36	7	.49
DOLORES GASTROINTESTINALES (SHC)	36	7	.56
ALERGIAS (SHC)	36	5	.38
SÍNTOMAS GRIPALES (SHC)	36	2	.66

Tabla B2: Fiabilidad de las escalas, y subescalas utilizadas para los Salvadoreños.

Variables	<i>n</i>	Nº ítems	<i>α</i>
OPTIMISMO (IRP)	56	12	.90
SENTIDO HUMOR (IRP)	56	10	.88
ESPIRITUALIDAD (IRP)	56	6	.81
VALOR (IRP)	56	6	.75
PERDÓN (IRP)	56	6	.84
CREATIVIDAD(IRP)	56	5	.80
VITALIDAD (IRP)	56	6	.78
JUSTICIA (IRP)	56	5	.72
AUTOCONTROL (IRP)	56	5	.80
INTELIGENCIA SOCIAL (IRP)	56	3	.72
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (IRP)	56	4	.74
AMAR Y DEJARSE AMAR (IRP)	56	3	.67
MENTALIDAD ABIERTA (IRP)	56	3	.67
INTELIGENCIA EMOCIONAL (IRP)	56	3	.30
IRP (puntuación total)	55	77	.96
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	56	5	.91
OPTIMISMO DISPOSICIONAL (LOT-R)	55	6	.53
ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)	56	10	.52
SÍNTOMAS SOMATICOS (GHQ-28)	56	7	.85
ANSIEDAD E INSOMNIO (GHQ-28)	56	7	.83
DISFUNCION SOCIAL (GHQ-28)	56	7	.73
DEPRESIÓN GRAVE (GHQ-28)	56	7	.85
QUEJAS SUBJETIVAS DE MALESTAR (SHC)	56	29	.82
PROBLEMAS MUSCULARES (SHC)	56	8	.71
PROBLEMAS PSEUDONEUROLÓGICOS (SHC)	56	7	.63
DOLORES GASTROINTESTINALES (SHC)	56	7	.68
ALERGIAS (SHC)	56	5	.31
SÍNTOMAS GRIPALES (SHC)	56	2	.35

V. GUIÓN DESCRIPTIVO DEL PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS

Sesión 1

Objetivos: Presentar el programa y sus objetivos, desarrollar la integración y el vínculo entre los participantes y monitores

Objetivos	Actividad	Procedimiento	Recursos	Tiempo
Presentación	Presentación de los miembros del grupo y de las monitoras	Saludar al grupo, presentación de las monitoras, así como de los participantes. Evaluación del estado de ánimo inicial. Entrega de los cuestionarios	Nombres adhesivos a los participantes. Cuestionarios psicológicos.	15''
Objetivos del Programa	Comentarios de los coordinadores del grupo	Objetivos y finalidad del programa		10''
Establecer normas de procedimiento para el desarrollo del programa	Comentar las normas del grupo e importancia de la asistencia	Se comentarán y acordarán las normas para el desarrollo del programa: Asistencia, puntualidad, participación, compromiso, respeto, confidencialidad, énfasis práctico.	Hoja con las normas del grupo para firmar	10''
Conocer a los miembros del grupo. Analizar el nivel de profundidad en la comunicación. Observar las habilidades de comunicación.	Rol-playing "Conocernos entre todos". Presentación por parejas. Identificar RP de la pareja y los otros.	Actividad de presentación por parejas, para que los participantes se conozcan, cada uno presentará a la persona que tiene a su lado izquierdo, es decir, tendrán que conocerse entre la pareja y luego cada uno tendrá que presentar a su compañero. Observar nivel de comunicación en ellos: <ul style="list-style-type: none"> Aspectos biográficos, nivel superficial Nivel afectivo, nivel profundo Utilización de la información de comunicación para la siguiente sesión.		15''
Conocer las expectativas y aclaración de dudas	Preguntas y respuestas	Comentarios de los participantes sobre lo que esperan del programa y del grupo.		5''
Crear un sentido de compromiso con el grupo y el programa.	Cumplimentar la hoja de "Declaración de Recursos". Retroalimentación y conclusiones de la sesión (análisis de lo ocurrido en la sesión)	Los participantes rellenarán la siguiente hoja: "Yo, _____, quiero sentir <u>MÁS BIENESTAR, ALEGRÍA, y SALUD</u> , por eso prometo que, en los próximos meses, voy a <u>TRABAJAR Y PRACTICAR</u> para fortalecer y aumentar mis <u>RECURSOS PSICOLÓGICOS</u> " Firma y fecha	Hoja de registro	10''
*Tarea Semana Habilidades de comunicación	Conocer como son sus habilidades de comunicación	Escribir en una hoja dos puntos fuertes o estrategias que utilizan para comunicarse o hacer nuevos amigos. Se comentará en la próxima sesión.		5''
Evaluación de su estado de ánimo final (EAF)	Cuestionario final			5''

**Sesión 2

Objetivos: Aprender sobre los Recursos Psicológicos y los estilos de comunicación

Objetivos	Actividad	Procedimiento	Recursos	T
Saludar al grupo y recordar la sesión anterior y la tarea	Saludar. Ficha de asistencia. (EAI): Evaluación estado de ánimo inicial		<ul style="list-style-type: none"> • Ficha registro • Cuestionario EAI 	10''
	Recordar la sesión anterior	Hacer memoria sobre lo que se trabajó en la sesión anterior. Recordar los nombres de los participantes. Rueda de nombres		
Descripción de la sesión	Presentar los objetivos a trabajar en la sesión	Los objetivos de la sesión serán conocer los Recursos Psicológicos, los tipos de comunicación, las formas de comunicación y cuál puede ayudar más.		5''
Conocer los Recursos Psicológicos (RP)	Qué son los RP	Fomentar ideas para conocer los RP y sus beneficios		5''
Conocer las habilidades de comunicación de los participantes	Comentar los puntos fuertes que utilizan los participantes para comunicarse con los amigos y para hacer nuevos amigos	Ronda de comentarios de todos los participantes, para conocer sus puntos fuertes para su comunicación (Tarea pedida sesión anterior).		10''
Conocer qué entienden por comunicación y cuales son las características de una buena comunicación	Discusión y/o tormenta de ideas para conocer qué entiende el grupo por una buena comunicación.	Comentarios de los participantes y escritura de los conceptos que van saliendo en la sesión.	Pizarra para apuntar las ideas que salen	10''
Conocer los tres estilos de comunicación. Identificación con uno de los estilos de comunicación	Presentar los tres estilos de comunicación: Tímidos (inseguro), Agresivos, y Asertivos	Exposición de los tres tipos de estilos, y luego los participantes se tendrán que identificar con alguno de los tres y comentar porque se definen por ese estilo.	Definición de los tres estilos de comunicación Rol-Playing para los tres estilos de comunicación	15''
Conocer el cuento "La ostra y el pez".	Conocer los Abreostras (puntos fuertes de la C) y cierrastras (puntos débiles de la C) que se pueden sacar como conclusiones del cuento.	Lectura por parte de la monitora del cuento. Comentarios del grupo sobre los abreostras y los cierrastra que sugiere el cuento	Anotación de los abreostras y los cierrastras en la pizarra.	15''
Tarea semana: Comunicación de forma asertiva con alguien nuevo o conocido.				
Conocer y practicar la respiración Profunda	Realizar tres respiraciones en la sesión		Hoja que contiene el Registro semanal de la respiración	5''
Tarea semana: Realizar tres respiraciones por la mañana y tres por la noche antes de dormir, durante toda la semana				
Evaluar EAF				

Sesión 3

Objetivos: Aprender a identificar nuestros Recursos Psicológicos

Objetivos	Actividad	Procedimiento Recursos y materiales	T
Saludar al grupo y recordar la sesión anterior y las tareas realizadas	Ficha de asistencia. Evaluación EAI		20''
	Recordar la sesión anterior: <ol style="list-style-type: none"> 1. Recordar lo hablado sobre los RP. 2. Como han realizado las respiraciones profundas y como se han sentido. 3. ¿Cómo se han comunicado de forma asertiva? 	Conocer como han realizado las actividades propuestas durante la semana. Ronda de comentarios	
Objetivos Sesión	Trabajar los logros y los recursos de cada uno		5''
Conocer algunas de sus RP a través de su presentación	Presentarse cada uno con una cualidad buena que tiene y con una no tan buena, pero que quieran mejorar.	Dinámica de presentación Recoger en pizarra todos los conceptos que vayan saliendo	10''
Conocer la historia de la Dermatóloga. Logros y recursos psicológicos	Lectura de la historia del médico que consiguió lograr aquello que quería con el apoyo de sus RP.	Exposición con Power point Comentarios de los participantes sobre la experiencia del médico.	10''
Identificar RP a través de la experiencia. Conocer la importancia de la relación de los RP la salud y bienestar	Pensar y reconocer a través de su experiencia personal que RP tiene y puso en marcha para lograr cosas en la vida.	El árbol de los logros: Pensar en cuales han sido sus logros en la vida hasta el momento, y después pensar sobre qué recursos suyos les ha permitido conseguirlo. Dibujar en un papel un árbol, donde los frutos son los logros y las raíces los recursos. Hojas y colores	15''
Elementos básicos analizados en la sesión	Conclusiones de la sesión realizada	Identificación de los RP fuertes y débiles a mejorar. Capacidad de modificar los RP si tenemos la motivación para hacerlo. Lenguaje nuevo común para los RP	5''
Tarea semana	Pensar cómo sería su día perfecto que les gustaría vivir y disfrutar.		
Practicar la Respiración profunda	Realización de respiración profunda		5''
Tarea semana: Autoregistro de la respiración, evaluando el grado de tensión antes y después de la realización			
Evaluación EAF			

Sesión 4

Objetivos: Trabajar los pensamientos positivos y negativos

Objetivos	Actividad	Procedimiento Recursos		T
Saludar al grupo y evaluación	Ficha de asistencia. Evaluación EAI			5''
Tareas de la semana anterior	Como han realizado las respiraciones profundas durante la semana y como se han sentido.	Conocer como han realizado la actividad propuesta durante la semana. Ronda de comentarios.		5''
Recordar sesión anterior	Recordar los recursos psicológicos que salieron en el grupo	Recordar los nombres de los participantes con los recursos que comentaron en la sesión anterior.		5''
Conocer los objetivos de la sesión a realizar	Trabajar los pensamientos positivos y negativos a través de la planificación del día perfecto			
Conocer como son los días perfectos	Tarea de pensar sobre como sería su "Día perfecto"	Ronda de comentarios de cómo han pensado que vivirían su día perfecto. Preguntar a todos los participantes		15''
Pensar como poder realizar el "Día perfecto" (DP) como vivirlo lo mejor posible.	Pensar como realizarlo: Como lo vivirías con tus compañeros, el personal... Evaluar dificultades. Lo han llevado a la práctica alguna vez? Analizar los pros y contras.	Descripción de su "DP", como sería, como realizarlo...	Ideas y propuestas que salgan de los participantes	30''
		Rellenar el guión del Día perfecto. Comentarlo con el grupo.		
Evaluar el efecto que puede producir la realización del DP en nuestro estado de ánimo, y bienestar.	Efecto de los pensamientos + y - en la realización del día perfecto y como pueden influir en nuestro estado de ánimo. Análisis de la situación planteada.	Powerpoint de Pensamientos y su efecto en el estado de ánimo. Ladrón o jarrón Identificar los pensamientos y sus consecuencias. La forma en que nos sentimos depende de nuestros pensamientos. Imaginarse una situación: Un ruido fuerte cuando están durmiendo en su habitación. ¿Qué piensan? Columna con pensamientos +/- ¿Qué emoción sienten?		20''
Tarea para la semana: Realizar el día perfecto Respiraciones. Registro semanal				5''
Elementos básicos analizados en la sesión	Conclusiones de la sesión Los pensamientos agradables nos hacen sentir mejor. Experimentar y llevar a la práctica los pensamientos positivos introduce beneficios al estado de ánimo y a la salud.			15''
Evaluación EAF				

Sesión 5

Objetivos: Conocer los beneficios de la realización de cosas que nos gustan y nos importan

Objetivos	Actividad	Recursos	T
Saludar al grupo y evaluación	Ficha de asistencia. Evaluación EAI		
Objetivos de la sesión: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer su experiencia sobre la respiración ▪ Conocer su experiencia del día perfecto ▪ Practicar y conocer los beneficios de la relajación con imaginación 			5''
Conocer su experiencia sobre la respiración	Comentarios sobre las dificultades y los beneficios de la realización		5''
Conocer si han realizado la experiencia de “los días perfectos” y preguntar las dificultades encontrados	Hablar sobre la experiencia de “los días perfectos”		5''
Analizar y evaluar como se han sentido mientras realizaban “el día perfecto” (dificultades, beneficios...)	Analizar y discutir como se han sentido, qué RP han intervenido	Rellenar la declaración de la realización del Día Perfecto	20''
Conocer su experiencia con la técnica de la relajación	Ronda de comentarios a cerca de su experiencia con la relajación: ¿Qué técnicas conocen? ¿La encuentran útil?, ¿qué beneficios tiene?, es para todo el mundo? ¿Quien se puede beneficiar más?.....		10''
Entrenamiento en Visualización	Actividad: Pensar en un objeto, como un lápiz e imaginárselo mentalmente. Para practicar mejor la relajación		10''
Practica de la Relajación del Mar	Relajación con potenciación de imágenes positivas		20''
Conocer su experiencia durante la realización de la relajación	Ronda de preguntas de la experiencia realizada: ¿Cómo te has sentido?, ¿Cómo te has imaginado la playa o el mar? ¿Cómo te sientes después de la relajación?, ¿Cómo te podría ayudar la relajación? ¿Cómo puedes utilizar la imagen del mar, ahora?		10''
Conclusiones de la sesión	Preguntar al grupo que han aprendido de la sesión		5''
Tarea para la semana: Potenciar el uso de la relajación	Practicar en casa la relajación. Hoja de registro para rellenar durante la semana		5''
Evaluación EAF			

Sesión 6

Objetivos: Trabajar la experiencia del entusiasmo

Objetivos	Actividad	Recursos	T
Saludar al grupo y evaluación	Ficha de asistencia. Evaluación EAI		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer la experiencia de la relajación del mar ▪ Construir frases positivas que nos hace sentir bien, y nos dan vitalidad, entusiasmo al escucharlas. Que signifiquen algo positivo o agradable para ellos mismos. Conocer qué cosas nos hacen sentir bien, y porque no las hacemos más a menudo		5''
Conocer su experiencia con la relajación	Compartir como se han sentido durante su realización de la relajación		15''
Inventar frases positivas	Dinámica de frases positivas Collage de frases positivas, con recortes de periódicos y demás ideas y palabras que salgan. Se realizará en tres grupos.	Poster, Colores, papeles y lápices de colores. Tijeras pegamento	30''
Escribir las frases positivas	Registrar las frases positivas que han salido en la sesión	Rellenar el registro de frases positivas	10''
Potenciar las cosas que hemos vivido y hacemos bien	Pensar y escribir tres cosas buenas que nos han pasado durante el último mes, y pensar a qué es debido, analizar y discutir su efecto en nuestro bienestar	Registrar los sucesos positivos	30''
Conclusiones de la sesión	Ideas de los participantes sobre lo vivido en la sesión		
Relajación y practicarla durante la semana	Relajación y tarea para la semana de práctica		5''
Evaluación EAF			

Sesión 7

Objetivos: Trabajar la experiencia de dar y recibir elogios

Objetivos	Actividad	Recursos	T
Saludar al grupo y descripción de la sesión	Saludar, recordar la sesión anterior y presentar la sesión a realizar, como les ha el registro de sucesos positivos. Utilidad de las frases positivas de la sesión anterior. La práctica de la relajación o respiración durante la semana.		20''
Recibir y dar elogios en el grupo	Hacer elogios a los compañeros del grupo. Cada participante dirá un elogio al compañero elogiado. Una vez todos hayan recibidos los elogios de sus compañeros estos dirán como se han sentido al recibir y hacer elogios. Como se siente el elogiado y el que hace los elogios.	Experimentación de las emociones que nos evocan los elogios. Registro de los elogios en un Diploma que se quedarán de recuerdo. Lo redactaran los mismos participantes, el compañero de la derecha registrará lo que dice el grupo de su compañero.	50''
Conclusiones de la sesión	Comentarios del grupo sobre las ideas que han salido en la sesión Entrega de los diplomas a los participantes		20''
Practica semanal: Continuar con la Relajación y su registro.			
Evaluación EAF			

Sesión 8

Objetivos: Conocer la importancia del perdón

Objetivos	Actividad	Procedimiento	Recursos	T
Saludar al grupo evaluación inicial Recordar sesión anterior	Saludar <u>Elogios:</u> Cómo se sintieron cuando recibieron y realizaron los elogios.			10''
Descripción de la sesión	Trabajar el concepto de perdón, qué beneficios tiene para nosotros, y como nos hace sentir. Cómo son nuestras estrategias de afrontamiento de los problemas de la vida cotidiana.			5''
Analizar y discutir como nos hace sentir cuando perdonamos	Capacidad para olvidar. Perdonar y perdonarnos.	Aportaciones del grupo	Gestión de trabajo sobre la culpa y la autoculpa	25''
Conocer la experiencia previa de perdón.	Planificar como lo realizarían. Como se sentirían, que estrategias o RP utilizarían, los mismos que en otras ocasiones?		Rellenar el registro del perdón	30''
Conocer las estrategias de afrontamiento positivo que utilizan	Conocer su experiencia de afrontamiento exitoso de hechos o situaciones.	Aportaciones del grupo		25''
Fomentar las estrategias de afrontamiento positivo	Analizar y Discutir como utilizar estas estrategias en la vida cotidiana.	Aportaciones del grupo	Rellenar el registro de la reinterpretación positiva	30''
Tarea semana	Registrar tres cosas positivas que hagamos hecho durante el día y porque son positivas?			5''
Evaluación EAF				

Sesión 9

Objetivos: Discutir las formas de afrontar la vida: la búsqueda de la coherencia

Objetivos	Actividad	Recursos	T
Saludar al grupo Evaluación inicial	Saludar, recordar la sesión anterior. Como se sintieron en la sesión anterior, y que les pareció los conceptos tratados: Perdón y Estrategias de afrontamiento. Han pensado sobre ello. Registro de los 3 pensamientos +	Comentarios de los participantes	20''
Descripción de la sesión	Trabajar sobre los objetivos y las metas que tenemos y nos proponemos.		
Establecer una organización y objetivos en nuestra vida que den coherencia a lo que queremos	¿Cómo nos planteamos los objetivos a conseguir? ¿Cómo nos proponemos las metas para conseguirlos? ¿Cómo nos organizamos para conseguirlos?	“Remover obstáculos” Papeles para anotar	30''
	¿Cuál son nuestros objetivos a largo plazo? ¿Cuál son nuestros objetivos en un año? ¿Cuál son nuestros objetivos en una semana?	“Establecimiento de Metas”	35''
Tarea semana	Registrar tres cosas positivas que hagamos hecho durante el día y porque son positivas.		5''
Evaluación EAF			

Sesión 10

Objetivos: Evaluar y extraer conclusiones del programa

Objetivos	Actividad	Recursos	T
Saludar al grupo Evaluación inicial	Saludar, recordar la sesión anterior. Como se sintieron en la sesión anterior, y como les ha ido la tarea del registro de los 3 pensamientos +		10''
Conocer el aprendizaje realizado durante las sesiones	Analizar y discutir todos los aspectos del programa. Como se han sentido durante las sesiones	Discusión entre los participantes	25''
Conocer como ha sido su percepción del cambio	¿Se ha producido algún cambio a nivel de los RP?	Cada miembro del grupo comentará su experiencia percibida	25''
Evaluación Post	Rellenar los cuestionarios		20''
Evaluación de la Satisfacción con el Programa	Rellenar un cuestionarios		10''
Evaluación final del estado de ánimo- Despedida de los miembros, quedando acordado el día del seguimiento del grupo (3meses)			

Modificación para el programa para pacientes con Esclerosis múltiple

*Sesión 1

Objetivos	Actividad	Procedimiento	Tiempo
Conocer las dudas que tienen sobre su enfermedad	Dudas sobre su enfermedad	Registrar dos o más preguntas que les gustaría hacer a un neurólogo sobre su enfermedad.	5''
Tarea Semana Habilidades de comunicación	Conocer como son sus habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Escribir en una hoja dos puntos fuertes o estrategias que utilizan para comunicarse o hacer nuevos amigos. • Más dudas o preguntas sobre su enfermedad 	5''

**Sesión 2: Información y comunicación

Objetivos: Resolver las dudas y curiosidades que los pacientes tienen sobre la EM y empezar a trabajar las habilidades de comunicación

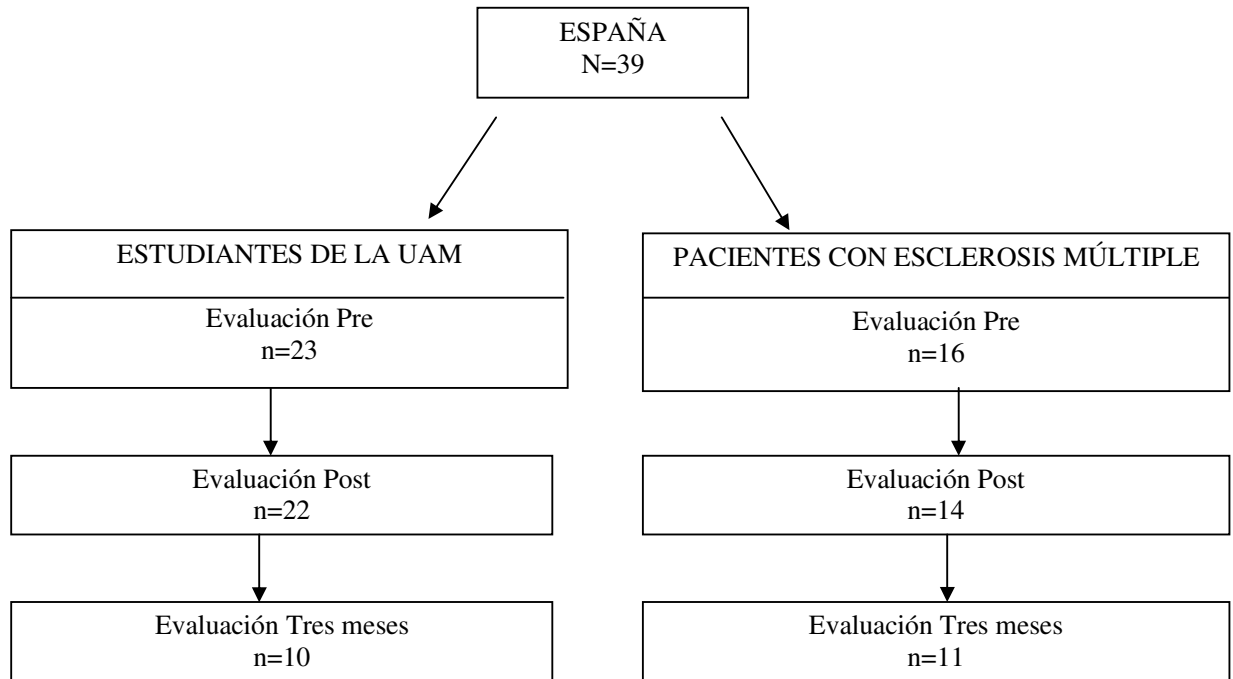
Objetivos	Actividad	Procedimiento	Recursos	Tiempo
Saludar al grupo y conocer como han estado	Saludo, y Evaluación de su estado de ánimo inicial			5''
Presentar al invitado e iniciar la contestación de las preguntas que salieron en la sesión anterior	El neurólogo contestará las preguntas formuladas por los participantes en la sesión anterior y también las preguntas nuevas que ellos han pensado durante la semana.	Neurólogo del H. de Getafe responderá a las preguntas, dudas, curiosidades que ya sabía de la sesión anterior, y las nuevas que han traído escritas y pensadas los participantes.	Material de la sesión anterior y preguntas nuevas	45''
Conocer sus puntos fuertes y débiles q utilizan para la comunicación	Escribir en una hoja los puntos fuertes y débiles.	Escritura de los puntos fuertes y débiles que utilizan para comunicarse con conocidos y desconocidos. Discusión y comentarios en grupo, donde un participante lo irá escribiendo en la pizarra	Escritura en hoja. Escritura en la pizarra de los puntos fuertes y débiles	20''
Conocer que les gustaría mejorar de su comunicación	Discusión en grupo sobre que les gustaría mejorar y como lo harían	Utilizando los puntos fuertes y débiles de la actividad anterior, se discutirá que les gustaría mejorar y como		10''
Conclusión de la sesión	Conocer que han aprendido y sus conclusiones	Trabajo de discusión de los participantes		10''
Evaluación EAF				

FRASES UTILIZADAS AL INICIO DE CADA SESIÓN PARA LOS DIFERENTES GRUPOS REALIZADOS

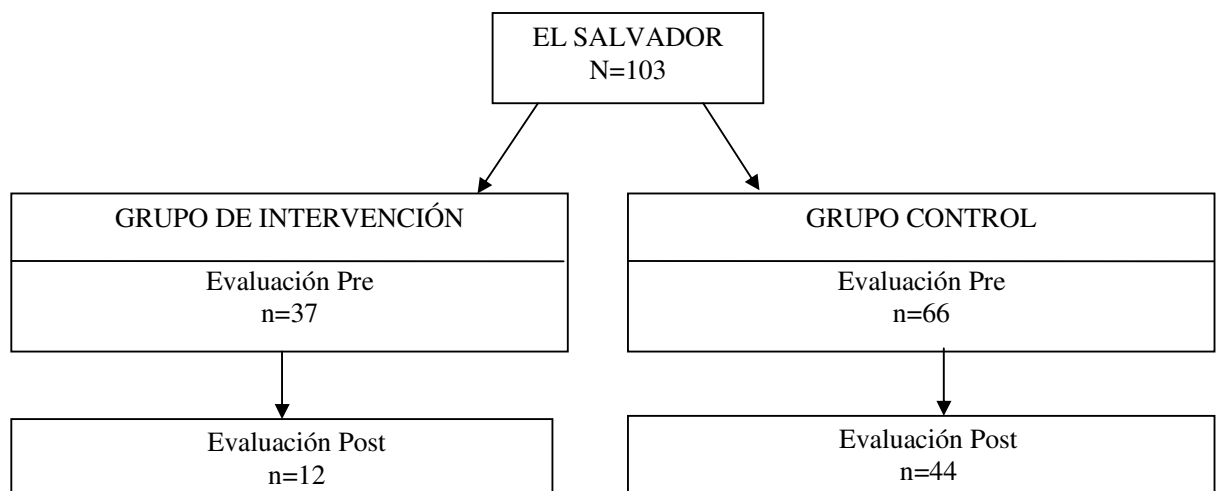
- Cuando decides dar poca importancia a un problema, se reduce por sí solo" (Catherin Rambert)
- El premio de una buena acción es haberla hecho" (Séneca)
- "El que sólo busca la salida, no entiende el laberinto; y, aunque llegara a encontrarla, seguiría sin entenderlo"
- El saber y la razón hablan; la ignorancia y el error gritan" (Arturo Graf)
- "El sentido de culpa nos machaca internamente y no nos ayuda a corregir errores" (José Ángel Fernández Gómez)
- "Estudia no para saber algo más, sino para saber algo mejor" (Lucio Anneo Séneca)
- "Los hay que van por el bosque y no ven más que leña para el fuego"
- "No es feliz quien hace lo que quiere, sino quien quiere lo que hace"
- "No es más feliz quien más tiene, sino quien menos necesita.
- "No hay nada permanente, excepto el cambio"
- "No hay nada tan serio que no pueda decirse con una sonrisa"
- "Podrán cortar las flores, pero no detendrán la primavera" (Pablo Neruda)
- "Porque el que espera sabe que la victoria es suya" (A. Machado)
- "Siempre es mejor prevenir que curar"
- "Sorprenderse, extrañarse es comenzar a aprender" (Ortega y Gasset)
- Amor no es mirarse el uno al otro, sino mirar los dos en la misma dirección" (Antoine de Saint Exupéry)
- La política es el arte de buscar problemas, encontrarlos, hacer un diagnóstico falso, y aplicar después un remedio equivocado" (Groucho Marx)
- "No necesito saberlo todo. Tan sólo necesito saber dónde encontrar lo que me haga falta, cuando lo necesite" (Albert Einstein).

VI. EVOLUCIÓN DE LAS MUESTRAS

Evolución de la pérdida muestral Española



Evolución de la pérdida muestral Salvadoreña



VII. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

CUESTIONARIOS UTILIZADOS PARA LAS EVALUACIONES PRE Y POST INTERVENCIÓN

Identificación: _____

Marca con una cruz la opción que mejor se ajuste a ti. Muchas Gracias

1. Edad: _____

2. Sexo:

- a) Hombre b) Mujer

3. Estudios:

- a) Ninguno
b) Primarios
c) Secundarios
d) Formación profesional
e) Universitarios
f) Doctorados y tercer ciclo

4. Ocupación:

- a) Inactivo
b) Estudiante
c) Trabajador/a
d) Pensionista

5. ¿Con quién vives?

- a) Sól@
b) Padres
c) Pareja
d) Compañer@ de piso
e) Institución

6. De todas estas situaciones que se te presentan a continuación, indica la que MEJOR refleja tu situación actual.

- 1) No tengo intención ni estoy pensando en cambiar mi actitud ante la vida en los próximos 6 meses.
- 2) Estoy pensando en hacer algún cambio en mi actitud ante la vida en los próximos 6 meses.
- 3) Estoy decidido y tomando ya algunas medidas para hacer algún cambio en mí actitud ante la vida en los próximos 6 meses.
- 4) He introducido ya cambios en mí actitud ante la vida desde hace menos de 6 meses.
- 5) He introducido cambios en mí actitud ante la vida desde hace más de 6 meses.
- 6) He cambiado mí actitud ante la vida pero en los últimos meses, a veces noto que actúo como antes del cambio.

INVENTARIO DE QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD (SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINT, SHC) DE ERIKSEN, IHDEBACK Y URSIN (1999)

INSTRUCCIONES: Queremos que mire cada uno de los problemas de salud cotidianos que aparecen a continuación y conteste, hasta que punto ha estado afectado durante el último mes por el problema de salud y el número de días que lo ha sufrido.

Por ejemplo: Si usted ha sentido que ha tenido algo de gripe o resfriado durante el último mes, con una duración aproximada de una semana, entonces tendría que responder lo siguiente:

Hacer un círculo en el número correspondiente a algo (2), y escribir 7 por el número de días que padeció los síntomas de la gripe o resfriado.

Problemas de salud cotidianos durante el último mes (redondear el número adecuado)		Nada	Un poco	Algo	Grave	Número de días
1	Resfriado, gripe.....	0	1	2	3	.....
2	Tos, bronquitis	0	1	2	3	.....
3	Asma	0	1	2	3	.....
4	Dolor de cabeza	0	1	2	3	.....
5	Dolor de cuello.....	0	1	2	3	.....
6	Dolor en la parte superior de la espalda	0	1	2	3	.....
7	Dolor en la parte inferior de la espalda	0	1	2	3	.....
8	Dolor en los brazos	0	1	2	3	.....
9	Dolor en los hombros.....	0	1	2	3	.....
10	Migraña	0	1	2	3	.....
11	Aumento de los latidos del corazón	0	1	2	3	.....
12	Dolores pectorales.....	0	1	2	3	.....
13	Respirar con dificultad.....	0	1	2	3	.....
14	Dolor de pies.....	0	1	2	3	.....
15	Acidez de estómago	0	1	2	3	.....
16	Malestar estomacal	0	1	2	3	.....
17	Gastritis, úlcera	0	1	2	3	.....
18	Dolor de estómago	0	1	2	3	.....
19	Tener gases	0	1	2	3	.....
20	Diarrea	0	1	2	3	.....

21	Estreñimiento	0	1	2	3	.....
22	Eczema.....	0	1	2	3	.....
23	Alergia, problemas de piel	0	1	2	3	.....
24	Sofocos	0	1	2	3	.....
25	Problemas para dormir.....	0	1	2	3	.....
26	Fatiga, cansancio.....	0	1	2	3	.....
27	Mareos, nauseas, vértigo.....	0	1	2	3	.....
28	Ansiedad	0	1	2	3	.....
29	Tristeza, sentirse deprimido	0	1	2	3	.....

TEST DE ORIENTACIÓN VITAL-REVISADO (LOT-R) DE SCHEIER Y CARVER (1994)

INSTRUCCIONES: A continuación le presentamos una serie de frases que hacen referencia a cómo la gente considera su vida en general. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

Conteste de acuerdo con sus propios sentimientos, no en función de cómo usted cree que la “mayoría de la gente” lo haría. No hay respuestas correctas o incorrectas: sólo queremos conocer su opinión.

	Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
1 En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2 Me resulta fácil relajarme	0	1	2	3	4
3 Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasa	0	1	2	3	4
4 Siempre soy optimista en cuanto al futuro	0	1	2	3	4
5 Disfruto un montón de mis amistades	0	1	2	3	4
6 Para mí es importante estar siempre ocupado	0	1	2	3	4
7 Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	0	1	2	3	4
8 No me disgusta fácilmente	0	1	2	3	4
9 Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	0	1	2	3	4
10 En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	0	1	2	3	4

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PERCEIVED STRESS SCALE, PSS-10) DE COHEN, S., KAMARCK, T., & MERMELSTEIN, R. (1983)

INSTRUCCIONES: Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ-28), GOLBERG Y BLACKWELL(1970)

INSTRUCCIONES: Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Marque con una cruz la respuesta que más se adecua a su situación.

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?			
Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar constantemente”?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?			
Más activo Que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?			
Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
3. ¿Ha tenido la impresión en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?			
Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?			
Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo que lo habitual	Mucho menos satisfecho
5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?			
Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
D. 1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?			
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?			
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SATISFACTION WITH LIFE SCALE,
SWLS), DIENER, EMMONS, LARSEN, Y GRIFFIN (1985)

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste de forma muy sincera a todas las preguntas que se le presentan a continuación.

	Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
1 En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	0	1	2	3	4
2 Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	0	1	2	3	4
3 Estoy satisfecho con mi vida	0	1	2	3	4
4 Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	0	1	2	3	4
5 Las circunstancias de mi vida son buenas	0	1	2	3	4

INVENTARIO DE RECURSOS PSICOLÓGICOS (IRP), DESARROLLADO EN LA TESIS
DOCTORAL DE MARTÍNEZ DE SERRANO (2007)

INSTRUCCIONES: Nos gustaría conocer *cómo se sientes y es en general*.

Por favor, conteste de forma muy sincera a todas las preguntas que se le han proporcionado.

	En total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Analizo las situaciones desde varios puntos de vista.	0	1	2	3
2. Me gusta escuchar la opinión de los demás.	0	1	2	3
3. Acepto las críticas que me hacen los demás.	0	1	2	3
4. Cuando no tengo la razón se aceptarlo.	0	1	2	3
5. Analizo los pros y contras de cada situación.	0	1	2	3
6. Busco soluciones a cualquier problema que se me presente.	0	1	2	3
7. Soy bastante creativo/a.	0	1	2	3
8. Me gusta hacer cosas nuevas y originales.	0	1	2	3
9. Considero que para resolver un problema existen muchas maneras.	0	1	2	3
10. Me gusta pensar en nuevas formas de hacer las cosas.	0	1	2	3
11. Cuando alguien me cuenta un problema personal, trato de ponerme en su lugar.	0	1	2	3
12. Soy capaz de darme cuenta de cuando alguien, está pasando por un momento difícil.	0	1	2	3
13. Soy conciente de los sentimientos que provoco en los demás.	0	1	2	3
14. Soy conciente de mis cualidades.	0	1	2	3
15. Sé reconocer en mí cuando estoy triste y porqué.	0	1	2	3
16. Soy conciente de mis sentimientos en diferentes situaciones.	0	1	2	3
17. Afronto las dificultades de la vida con entereza.	0	1	2	3
18. Considero que los problemas de la vida son retos a superar.	0	1	2	3
19. Trato de enfrentar los problemas que se me presentan por muy difíciles que sean.	0	1	2	3
20. Soy fuerte ante las experiencias duras de la vida.	0	1	2	3

	En total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
21. A pesar de que una situación me parezca peligrosa sigo adelante y me enfrento a ello.	0	1	2	3
22. Ante las dificultades de la vida soy capaz de seguir adelante.	0	1	2	3
23. El hecho de poder fracasar en lo que hago, no evita que lo intente.	0	1	2	3
24. Cuando me equivoco, no evito reconocer mis errores ante los demás.	0	1	2	3
25. Me siento capaz de controlar mis miedos y temores.	0	1	2	3
26. Me gusta expresar mis sentimientos de cariño y aprecio a los que quiero.	0	1	2	3
27. Me gusta cuando las personas me dan muestras de cariño.	0	1	2	3
28. No me molestan las muestras de afecto de los demás.	0	1	2	3
29. Trato de ser justo con todas las personas, sin excepciones.	0	1	2	3
30. Creo que todos los seres humanos somos iguales y tenemos los mismos derechos.	0	1	2	3
31. Con frecuencia siento indignación ante situaciones que considero injustas.	0	1	2	3
32. Cuando me piden un favor lo hago sin importarme quién sea.	0	1	2	3
33. Tomo partido en las causas de los demás si se trata de hacer justicia.	0	1	2	3
34. Mantengo la calma ante cualquier situación desagradable.	0	1	2	3
35. No me enfado con facilidad.	0	1	2	3
36. Puedo controlarme y no perder los estribos.	0	1	2	3
37. Trato que los pequeños problemas no me inquieten.	0	1	2	3
38. Me siento bien conmigo mismo cuando soy capaz de cumplir con el dogma de mi fe.	0	1	2	3
39. Lo que sucede en mi vida tiene un propósito espiritual.	0	1	2	3
40. En mi vida, aplico los preceptos de mis creencias religiosas.	0	1	2	3
41. Dedico parte de mi tiempo a prácticas espirituales.	0	1	2	3
42. Medito sobre mi vida y el universo en general.	0	1	2	3
43. Soy una persona espiritual.	0	1	2	3

	En total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
44. Perdono a los que me ofenden.	0	1	2	3
45. Trato de no guardar rencor por las cosas malas que me hacen.	0	1	2	3
46. Creo que todos tenemos derecho a una segunda oportunidad.	0	1	2	3
47. Intento no vengarme por lo malo que me hacen.	0	1	2	3
48. Cuando pido perdón me siento bien conmigo mismo.	0	1	2	3
49. Olvido fácilmente las cosas malas que me hacen los demás.	0	1	2	3
50. Me divierto con facilidad.	0	1	2	3
51. Soy muy tolerante con las bromas que me hacen.	0	1	2	3
52. Me río con facilidad.	0	1	2	3
53. Creo que soy una persona agradable para los demás.	0	1	2	3
54. Trato de animar a los demás.	0	1	2	3
55. No me importa hacer el ridículo si eso me divierte.	0	1	2	3
56. Soy muy entusiasta en todo lo que hago.	0	1	2	3
57. Creo que tengo buen sentido del humor.	0	1	2	3
58. Me mantengo con buen ánimo.	0	1	2	3
59. Busco diferentes formas para divertirme.	0	1	2	3
60. Creo que en el futuro las cosas me irán bien.	0	1	2	3
61. Todo me parece interesante en la vida.	0	1	2	3
62. Creo que los retos más que dificultades son oportunidades.	0	1	2	3
63. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor.	0	1	2	3
64. Soy una persona con mucha esperanza.	0	1	2	3
65. Me considero una persona optimista.	0	1	2	3
66. Me gusta ver el lado bueno de las cosas.	0	1	2	3
67. Creo que en la vida hay más cosas buenas que malas.	0	1	2	3
68. Vivo el lado positivo de las cosas.	0	1	2	3
69. Pienso que para todos los problemas hay una solución.	0	1	2	3
70. Soy una persona activa mentalmente.	0	1	2	3
71. Soy una persona activa físicamente.	0	1	2	3
72. La mayor parte del día me siento bien.	0	1	2	3
73. Mi cuerpo esta lleno de energía.	0	1	2	3

	En total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
74. No me canso con facilidad.	0	1	2	3
75. Me gusta experimentar nuevas experiencias.	0	1	2	3
76. Suelo llevar a cabo muchas actividades con entusiasmo.	0	1	2	3
77. Cuando tengo tiempo libre, hago muchas actividades.	0	1	2	3

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO ANTES Y DESPUÉS Y DE LA
COMPRESIÓN DE CADA SESIÓN

Sesión: _____ Identificación: _____

Inicio

¿Cómo te sientes hoy?

Mal					Bien				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sesión: _____ Identificación: _____

Final

¿Cómo te sientes ahora?

Mal					Bien				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Han sido claros los contenidos desarrollados, por las monitoras, en la sesión?

No					Sí				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Se han entendido bien los contenidos y las actividades tratados en la sesión?

Nada					Todo				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Has utilizado los contenidos trabajados en la sesión anterior?

No					Sí				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CUESTIONARIO FINAL DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

	Mal	Regular	Bien	Muy bien
¿Cómo te has sentido en el programa?				
¿Cómo valoras el programa?				
¿Cómo valoras los coordinadores del grupo?				
¿Cómo valoras tu aprendizaje en el programa?				
	Si		No	
Te ha resultado difícil asistir a todas las sesiones del programa				
Te ha resultado adecuado el horario de las sesiones				
Te ha gustado el trabajo en grupo				
Has entendido los contenidos de las sesiones				
	Muy Largas	Largas	Cortas	Muy cortas
¿Como se te han hecho las sesiones?				

¿Se han producido cambios a nivel de tus recursos psicológicos?

No					Sí				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Observaciones y comentarios que te gustaría hacernos para mejor el programa de intervención:

VIII. INFORMACIÓN REFERENTE AL CD ANEXO

Descripción de las actividades y del material necesario para cada una de las sesiones del Programa de Potenciación de los Recursos Psicológicos.

En el CD están grabadas 10 carpetas las cuales representan cada una de las sesiones del programa de Potenciación, y en cada carpeta está el material necesario para ser desarrollado en la sesión.