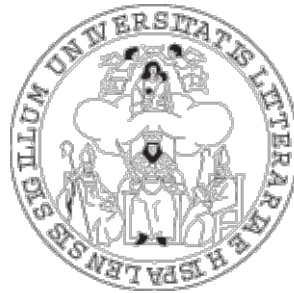


UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA BASADA EN ESTRATEGIAS
POSITIVAS.**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

CARMEN PÁRRAGA GALLARDO

Dirigida por:

Dra. D^ª MERCEDES BORDA MAS

Dra. D^ª MILAGROSA SÁNCHEZ MARTÍN

Sevilla, 2015

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

Programa de Doctorado:

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

**EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA BASADA EN ESTRATEGIAS
POSITIVAS**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

CARMEN PÁRRAGA GALLARDO

Dirigida por:

Dra. D^ª MERCEDES BORDA MAS

Dra. D^ª MILAGROSA SÁNCHEZ MARTÍN

Sevilla, 2015

AGRADECIMIENTOS:

Como más adelante, según se avance en la lectura de este trabajo se verá, una de las herramientas que se puso a disposición de nuestros participantes fue la de redactar una carta de agradecimiento, yo no puedo sino hacer lo propio, y quiero:

Agradecer el apoyo incondicional de mis padres Jerónimo y Ana, que me enseñaron la importancia del sacrificio y el esfuerzo, porque han sido y son ejemplo a seguir para mi, mi padre porque su gran labor como psicólogo es lo que me hizo adentrarme en este mundo y hace que cada día me esfuerce en ser mejor, a mi madre por inculcarme y facilitarme el amor por el descubrimiento y el aprendizaje, esto es gracias a ellos.

A mis directoras, a Mercedes Borda, porque no podría haber tenido mejor guía en este camino, por su esfuerzo incesante, por su apoyo, por compartir conmigo sus conocimientos y sobre todo por enseñarme.

A Mila Sánchez, por tantos años de vivencias académicas, por haber puesto a mi disposición para facilitarme este proceso y sobre todo por ayudarme a sobrellevar el estrés

A los participantes, de la clínica que tan gentilmente accedieron a colaborar en el presente estudio, dedicando su tiempo y esfuerzo. Gracias también a los trabajadores y estudiantes de la Universidad de Sevilla por su participación.

Al servicio de prevención de riesgos laborales de la Universidad de Sevilla por poner a disposición de esta investigación todos sus recursos, Agustín, gracias.

A Alfonso por sus ánimos y por darme la energía para seguir trabajando.

Índice

MARCO TEÓRICO.....	7
1 Psicología y salud	9
2 Psicología positiva	10
2.1 Antecedentes históricos, influencias y hechos recientes	10
2.2 Consideraciones generales.....	11
2.3 Conceptos.....	12
2.3.1 Recursos personales.....	12
2.3.2 Virtudes.....	14
2.3.3 Fortalezas	15
2.3.4 Optimismo	15
2.3.5 Felicidad.....	16
2.3.6 Bienestar psicológico y satisfacción vital.....	17
2.3.7 Actitud de cambio	18
2.3.8 Flow	18
2.4 Modelos teóricos.....	19
2.5 Instrumentos.....	20
2.6 Aplicaciones actuales de la psicología positiva	20
2.7 Limitaciones.....	22
3 trastornos emocionales	23
3.1 El estado de ánimo	27
3.1.1 Trastorno depresivo	27
3.1.2 Epidemiología.....	28
3.1.3 Comorbilidad.....	28
3.1.4 Factores de riesgo.....	29
3.1.5 Tratamientos	29
3.2 Trastornos de la activación	31
3.2.1 Trastornos ansiosos	31
3.2.2 Prevalencias, duración y frecuencia.....	32
3.2.3 Comorbilidad.....	33
3.2.4 Tratamientos	34
3.3 Estrés.....	35
3.3.1 Modelos.....	35
3.3.2 Condiciones generadoras	36
3.3.3 Moduladores de estrés.....	37
3.3.4 Comorbilidad y efectos del estrés	37
4 Corolario.....	39

MARCO EMPÍRICO	42
1 Introducción.....	44
2 Objetivos e hipótesis	45
2.1 Objetivos específicos e hipótesis	47
3 Método.....	51
3.1 Muestra	51
3.2 Terapeuta	59
3.3 Diseño.....	59
3.4 Instrumentos y variables.....	59
3.4.1 Variables dependientes.....	59
3.4.2 Variables independientes	65
3.5 Procedimiento.....	65
3.5.1 Reclutamiento de participantes y asignación a grupos	66
3.5.2 Evaluación	67
3.5.3 Abandonos	70
3.6 Análisis de datos	71
4 Resultados y discusión	79
Objetivo 1.	79
H1.1	79
H1.2	80
H1.3	82
H1.4	83
Objetivo 2.	86
H2.1	86
H2.2	88
H2.3	91
H2.4	94
Objetivo 3.	99
H3.1	99
H3.2	104
H3.3	112
H3.4	120
Objetivo 4.	128
H4.1	128
H4.2	136
H4.3	137
H4.4	139
Objetivo 5.	142
H5.1	142
H5.2	145
H5.3	147

Objetivo 6.	149
H6.1	149
5 Limitaciones y propuestas	159
6 Conclusiones.....	162
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	187
ANEXOS	197

MARCO TEÓRICO

1 Psicología y salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946).

Con respecto a esto, la relación entre salud, bienestar y estados psicológicos es fehaciente, por tanto la presencia de conductas saludables y de determinadas emociones adquieren un papel imprescindible en la promoción de la salud. Esto es consistente con la evidencia científica actual, que indica que cualquier trastorno suele implicar de diferentes formas alteraciones psicológicas (Oblitas y Becoña, 2000). Entre estas alteraciones, se encuentran los trastornos emocionales más frecuentes como son los de tipo ansioso y depresivo, a sabiendas de que bajo estados emocionales negativos, aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades orgánicas o de adquirir comportamientos poco saludables (Becoña, Vázquez, y Oblitas, 2004). Por el contrario, diferentes estudios también apuntan a que la presencia de emociones de corte positivo, potencian la salud, ayudando a mejorar y restituir la salud. (Nezu, Nezu, y Blissett, 1988).

En lo que esto concierne parece razonable proponer el estudio de la eficacia de las técnicas basadas en psicología positiva, e intentar resolver la duda de si el aumento del bienestar psicológico puede proteger de la recaída, la recurrencia, mejorar la efectividad de los tratamientos así como aumentar el bienestar subjetivo.

2 Psicología positiva

2.1 Antecedentes históricos, influencias y hechos recientes

El estudio del bienestar, aunque recientemente haya sido definido como un nuevo enfoque o paradigma, lo cierto es que hunde sus raíces en la psicología más tradicional. Un aporte fundamental que plantea es el uso y potenciación de emociones, cogniciones y comportamientos positivos para la mejora y aumento del bienestar tanto en presencia de otras patologías o como el de desarrollo personal.

Históricamente se basa en principios aristotélicos como la eudamonia, cuyo significado exacto debe ser entendido en el sentido de la realización y plenitud del ser; o de la antropológico-filosofía donde prima el estudio de las preocupaciones existenciales del ser humano. En ambas se hace énfasis en el vivir con moderación, aprender a superar adversidades, sufrir con fortaleza, conocerse uno mismo, desarrollo personal, etc, para vivir en el más alto grado de bienestar personal (Peterson, Ruch, Beerman, Park, y Seligman, 2007; Vázquez, 2006).

De este modo, desde los años 60 se han visto incrementados los estudios acerca del bienestar, en los 70 centrados en la felicidad y en los 80 relacionados con el aumento de la calidad de vida y de la influencia en patologías médicas (Carr, 2004b). Durante estos últimos años se ha trabajado para aclarar ciertos campos, entre ellos los relacionados con conceptos positivos subjetivos, como la felicidad asociada con satisfacción cognitiva, el bienestar, la facilitación conductual y el flow; y las construcciones cognitivas positivas, como la esperanza y optimismo con experiencias emocionales como el afecto positivo y negativo, la autoestima relacionada con el bienestar, así como características más intrínsecas como las fortalezas y virtudes, todo ello para estudiar el efecto que tienen en la salud y en el desarrollo general de la población (Carr, 2004a; Chikszentmihalyi, 1997; Diener y Diener, 1995; Fredrickson, 1998; Peterson y Seligman, 2004; Watson, 2002; Watson, Wiese, Vaidya, y Tellegan, 1995).

Es interesante tener en cuenta también lo positivo de las experiencias negativas. Lazarus entiende que el crecimiento psicológico es mayor cuando se aprende de un afrontamiento de situaciones negativas (Lazarus, 2003) el cual sugiere que habría que basarse tanto en emociones positivas como negativas. Por estas contribuciones es necesario diferenciar una primera ola de investigadores (Seligman, Peterson, Snyder, etc) que ponen más énfasis en el estudio de emociones exclusivamente positivas, y una segunda ola de investigadores (Anspinwall, Carstensen, Larsen, etc) que se están ocupando de este desequilibrio, como la propuesta de Carr (2004a) donde plantea la herramienta de afrontamiento a los problemas centrados en la emoción como un medio para mantener la representación positiva de uno mismo. Por tanto, este marco también debe integrar el papel de las emociones negativas, ya que hay evidencias que sugieren que es un constructo diferente del afecto positivo (Ryff, 1989). Investigaciones recientes han demostrado que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas, y, además, como afirma Fredrickson (1998), pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que siguen a la experimentación de dichas circunstancias. (Vázquez, 2006; Vera, 2004).

Hay que señalar que la Psicología Positiva es una rama de la psicología que permite abordar el estudio de los seres humanos desde otra perspectiva, centrándose en sus potencialidades, en sus recursos, su bienestar, su capacidad de reponerse frente a las adversidades y sus grandes cualidades y aspectos positivos.

2.2 Consideraciones generales

La psicología, fundamentalmente a partir de la Segunda Guerra Mundial, ha tenido como misión principal la comprensión, el estudio y el tratamiento de la patología mental, donde se han alcanzado grandes avances. Sin embargo, un suplemento a esto desde la perspectiva consiste en "construir desde las fortalezas" en lugar de "arreglar lo patológico" desde el marco de la Psicología Positiva, basada en el estudio empírico, de las fortalezas, el bienestar y el funcionamiento óptimo.

Desde este prisma, muchos autores reafirman el concepto de capacidad de adaptación humana, de recuperación y superación, dado que, como demuestran los estudios, la mayoría de las personas no se deprimen ante las pérdidas y sus duelos no se patologizan, más aún, ante sucesos extremos de la vida las personas se recomponen y resisten emocionalmente (Bonanno, 2004). Todo ello pese a reconocer estas personas haber sentido emociones y pensamientos automáticos negativos, pero presentados de forma circunstancial sin llegar a afectar al resto de su funcionamiento vital. Como detectó Fredrickson, es posible la coexistencia de emociones tanto positivas como negativas dentro de la vivencia de situaciones estresantes.

En relación con este punto de vista, lleva al menos a plantearse que la naturaleza humana no es tan vulnerable o no tan únicamente vulnerable a los sucesos estresante cotidianos y vitales, sino que el estudio y desarrollo de técnicas que favorezcan el desarrollo de los potenciales personales puede favorecer el equilibrio y manejo de las emociones negativas, mayores niveles de salud, dando tanto ímpetu a la salud como a la prevención, posibilitando la recuperación y el crecimiento personal (Fredrickson y Tugade, 2003).

2.3 Conceptos

2.3.1 Recursos personales

Diversos investigadores han desarrollado estudios de los recursos personales por entender que no sólo se trata de disponer de un alto número de factores de resistencia o protección, sino de poseer la habilidad para ponerlos adecuadamente en funcionamiento dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo, para Fredrickson (2002), los recursos personales favorecen la probabilidad de experimentar un afrontamiento más adaptado, y las emociones positivas ensanchan el pensamiento y repertorio de acciones, los cuales aumentan los recursos, cerrando el círculo al aumentar éstos la posibilidad de experimentar

emociones positivas. Otros estudios dan a entender que hay habilidades y rasgos que ayudan a resistir el estrés, y estos han de considerarse como recursos (Hobfoll, 1989).

Una de las variables con mayor poder amortiguador dentro de los recursos son los psicológicos, llegándose a establecer fuertes relaciones entre la presencia de éstos con la salud y el bienestar (Snyder y Lopez, 2002). Los que más relevancia han presentado son: 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 (Martínez de Serrano, 2007).

Estructuralmente se puede entender que los recursos personales son la base que sustenta los activos psicológicos, dentro de los que se encuentran las virtudes. En un nivel dependiente de éstas las fortalezas del carácter quedan comprendidas.



Figura 1 Relación entre los distintos estados de los recursos personales

2.3.2 Virtudes

Las virtudes del carácter se enmarcan dentro de lo que Seligman (2004) define como "buen carácter", el cual está relacionado con la presencia de una serie de rasgos positivos: las fortalezas. Esta clasificación ha sido desarrollada con el objetivo de establecer un sistema común de medida evaluable de constructos positivos. Seligman y Peterson (2004) plantean la presencia de seis virtudes basándose en un consenso intercultural no empírico en el cual se integran y distribuyen las veinticuatro fortalezas, estructurado de la siguiente forma:

Tabla 1

Clasificación de virtudes y fortalezas.

VIRTUDES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> Sabiduría y conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Curiosidad, creatividad (interés por el mundo, búsqueda de la novedad, apertura a la experiencia). Mentalidad abierta (pensamiento crítico, capacidad de juicio). Amor por el conocimiento y aprendizaje. Perspectiva (sabiduría).
<ul style="list-style-type: none"> Coraje 	<ul style="list-style-type: none"> Valentía (valor). Persistencia (perseverancia, diligencia). Integridad (autenticidad, honestidad). Vitalidad (entusiasmo, vigor, energía).
<ul style="list-style-type: none"> Humanidad 	<ul style="list-style-type: none"> Amor. Bondad o benevolencia (generosidad, calidez, cuidado, amabilidad). Inteligencia social (inteligencia emocional y personal).
<ul style="list-style-type: none"> Justicia 	<ul style="list-style-type: none"> Civismo (lealtad, trabajo en equipo). Equidad (liderazgo).
<ul style="list-style-type: none"> Templanza 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de perdonar y misericordia. Humildad y modestia. Prudencia. Auto-regulación (autocontrol).
<ul style="list-style-type: none"> Trascendencia 	<ul style="list-style-type: none"> Apreciación por la belleza y la excelencia (capacidad de asombro, admiración). Gratitud. Esperanza (optimismo, proyección hacia el futuro, orientación hacia el futuro). Sentido del humor (humor positivo). Espiritualidad (religiosidad, fe, propósito).

2.3.3 Fortalezas

Las fortalezas de carácter son propias de cada persona, y pueden ponerse en práctica. Son rasgos o características psicológicas que se presentan en situaciones distintas a través del tiempo, y sus consecuencias suelen ser positivas. Poner en práctica una fortaleza provoca emociones positivas auténticas (Seligman, 2002), y actúan como barreras contra la enfermedad. Lykken (2000) sugiere que los individuos pueden fortalecer intencionalmente su capacidad para experimentar y maximizar emociones positivas, lo que, se ha demostrado, mejora la salud física, emocional y social. Entre estas se encuentran el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para alcanzar el flow, entre otras (Seligman y Christopher, 2000).

2.3.4 Optimismo

Desde la perspectiva e investigación se explica el optimismo desde fundamentalmente dos corrientes. Seligman describe el optimismo desde la Teoría de los Estilos Explicativos Optimistas-Pesimistas (Seligman, 1998), basada en las teorías de Indefensión aprendida, estilos que se aprenderían en las primeras décadas de vida. Específicamente la persona optimista atribuye los sucesos negativos a factores externos, inestables y específicos, así como los sucesos positivos a factores internos, estables y globales (Ortiz, Ramos, Rojas, y Vera-Villaruel, 2002).

Por otro lado, la Teoría del Optimismo Disposicional de Scheter y Carver (1987), entiende el optimismo como una variable de la personalidad, convirtiendo en disposicional la generación de expectativas positivas generales de la vida.

Con respecto a los estudios acerca de optimismo y psicología clínica, se ha observado que, en general, los individuos más optimistas tienen más estrategias de afrontamiento centradas en el problema, valoran de forma positiva las situaciones estresantes y buscan apoyo social (Ortiz et al., 2002). Por otra parte, se encontró que el optimismo está relacionado con las estrategias que ayudan a disminuir el estrés (Chico, 2002), así también una mayor presencia de optimismo está relacionado con

una menor cantidad de síntomas depresivos después de un cambio estresante específico (Ortiz et al., 2002).

De modo que, desde la perspectiva actual, se plantea el optimismo como un factor de protección de la salud, haciendo aumentar la calidad de vida y el bienestar subjetivo (Buss, 2000; Carver y Scheier, 2001; Seligman, 1998).

2.3.5 Felicidad

En lo referente a la felicidad, en cuanto a los estudios realizados, cabe señalar que las personas más felices son menos autorreferentes, menos hostiles, abusadores y menos vulnerables a las enfermedades. También están más dispuestas a perdonar, a ser más generosas, tolerantes, confiables, energéticas, decididas, creativas, sociales y cooperadoras (Myers, 2000).

Por otro lado, se ha seguido estudiando la felicidad desde la personalidad. ¿Qué distingue a un individuo feliz de otro que no lo es?, Una vertiente considera como común denominador la capacidad de las personas para autoorganizarse y autodirigirse. Deci y Ryan (2000) exploran desde la teoría de la autodeterminación, mientras que Larson (2000) propone el estudio de la actuación excepcional, es decir, la creatividad y el talento. En suma, la personalidad puede considerarse un fuerte y consistente predictor del bienestar subjetivo, el cual se relaciona con bajos niveles de afecto negativo y altos niveles de afecto positivo (Carr, 2004a). Vinculado a su vez con rasgos de la personalidad como la extroversión (afecto positivo) y el neuroticismo (afecto negativo) (Watson, 2002). Mientras que el afecto negativo favorece la aparición de conductas de evitación, el afecto positivo promueve conductas de aproximación (Watson et al., 1995). En lo referente a los estados de ánimo, hay evidencias que sugieren que los positivos amplían y reconstruyen repertorios de pensamiento y acción positivos, ya que sabemos que en ellos, existe un sesgo hacia el procesamiento visual global y atención amplia a la creatividad y una mayor flexibilidad. Lo cual implica que ese estado de ánimo positivo favorece situaciones de ganancia personal que facilitan la interacción social y mejoran la productividad (Seligman, 2002).

2.3.6 Bienestar psicológico y satisfacción vital

El concepto de bienestar usualmente ha sido asociado a variables externas del individuo como el nivel económico, pero los estudios demuestran que los factores más relevantes son los relacionados con la subjetividad personal, incluyéndose la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida y la apreciación positiva (Diener, Suh, y Oishi, 1979). Las definiciones que en investigación se manejan a este respecto se pueden dividir en tres tipos (Diener y Diener, 1995). Una la desarrollada por los filósofos griegos basada en la filosofía hedónica, la cual entiende que el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad de placer posible y la felicidad sería la suma de momentos placenteros (Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009) En segundo lugar, la correspondiente a la mayor presencia de emociones positivas frente a las negativas, y la última, la relacionada con la valoración que las personas hacen de su vida, la satisfacción vital.

Los componentes principales del bienestar subjetivo, están dispuestos de la siguiente forma:

- Afecto positivo (alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño, felicidad y éxtasis).
- Afecto negativo (culpa, tristeza, enfado, estrés, depresión, envidia y ansiedad).
- Satisfacción con la vida (satisfacción actual, satisfacción con el pasado, satisfacción con las perspectivas futuras, deseo de cambio, satisfacción con la proyección externa de la vida).
- Dominios de satisfacción (trabajo, familia, ocio, salud, ingresos, consigo mismo, con los demás) diferenciándose dos dimensiones: la cognitiva y la emocional o afectiva. (Diener y Lucas, 1999).

Donde la satisfacción vital se encontraría como componente indispensable para el bienestar psicológico pero no como único determinante.

Por otro lado, autores como Ryff detectaron la presencia de seis dimensiones dentro del bienestar subjetivo: apreciación positiva de uno mismo, capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la vida, alta calidad de relaciones y apoyo

social, creencia del propósito de la vida, percepción de desarrollo vital, y sentido de autodeterminación. Presentándolo como un modelo multidimensional y diferenciándolo de la satisfacción vital, entendida esta última como la gratificación proporcionada por proyectos personales, y el bienestar como una percepción subjetiva o un sentimiento (Ryff y Keyes, 1995).

2.3.7 Actitud de cambio

Hay que partir de la premisa de que el cambio no es un suceso aislado sino un proceso, dentro de lo cual uno de los modelos más aplicados y analizados desde la psicoterapéutica más avanzada es el transteórico del cambio (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992). El modelo propone que las personas hacen cambios de conducta en etapas y que se mueven de forma secuencial a través de los estadios mientras experimentan diferentes procesos de cambio (DiClemente et al., 1991).

Los estadios de cambio son: precontemplación, dónde aún no hay intención de cambio; contemplación, donde el sujeto ya sí se plantea la opción de ser activo en un futuro cercano; preparación, se desarrolla un proceso de interiorización de estrategias, preparándose con pequeños cambios; acción, cuando se modifica la conducta; y mantenimiento, cuando los cambios se han sostenido durante al menos seis meses.

El conocer en qué fase exacta se encuentra el individuo hace oportuno intervenir adoptando las estrategias terapéuticas específicas para propiciar la escalada de posiciones y el alcance al estadio más adecuado.

2.3.8 Flow

El flow definido como un estado mental en el que estás tan absorto en una tarea que se pierde el sentido de uno mismo y la percepción del tiempo se vuelve

distorsionado (Chikszentmihalyi, 1997). El Flow se entiende como un componente importante de gratificaciones, y por esta razón se centra nuestro interés, puesto que podemos explicar estados de ánimo depresivos como resultado de bajo reforzamiento positivo (Lewinsohn, 1974; Sarason y Sarason, 1996), entendiéndose como resultado de cambios en las recompensas y castigos que se reciben, y la forma de cambiarlos es construyendo patrones favorables de reforzamiento (Davison y Neale, 1983). Para Lewinsohn las recompensas positivas en la vida disminuyen en algunas personas, conduciéndolas a realizar menos comportamientos positivos.

2.4 Modelos teóricos

- Modelo de Ryff: esta autora define la salud mental en base a seis dimensiones donde cada una se caracteriza según el funcionamiento mental óptimo o deficitario. Dimensiones: control ambiental, crecimiento personal, propósito en la vida, autonomía, autoaceptación y relaciones positivas con otros (Ryff y Keyes, 1995; Vázquez, Hervás, y Ho, 2006).
- Modelo de Seligman: basado en las tres vías por las que las personas pueden alcanzar un estado de felicidad, que son: llevar una vida comprometida, donde se ponen en marcha las fortalezas personales diariamente para llegar al estado de flow cuantas más veces mejor; llevar una vida significativa, fomentando objetivos por encima de uno mismo; y llevar una vida placentera, aumentando las emociones positivas sobre el presente, pasado y futuro. Sin ser estas vías ni inclusivas ni exclusivas (Duckworth, Steen, y Seligman, 2005; Vázquez et al., 2006).
- Modelo de autodeterminación de Deci y Ryan: expone que el bienestar psicológico no puede darse sin un funcionamiento psicológico sano basado en, por un lado, una satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, y, por otro, un sistema de metas congruentes entre sí, intrínsecas y coherentes con los propios intereses y valores personales (Ryan y Deci, 2001; Vázquez et al., 2006).

2.5 Instrumentos

Relación de instrumentos más utilizados basada en la clasificación de Seligman (Duckworth et al., 2005):

Tabla 2

Instrumentos de medición en psicología positiva.

	Nombre	Autor	Año
Bienestar	Satisfaction with Life Scale	Diener et al	(1985)
	Subjective Happiness Scale	Lyubomirsky y Lepper	(1999)
	Fordyce Happiness Measures	Fordyce	(1988)
Fortalezas	Values in Action Inventory of Strengths	Park y Peterson	(2005)
	Values in Action for Young People	Park y Peterson	(2005)
Flow	Entrevista semiestructurada	Nakamura y Csikszentmihalyi	(2002)
	The Flow Questionnaire	Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi	(1988)
	The Flow Scale	Mayers	(1978)

2.6 Aplicaciones actuales de la psicología positiva

Los ejemplos más concretos de estas intervenciones son, para empezar, las pioneras como las de Michael Fordyce (1977, 1983), que realiza una actuación psicoeducativa y multicomponente para la mejora de la felicidad, donde se resalta la cualidad educable del bienestar y la felicidad. Esta intervención tuvo poca resonancia y no es hasta hace poco cuando comienza a resurgir el interés por este tipo de intervenciones.

Más tarde, grupos como el de Sheldon (2002), aplicaron un programa a estudiantes para ayudarles a potenciar sus metas, donde se descubre que no todos se pueden beneficiar del mismo tipo de intervenciones. O como el de Emmons and McCullough (2003), los cuales encontraron que los participantes asignados previamente al azar a una intervención de gratitud demostraron un aumento en los niveles de afecto positivo en relación con los participantes de control. Seligman, Steen, and Peterson (2005) ponen a prueba la eficacia de ejercicios que mejoren el nivel de bienestar y disminuyan la sintomatología depresiva, concluyendo que los más eficaces a largo plazo fueron los relacionados con aplicar fortalezas personales y los relacionados con la practica de la gratitud. También el trabajo de Pérez-Sales (2008), donde describe la intervención desde la psicología positiva en situaciones adversas. Otro es el programa VIP de Marujo and Neto (2009) que tiene como objetivo descubrir y potenciar los valores humanos, e incluye dos niveles de intervención, uno de formación de profesionales, y otro dirigido a la población adulta general, obteniendo gran impacto práctico ayudando así a construir historias nuevas positivas. Más recientemente se estudió la intervención en grupo para la potenciación de los recursos psicológicos, encontrándose un efecto positivo del programa sobre el estado de ánimo, con efectos sobre el optimismo, sentido del humor, vitalidad, amar y dejarse amar, satisfacción con la vida, el autocontrol, inteligencia social, estrés y quejas de salud (Remor, Amorós, y Carrobles, 2010).

Desde el punto de vista de la prevención de recaídas, pese a ser la terapia cognitiva más eficaz que el resto (Pérez y García, 2001), los estudios generales indican que a largo plazo no se suelen mantener los buenos resultados, presentando una alta tasa de recaídas tanto en trastornos de ansiedad (Barlow, Esler, y Vitale, 1998) como depresivos unipolares (Fava, 1996; Fava, 1999; Labbate y Doyle, 1997). En una investigación controlada (Rafanelli, Park, Ruini, Ottolini, y Cazzaro, 2000) a pacientes remitidos con trastornos del humor o ansiedad, muestran niveles significativamente más bajos en todas las dimensiones del bienestar en comparación con sujetos de control sanos emparejados por variables sociodemográficas. Por ejemplo, Ramana y su equipo (1995) informaron sobre el curso de la depresión con respecto a la recaída y remisión en un estudio prospectivo de dos años, donde se evidencia una rápida remisión del 70% de los pacientes en los seis meses siguientes, pero con una tasa de recaídas del 40% en los

meses posteriores. Por otra parte, Thunedborg, Black y Bech (1995) encontraron que la calidad de vida y percepciones no sintomáticas podrían predecir la recurrencia de la depresión. Sabemos también que las personas deprimidas son susceptibles de beneficiarse de los aumentos en las emociones positivas para acelerar la recuperación de los efectos fisiológicos de las emociones negativas (Tugade y Fredrickson, 2004).

2.7 Limitaciones

Las limitaciones de esta nueva disciplina son muchas, particularmente las derivadas de la juventud de su desarrollo teórico, donde aún se establecen las bases del consenso de las clasificaciones de los conceptos básicos, como las virtudes y las fortalezas. Ciertamente es que, aunque hay diferencias con la psicología tradicional, de algún modo se ha enfatizado en ellas en exceso, y quizás en la búsqueda de ese hueco definido dentro de la psicología general. Por lo que una gran limitación sería la de entender la intervención positiva como algo radicalmente opuesto en lugar de como complementaria a la tradicional, de ese modo poner el énfasis en una terminología común y la búsqueda de los nexos, como son la capacidad de la regulación emocional, cognitiva o conductual, (porque es más que evidente que el exceso tanto desde los patrones negativos como los llamados positivos, desajustan a los individuos), favorecería más el desarrollo de estrategias específicas de intervención que sirviesen a lo que realmente es el objeto, la salud mental.

3 trastornos emocionales

Los conceptos de ansiedad y depresión están frecuentemente unidos, hasta el punto que muchos autores han llegado a afirmar que forman parte del mismo trastorno, como entidades diferentes que en común plantean síntomas coexistentes.

Un ejemplo de este planteamiento es el modelo tripartito de Clark y Watson, donde los tres elementos: afecto negativo, hiperactivación fisiológica y bajo afecto positivo, se interrelacionarían, siendo el primero común a la ansiedad y depresión. Por otro lado los autores sugieren que cuando los pacientes no presentan sintomatología específica en ningún factor deberían diagnosticarse como trastornos mixtos ansiosos depresivos. Este modelo permite explicar el solapamiento de síntomas ansioso y depresivos tan frecuentes en la práctica clínica.

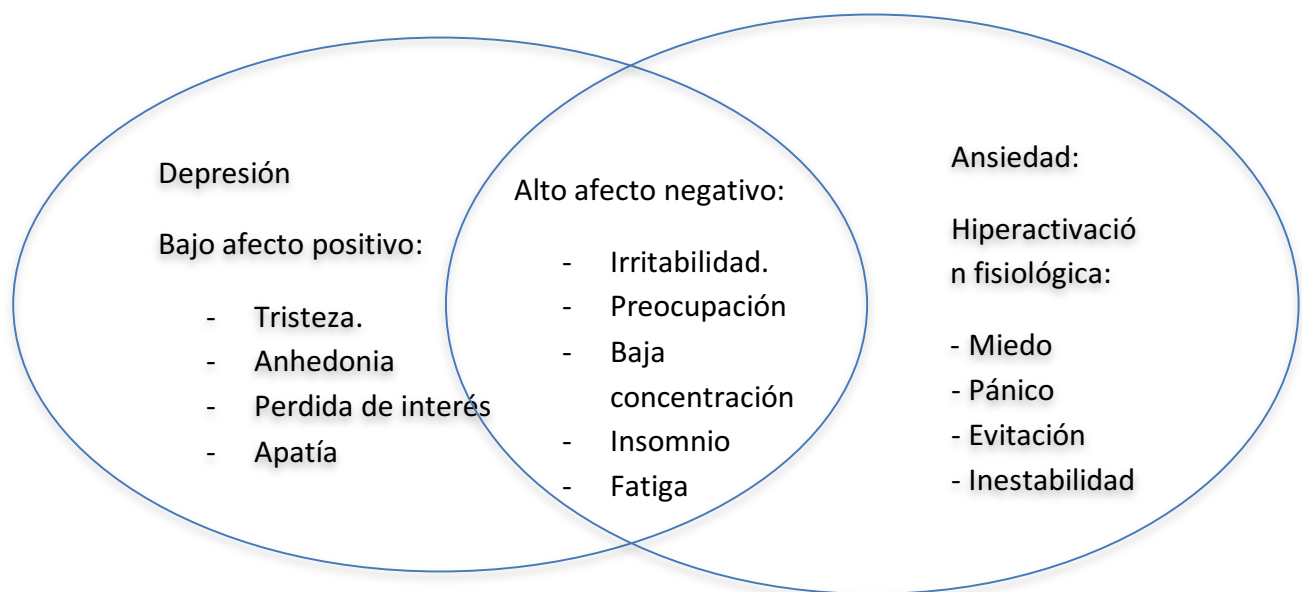


Figura 2 Modelo tripartito de Clark y Watson.

Desde otra perspectiva, el modelo transdiagnóstico tiene muy en cuenta la alta comorbilidad entre trastornos depresivos y ansiosos, bien porque representen un mismo trastorno, porque erróneamente estén una categoría inadecuada, porque existen síntomas comunes o porque son unos complicaciones de otros (Sandín, Chorot, y Valiente, 2012). Así el transdiagnóstico entiende los trastornos mentales

sobre una base de procesos cognitivos y conductuales que generan y mantienen los trastornos, integrando las dimensiones, síntomas y síndromes que forman estos factores y procesos patológicos.

A continuación se presenta una adaptación de la recopilación realizada por Bonifacio Sandín (2012), en la que se exponen los conceptos y procesos psicopatológicos transdiagnósticos, relacionados con los trastornos del estado del ánimo y de la ansiedad.

Tabla 3

Modelo transdiagnóstico de trastornos del estado del ánimo y ansiedad.

Autor/es	Concepto transdiagnóstico	Proceso transdiagnóstico	Trastorno implicado
Mower(1939) Skinner(1957) Wolpe(1969)	Principios de condicionamiento	Reforzamiento Extinción	Trastornos mentales
Eysenck(1959)	Neuroticismo	Hiperactivación autónoma	Trastornos neuróticos
Ellis(1962)	Pensamiento irracional	Exigencia Catastrofismo Baja tolerancia a la frustración	Trastornos emocionales
Beck (1976)	Esquemas cognitivos	Sesgos Cognitivos	Trastornos depresivos
Beck y Emery (1985)	Actitudes disfuncionales Creencias disfuncionales	Sesgos cognitivos	Trastornos de ansiedad
Reiss y McNally(1985)	Sensibilidad a la ansiedad	Expectativas físicas Expectativas cognitivas	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos
Barlow (1988)		Tendencia a la acción Incontrolabilidad/ Impredecibilidad Atención autofocalizada	Trastornos de ansiedad

Achenbach (1966)	Internalizado Externalizado		Trastornos emocionales
Tyrer(1989)	Síndrome neurótico general		Trastornos neuróticos
Ingram (1990)	Atención autofocalizada	Auto-absorción	Trastornos mentales
Shafran et al. (1996) Shafran y Rachman (1996)	Fusión pensamiento-acción	Probabilidad Moralidad	Trastornos de ansiedad (TOC, TAG,TP)
Taylor et al. (1997)	Alexitimia	Metacognición	Trastornos somatoformes Trastornos de personalidad Trastornos de ansiedad Depresión Trastornos alimentarios Adicciones
Purdon (1999)		Supresión del pensamiento	Depresión TEPT, TOC, TAG
Clark y Watson (1991) Watson (2009)	Afecto negativo Afecto positivo Hiperactivación autónoma	Alto/bajo distrés Elevada/limitada especificidad	Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad
Widiger y Clark (2000)	Anhedonia		Depresión Fobia social
Barlow (2002)	Vulnerabilidad biológica general	Afecto negativo Neuroticismo Inhibición conductual	Trastornos emocionales
	Vulnerabilidad psicológica general	Incontrolabilidad	
Barlow (2004)	Afectividad negativa Afectividad positiva Hiperactivación fisiológica	Atención autofocalizada Incontrolabilidad/ Impredecibilidad Tendencias a la acción	Trastornos emocionales (Trastornos de ansiedad y depresivos)

		Evitación: - Distracción - Racionalización - Rituales cognitivos - Supresión emocional - Señales de seguridad - Preocupación / rumiación	
Harvey et al. (2004)	Atención	Atención selectiva Evitación atencional	Cualquier trastorno
	Memoria	Memoria selectiva Memorias recurrentes Memoria sobregeneralizada	
	Razonamiento	Sesgos interpretativos Sesgos de expectativa Razonamiento emocional	
	Pensamiento	Pensamiento negativo repetitivo Creencias metacognitivas Supresión del pensamiento	
	Conducta	Evitación Conductas de seguridad	
Aldao et al. (2010)	Estrategias de regulación emocional	Reevaluación Solución de problemas Aceptación Supresión Evitación emocional Rumiación	Trastorno emocional Trastornos depresivos
Egan et al. (2011)	Perfeccionismo	Comprobación del rendimiento Evitación Dilación Conductas contraproducentes	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos

Carleton et al. (2012)	Intolerancia a la incertidumbre	Prospectiva Inhibitoria	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos
---------------------------	------------------------------------	----------------------------	---

3.1 El estado de ánimo

3.1.1 Trastorno depresivo

Es el trastorno del estado de ánimo por excelencia, si lo entendemos como un continuo de gravedad donde se puede pasar de el estado de ánimo triste por un suceso cotidiano a la depresión mayor, diferenciándose éstos solo por la intensidad cualitativa de los síntomas (Beck, 1976). Los síntomas principales son los anímicos, presentándose como queja principal de la mayor parte de los deprimidos, siendo habituales la tristeza y la irritabilidad; también se detecta una importante reducción de emociones positivas, como la anhedonia, que representa la pérdida de interés y de disfrute (Vázquez et al., 2006). Por otro lado los motivacionales y conductuales, provocando estados de inhibición muy importantes dada la presencia de apatía constante que evita la captación de reforzadores externos tan necesaria en la recuperación de este trastorno. Cognitivamente la afectación se presenta generalizada, en memoria y concentración dado que la mayor parte de los recursos atencionales están al servicio de los patrones rumiativos presentes con contenidos regularmente negativos, existiendo también una mayor frecuencia de pensamientos automáticos negativos (PANS). Frecuentemente se producen cambios físicos como en la mayor parte de los casos pueden ser los trastornos de sueño y en menor medida problemas físicos cotidianos como trastornos digestivos o por dolor.

3.1.2 Epidemiología

Los datos europeos más recientes los vierte el estudio de ESEMED, efectuado con entrevistas estructuradas basadas en DSM, en los que se basa la siguiente Tabla Tabla, (Alonso et al., 2004).

Tabla 4

Prevalencia del trastorno depresivo.

	Prevalencia vital (%)			Prevalencia últimos 12 meses (%)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Depresión mayor	12.8	8.9	16.5	3.9	2.6	5.0
Distimia	4.1	2.6	5.6	1.1	0.8	1.5
Cualquier trastorno mental	25.0	21.6	28.1	9.6	7.1	12.0
Cualquier trastorno del estado del ánimo	14.0	9.5	18.2	4.2	2.8	5.6

Estudio del que se desprende que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes. Cerca del 13%, lo padece alguna vez en la vida y el 4% en los últimos doce meses, dentro del 25% que padecen un trastorno mental en la población general europea a lo largo de la vida, siendo los distímicos menores, con una prevalencia vital del 4% y del 1% en el último año.

3.1.3 Comorbilidad

La investigación pone de relieve que la presentación del trastorno depresivo puro es casi inexistente, ya que frecuentemente se presenta acompañado de otras patologías. De hecho según Aragonés, Piñol y Labad (2009), alrededor del 45% presenta otro trastorno mental y el 19% dos, así como el 8% tres, estudio del que se

desprende también que el trastorno comórbido más frecuente es el de ansiedad generalizada en más de la mitad de los pacientes.

Estudios clínicos reportan que el trastorno depresivo se asocia a trastornos de somatización, siendo lógico, pues las manifestaciones forman parte de la sintomatología depresiva básica, también con los trastornos psicofisiológicos como el colon irritable, síndrome de neurofibritis, o trastorno de motilidad esofágica.

Con respecto a los trastornos de alimentación la mayoría de los estudios reúnen datos que relacionan ambos trastornos pero uno de los problemas a los que hay que enfrentarse es que comparten síntomas como la pérdida de apetito y el insomnio, aún así parece demostrado que o bien son variantes el uno del otro o los alimentarios representan el fenotipo de la diátesis de los afectivos. (Berlanga, 1993)

3.1.4 Factores de riesgo

Según los estudios las tasas de depresión aumentan en personas en estado de desempleo, y en medios urbanos con respecto a los rurales, así como en jóvenes adultos y menor en adultos de edades superiores a los 44 años; los estresores vitales graves, las pérdidas familiares importantes y los antecedentes familiares, favorecen la aparición de trastornos depresivos aunque no los determinan directamente; estos, sumados a factores como la alta tasa de pensamientos negativos, ausencia de apoyo social y las depresiones anteriores, sí suponen una combinación especialmente relevante como factor de riesgo (Vázquez y Sanz, 2009).

3.1.5 Tratamientos

Los tratamientos psicológicos eficaces para la depresión unipolar se pueden clasificar de muchas formas, la Tabla 5, es un resumen de ello, basada en el trabajo de Marino Pérez (2001).

Tabla 5

Relación de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión.

Terapia de conducta	Objetivo	Programa	Autor	Eficacia
	Disminución de la conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales	Programa de actividades agradables	Lewinson y Cols (1995; 1985)	En reducción de los niveles de activación (Lewinson y Gotlib, 1995).
		Entrenamiento de habilidades sociales		Mejora la depresión igual que la medicación y la psicoterapia. (Hersen, Bellack, Himmelhoch, y Thase, 1984) Superior a psicodinámica y relajación. (McLean y Hakstian, 1979) Mejoras en distimia. (Roth y Fonagy, 1996)
		Curso para el afrontamiento a la depresión.		Eficaz en adultos (Antonuccio et al., 1984). Reduce la depresión (Brown y Lewinson, 1984). 87% menos de diagnóstico tras la intervención. (Hoberman, Lewinson, y Tilson, 1988)
		Terapia de autocontrol	Rehm (1977)	Efectiva en conjunto o por componentes (Rehm et al., 1981). tanto con objetivos cognitivos, conductuales o combinados (Rehm, Kaslow, y Rabin, 1987).
		Terapia de solución de problemas	Nezu (1987)	Eficaz (Nezu, 1986)

		Terapia conductual de pareja	Beach y O'Leary (1992). Jacobson et al. (1991)	Eficaz en parejas con mujer deprimida y desavenencias (Jacobson et al., 1991). Mejor en combinación con T.cognitiva cuando no hay desavenencias. (Jacobson, Fruzzetti, Dobson, Whisman, y Hops, 1993).
Terapia Cognitiva	Eliminación de pensamientos negativos, esquemas erróneos	Terapia cognitiva de la depresión	Beck (1991)	Eficacia superior a medicación a largo plazo. (Shea et al., 1992)
Psicoterapia interpersonal	Trabajo de duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficit de habilidades sociales.	Psicoterapia interpersonal	Klerman et al.(1984)	En tratamiento agudo. (Weissman, Prusoff, Dimascio, Goklaney, y Klerman, 1979). En adolescentes. (Mufson, Weissman, Moreau, y Garfinkel, 1999) Como tratamiento de continuación y mantenimiento (Klerman, DiMascio, Weissman, Prusoff, y Paykel, 1974)

3.2 Trastornos de la activación

3.2.1 Trastornos ansiosos

Una de las definiciones más sencillas de ansiedad es la propuesta por Wolpe (1979), para el que es una reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo. Claro que presenta otras características, como su naturaleza anticipatoria, señalando peligros futuros y la no necesaria proporción del riesgo con la respuesta del sujeto, la irracionalidad.

De este modo la ansiedad puede ser una respuesta sana y adaptativa del sujeto a las demandas del entorno o una patológica, siendo una reacción más intensa, desproporcionada, frecuente y persistente que la ansiedad normal (Spielberg, Pollans, y Worden, 1984).

Sandín y Chorot (1986) distinguieron tres sistemas de respuesta del organismo: el subjetivo-cognitivo relacionado con la percepción y evaluación subjetiva de la ansiedad, el fisiológico-somático que recoge la actividad del sistema nervioso autónomo y el motor-conductual correspondiente a los componentes observables del comportamiento.

3.2.2 Prevalencias, duración y frecuencia

Los datos europeos más recientes los vierte el estudio de ESEMED, efectuado con entrevistas estructuradas basadas en DSM, en los que se basa la siguiente Tabla 6, (Alonso et al., 2004).

Tabla 6

Prevalencia del trastorno de ansiedad.

	Prevalencia vital (%)			Prevalencia últimos 12 meses (%)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Cualquier trastorno mental	25.0	21.6	28.1	9.6	7.1	12.0
Fobia social	2.4	1.9	2.9	1.2	0.9	1.4
Fobia específica	7.7	4.9	10.3	3.5	1.9	5.0
Trastorno de estrés postraumático	1.9	0.9	2.9	0.9	0.4	1.3
Agorafobia	0.9	0.6	1.1	0.4	0.2	0.6
Trastorno de pánico	2.1	1.6	2.5	0.8	0.6	1.0

3.2.3 Comorbilidad

Algunos autores apuntan a que la ansiedad es una característica central en casi todos los trastornos psicopatológicos, y se ha observado que los trastornos de ansiedad puros se presentan con más frecuencia que los depresivos puros, aunque longitudinalmente es más frecuente que los trastornos ansiosos crónicos se compliquen con depresivos (Berlanga, 1993).

Las tasas de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad es elevada dado que en cerca de un 66% de los casos se reciben dos o más diagnósticos de ansiedad. Se presenta un resumen (ver Tabla 7) de datos recopilados por Bonifacio Sandín (2009), basados en datos referidos por Barlow (1988), Ruitter (1989), Sanderson y Wetzler (1991), Oakley-Browne y Joyce (1992), y Wittchen y Essau (1993), en la que se exponen las tasas de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, expresado en porcentaje promedio de sujetos clínicos.

Tabla 7

Porcentaje promedio de comorbilidad en los trastornos de ansiedad.

		DIAGNÓSTICO PRINCIPAL					
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	Pánico	Agorafobia	Fobia específica	Fobia social	TAG	TOC	Depresión Mayor
Pánico	-	-	04	33	14	06	21
Agorafobia	-	-	04	17	17	33	57
Fobia específica	12	50	-	66	38	28	57
Fobia social	06	11	29	-	34	06	25
TAG	11	06	06	06	-	08	21
TOC	19	07	04	07	07	-	10
Depresión Mayor	61	47	41	48	68	67	67

3.2.4 Tratamientos

Los trastornos por ansiedad basan fundamentalmente sus intervenciones en las técnicas de exposición, y a partir de ahí derivan distintos programas específicos. A continuación se presentan los diferentes tratamientos apoyados empíricamente, tras las correspondientes verificaciones empíricas, (ver Tabla 8).

Tabla 8

Relación de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión

Trastorno	Tratamiento	Evidencia	Programa
Terapia cognitivo-conductual	Pánico	(Barlow y Cerny, 1988)	Tratamiento de control del pánico
		(Clark y Salkovkis, 1989)	Programa de terapia cognitiva
Terapia de exposición	Fobia específica	(Öst, Salkovkis, y Hellström, 1991)	Programa intensivo
	Agorafobia	(Trull, Nietzel, y Main, 1988)	Terapia de conducta con exposición y autoexposición.
	Trastorno por estrés postraumático	(Foa, Rothbaum, Riggs, y Murdock, 1991)	Terapia de exposición.
Terapia cognitivo-conductual	Ansiedad generalizada	(Butler, Fenell, Robson, y Gelder, 1991)	
		(Borkovec et al., 1987)	
Terapia de exposición y prevención de respuesta	Trastorno obsesivo compulsivo	(Van Balkom et al., 1994)	

3.3 Estrés

3.3.1 Modelos

El desarrollo de la investigación relacionada con el estrés ha evolucionado desde que fuera introducido por Seyle como objeto de estudio, se presenta un resumen de los modelos estrés basado en recopilación de Everly (1989)

Tabla 9

Cuadro resumen de los modelos de estrés

Modelo	Mecanismo
Síndrome General de Adaptación (Seyle, 1956)	Cambios en los mecanismos neurales, endocrinos y neuroendocrinos, donde la presencia de estresor crónico lleva a la adaptación del organismo por agotamiento de la energía.
Modelo conductual (Lachman, 1972)	Se establecen patrones de predisposición para la activación de órganos diana, por la presencia de un estresor en combinación de los factores orgánicos y aprendidos.
Modelo de Vulnerabilidad- estrés. (Sternbach, 1966)	Predisposición a responder de un modo concreto ante situaciones diversas y fallo en la recuperación de la homeostasis, tras una activación frecuente debida al estrés.
Modelo de variables cognitivas mediadoras (Lazarus, Folkman, Zaplana, y Valdés, 1986)	La interacción entre individuo y situación, los procesos de valoración y afrontamiento determinan tanto la vulnerabilidad al stress como la aparición de emociones específicas, las cuales darían lugar a trastornos fisiológicos específicos.
Modelo de desorganización. (Schwartz, 1979)	Fallos en los mecanismos homeostáticos de feedback tras la exposición a estresores.
Modelo multicausal. (Labrador, 1992)	Alteraciones o mal funcionamiento en las demandas del medio, procesamiento cognitivo, conductas de afrontamiento o respuestas fisiológicas.

3.3.2 Condiciones generadoras

Teniendo en cuenta que el estrés es un proceso activo, diversos autores han intentado identificar aquellos antecedentes o circunstancias facilitadoras de la respuesta de estrés.

Labrador (1993), plantea los siguientes: el cambio o novedad en la situación estimular, la duración del estresor, su severidad o impacto, los factores temporales como la inminencia de la situación, la probabilidad de ocurrencia del evento, la incertidumbre, la ambigüedad, alteraciones biológicas del organismo, y desde el punto de vista natural: los sucesos vitales intensos u extraordinarios, los diarios de menor intensidad y los de tensión crónica mantenida.

Desde el punto de vista del organismo encontramos en los estudios como clave principal la interpretación que hace el individuo de la situación y la decisión que toma al respecto para afrontarla; estos procesos comprenden los aspectos cognitivos, que como se han definido (Crespo y Labrador, 1993) comprenden cuatro estadios:

- La evaluación inicial de la situación con el patrón básico de la respuesta de orientación o defensa.
- La evaluación primaria donde se juzgan las demandas de la situación, donde se distinguen tres tipos: irrelevante, positiva estresante (Lazarus y Folkman, 1984).
- La evaluación secundaria, donde el individuo determina su capacidad de actuación y valora la posesión de las habilidades suficientes para el afrontamiento.
- Selección de respuestas, determina qué conductas llevará a cabo y mediante qué proceso.

3.3.3 Moduladores de estrés

Existen diferencias significativas en los modos de afrontamiento ante las mismas demandas o estresores. Michembaum y Turk (1982) establecieron las tipologías de afrontamiento no adecuadas, como presentar un patrón bajo autoreferente centrándose más en el problema que en ellos mismos, percibirse como poco autoeficaces, y ser negativistas, negando la existencia de problemas puedan o no hacerles frente.

Autores como Labrador (1992) ponen de manifiesto los factores cognitivos como determinantes en la respuesta de estrés donde la evaluación subjetiva es mediadora entre los estímulos y las respuestas, y posteriormente Sarafino (1999) entiende el estrés como un estado que aparece cuando las transacciones persona-ambiente dan lugar a que el individuo perciba una discrepancia entre las demandas del ambiente y sus recursos por lo que la percepción de ese estrés es determinante con respecto a la respuesta dada.

La investigación más reciente apoya que variables como el optimismo, la sensación de control, y la baja percepción de la propia vulnerabilidad y riesgo, disminuyen el estrés, pues facilitan la elección de las respuestas más adecuadas a la situación específica a la que se encuentran. (Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León, y Gonzalez-Jareño, 2006; Ortiz, Ramos, y Vera-Villaruel, 2003).

3.3.4 Comorbilidad y efectos del estrés

Cuando la respuesta de estrés pasa de ser aguda a crónica, se facilita la aparición con alta frecuencia de trastornos fisiológicos; dada la activación del organismo a este nivel se distinguen tres ejes de actuación y afectación (Everly, 1989), (ver Tabla 10).

Tabla 10.

Efectos del estrés según eje de afectación.

Eje	Efectos principales
Neural	Afectación de la musculatura esquelética
Neuroendocrino	Afectación a órganos diana y trastornos cardiovasculares.
Endocrino	Trastornos hormonales, circulatorios, inmunosupresión y trastornos gastrointestinales.

Desde el punto de vista afectivo la respuesta de estrés se ha demostrado estar relacionada tanto como causa y consecuencia de otros trastornos emocionales como la ansiedad o depresión, bien por inicio de un trastorno emocional que se convierta en estresor o bien como consecuencia del agotamiento emocional producido por el estrés que desemboca en el desarrollo de estos. También los trastornos del sueño y afectación en la conducta sexual, tanto en la disminución de deseo como en la potencia y frecuencia de la respuesta, están directamente relacionados con la presencia de estrés (Crespo y Labrador, 2003; Justel, Bentosela, y Mustaca, 2009; Sánchez, 2002; Valdés y Flores, 1990).

4 Corolario

El conocimiento previo aportado por la Psicología mediante estudios científicos, sobre todo en la rehabilitación y superación de patologías personales y sociales, es base indiscutible además de necesaria para el desarrollo de nuevas aplicaciones terapéuticas.

Se hace imprescindible partir en el presente trabajo del estudio previo de cuestiones como la etapa de motivación personal en la que se encuentra un individuo, estudiando de forma secuencial los estadios en los que se encuentra y su relación con cambios de conducta como propone Diclemente (1991), así como de modelos de optimismo disposicional que nos plantean una estructura que se relaciona en mayor o menor medida con un estilo más adaptativo de afrontamiento de estrés, con menor presencia de síntomas depresivos y un estado de salud más saludable.

Por otro lado, la salud se estudia desde diversas perspectivas. Nosotros hemos tenido en cuenta el conocimiento aportado hasta ahora acerca del estado general, el funcionamiento psicosocial y, por supuesto, la satisfacción vital como variables fundamentales a tener en cuenta para estudiar un concepto de salud lo más completo posible.

El siguiente aspecto a tener en cuenta son las variables relacionadas con la psicopatología clínica. Para ello, hemos partido de tratamientos y programas empíricamente validados para la depresión, como por ejemplo de Beck (1976) y sus componentes específicos, como la reestructuración cognitiva o el aumento de los reforzadores, así como también para los trastornos de ansiedad y técnicas como las terapias de exposición, etc.. Junto a ello, se agregan las teorías relativas al estrés y las variables que lo modulan, debiéndose mencionar además las intervenciones propuestas, como la inoculación de estrés, planificación de estrategias de solución de problemas y actividades que disminuyen la activación fisiológica.

Una vez establecidas las bases, es interesante ocuparse de otro tipo de estrategias, que lejos de intentar sustituir las previamente mencionadas, tratan de potenciarlas aumentando el bienestar psicológico, como pueden ser el

establecimiento de fortalezas personales y su potenciación, así como la mejora de los recursos personales para el afrontamiento de la vida. Para analizar su eficacia, es determinante establecer programas de intervención específicos que aporten fiabilidad a estas intervenciones.

El objetivo del presente estudio es generar un programa que, junto con la práctica de estrategias que han demostrado su eficacia previa, aunarlas a nuevas aportaciones pertenecientes a la denominada Psicología Positiva, dividiéndolas en objetivos específicos estructurados, impartidas en módulos en sesiones independientes. Este enfoque nos permite estudiar la eficacia de cada uno de ellos por separado y valorar la influencia de los mismos en aspectos de actitud frente al cambio, optimismo, salud y psicopatología.

MARCO EMPÍRICO

1 Introducción

A lo largo de esta segunda parte se presentan los resultados, análisis y conclusiones de una investigación empírica que evalúa la eficacia de la aplicación de un programa basado en estrategias de psicología positiva. Su objetivo fundamental es determinar el grado de utilidad del programa diseñado e implementado, así como conocer qué componentes específicos del mismo resultan de mayor efecto, tanto en población clínica como en no clínica.

El programa aplicado fue el mismo para todos los grupos, con el mismo formato, doce sesiones de dos horas de duración, con sesiones semanales de objetivos independientes. Este tipo de programas de psicología positiva ha mostrado eficacia en el pasado en otro tipo de aplicaciones como en el caso del programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos (Remor, Amorós, y Carrobles, 2010). En esta misma línea, el presente estudio pretende obtener conclusiones acerca de la aplicación de un programa dentro del tratamiento de los trastornos emocionales. Para este fin, se contó con tres muestras: 1) Grupo control A o Grupo A, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla (US), 2) Grupo control B o Grupo B, personal tanto docente como no docente de la US, y 3) Grupo diana, clínico o Grupo C, formado por población proveniente de la práctica clínica privada, los cuales habían padecido un trastorno emocional de tipo depresivo o ansioso pero que lo habían superado al menos hacía seis meses

En cuanto a los instrumentos utilizados, se seleccionaron cuestionarios que se distribuyeron individualmente a los participantes, y se realizó una entrevista clínica previa para determinar el grado, presencia o ausencia de trastorno mental. Se estudiaron variables como la salud general, actividad general, recursos psicológicos las fortalezas, el optimismo, la ansiedad, la depresión, satisfacción con la vida, estrés percibido e intención de cambio.

En suma, este trabajo pretende detectar qué variables y qué técnicas enfocadas en objetivos concretos son eficaces en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión en remisión.

2 Objetivos e hipótesis

El objetivo general es determinar la eficacia de un programa de intervención basado en estrategias de psicología positiva, así como identificar los factores implicados en los cambios emocionales más relevantes en un grupo de estudiantes universitarios, otro de trabajadores de la universidad y un último grupo de participantes con alta clínica tras haber superado un trastorno psicológico.

Se utilizó el siguiente sistema de abreviaturas para facilitar el proceso de análisis:

ÁREAS:

Cambio: optimismo y motivación.

Salud: estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar.

Psicopatológicas: sintomatología de ansiedad, depresión y estrés percibido.

Potencialidades fortalezas y recursos.

VARIABLES:

EEIAF: Estado antes, después de las sesiones, interés y utilidad.

LOT: Optimismo.

URICA: Motivación al cambio

EEAG: Actividad general

GHQ-C: Funcionamiento psicosocial.

SWLS: Satisfacción vital.

BAI: Síntomas de Ansiedad

BDI: Síntomas de Depresión

PSS: Estrés percibido

VIA: Fortalezas

VIA N: Número de fortalezas.

IRP: Recursos personales.

GRUPO:

GA: estudiantes

GB: trabajadores

GC: clínico

GT: total

CONTENIDO DE LAS SESIONES:

1: Psicoeducación

2: Relajación

3: Autocontrol emocional

4: Aprovechamiento

5: Comunicación Positiva

6: Autoconcepto

7: Asertividad

8: Pensamiento positivo

9: Agradecimiento y perdón

10: Optimismo

11: Perspectiva vital

12: Revisión de técnicas

2.1 Objetivos específicos e hipótesis

Objetivo 1.

Estudiar la influencia de la condición grupo sobre las distintas variables estudiadas en las áreas de cambio (motivación al cambio y optimismo), salud (actividad general, funcionamiento social, y satisfacción), psicopatológicas (síntomatología de ansiedad, depresión y estrés) y, por último, potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos).

H1.1

Con respecto a la motivación al cambio (URICA), el grupo clínico se encontrará en un estadio más próximo a "acción".

H1.2

Es esperable que en los indicadores relacionados con salud (Estado general, EEAG; funcionamiento psicosocial, GHQ-C; y satisfacción vital, SWLS) las puntuaciones sean similares, mostrando una ligera tendencia a ser más elevadas (con mayor afectación) en el grupo de trabajadores.

H1.3

Los participantes del grupo clínico presentarán puntuaciones más elevadas en las variables psicopatológicas (síntomatología de ansiedad, BAI; depresión, BDI; y estrés, PSS), respecto a los grupos no clínicos (trabajadores y estudiantes).

H1.4

Independientemente del grupo (clínico vs no clínico), los participantes presentarán puntuaciones similares en el área de potencialidades psicológicas en las variables número de fortalezas y recursos personales.

Objetivo 2.

Conocer las diferencias existentes, tanto antes como después de la intervención, en los distintos grupos (estudiantes, trabajadores y grupo clínico) en las áreas de cambio, salud, variables psicopatológicas y potencialidades.

H2.1

Antes del programa, existirán diferencias entre los grupos en el estadio de motivación al cambio en el que se encuentran. Las diferencias se diluirán tras el programa, encontrándose todos en el mismo estadio.

H2.2

Es esperable que, en los dos momentos de medida, el grupo de trabajadores muestre puntuaciones que denoten mayor afectación en las variables del área de salud (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar) que el grupo de estudiantes y el clínico.

H2.3

Las variables psicopatológicas (sintomatología de ansiedad, depresión y estrés) serán las que mostrarán las diferencias significativas entre los grupos antes de la aplicación del programa. En cambio, tras la aplicación del mismo, tales diferencias tenderán a diluirse entre los grupos.

H2.4

Es esperable encontrar que en el área de las potencialidades psicológicas (número de fortalezas y recursos) no se observan diferencias significativas entre los grupos antes de la aplicación del programa. En cambio, tras la aplicación del mismo se espera encontrar diferencias entre los grupos clínico vs no clínico.

Objetivo 3.

Conocer las áreas que se muestran sensibles al cambio tras la aplicación del programa, en los distintos grupos.

H3.1

En el área de cambio (optimismo y motivación) se espera que el grupo en el que se observe una mejoría más significativa sea en el clínico. Los trabajadores también experimentarán una mejoría significativa, aunque menor que el grupo clínico. Los estudiantes mejorarán, si bien las diferencias tras la intervención no llegarán a ser significativas.

H3.2

En el área de salud (estado general, funcionamiento psicosocial y satisfacción vital) es esperable que tanto el grupo clínico como los trabajadores manifiesten una mejora significativa, aunque más notable en aquellos con tratamiento psicológico previo. Se espera que los estudiantes se mantengan en niveles similares, previos al programa.

H3.3

En el área psicopatológica (síntomas de ansiedad, depresión y estrés), se espera una mejoría significativa tanto en trabajadores como en el grupo clínico, siendo más notable esta diferencia en el segundo grupo. En los estudiantes se espera una ligera evolución favorable.

H3.4

En el área de potencialidades positivas (fortalezas y virtudes) es de esperar un cambio significativo positivo en los tres grupos, siendo mayores en el grupo clínico, ya que se parte hipotéticamente de un menor nivel de potencialidades.

Objetivo 4.

Determinar el efecto diferencial (interés y utilidad) de los componentes del programa.

H4.1

Se observarán puntuaciones no similares en los distintos grupos en la valoración de los diferentes módulos.

H4.2

Independientemente del grupo, es esperable que los módulos de mayor utilidad se asocien con un mayor interés.

H4.3

Valoraciones elevadas en interés y utilidad en módulos específicos, como autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad, agradecimiento y perdón, estarán relacionados con un aumento de la satisfacción vital posterior en los grupos no clínicos (grupo A y grupo B).

H4.4

Valoraciones elevadas en interés y utilidad en módulos específicos, como relajación, autocontrol emocional, aprovechamiento, autoconcepto y pensamiento positivo, se asociarán con una mayor satisfacción vital en el grupo C o grupo clínico posterior al programa.

Objetivo 5.

Conocer la relación entre las variables de las distintas áreas estudiadas

H5.1

Se espera que la presencia de optimismo y motivación se asocie con indicadores más saludables (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar) con una menor afectación de síntomas psicopatológicos (síntomas de ansiedad, depresión y estrés) así como mayores potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos), antes del programa en el grupo clínico.

H5.2

En general, es esperable que la presencia de las potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos psicológicos) se asocien a buenos indicadores de salud (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar).

H5.3.

En general, es esperable que las potencialidades psicológicas óptimas (fortalezas y recursos) se asocien con una afectación escasa en síntomas psicopatológicos (síntomas de ansiedad, depresión y estrés).

Objetivo 6.

Predecir qué tipo de variables explican mejor el bienestar psicológico tras la aplicación del programa.

H6.1

Se predice que la variable optimismo, así como los síntomas depresivos y ansiosos serán los que ejerzan un mayor peso sobre el bienestar psicológico en todos los grupos.

3 Método

3.1 Muestra

La muestra partió de tres fuentes diferenciadas sumando un total de 75 participantes.

El primer grupo, en adelante Grupo A, constó de 19 estudiantes de Psicología con una media de edad de 25 años (DT=6.82), de los cuales el 85% tenían 25 años o menos. Todos cursaban la asignatura de segundo ciclo de los estudios de Psicología denominada "Psicología Positiva" (actividad de Libre Configuración ofertada durante el curso académico 2012-2013). EL grupo presenta las siguientes características:

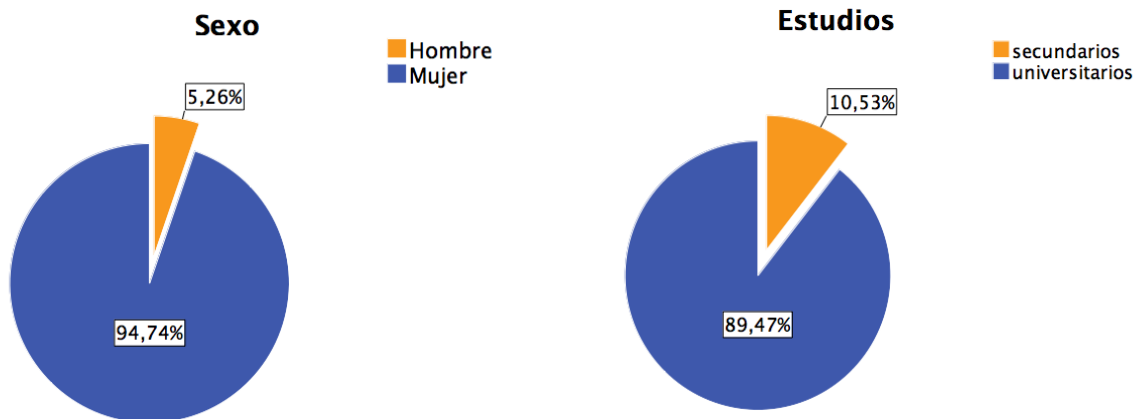


Figura 1 Distribución de género del Grupo A

Figura 2 Distribución de tipo de estudios del Grupo A

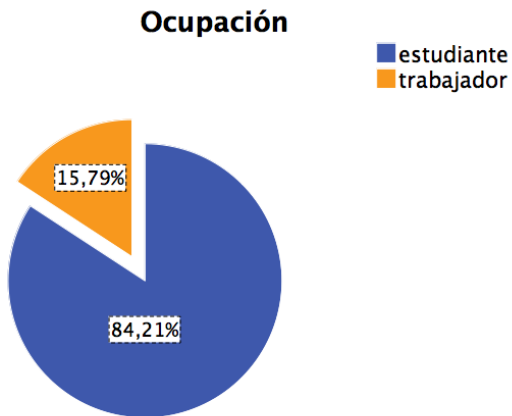


Figura 3 Distribución de la ocupación principal para el Grupo A

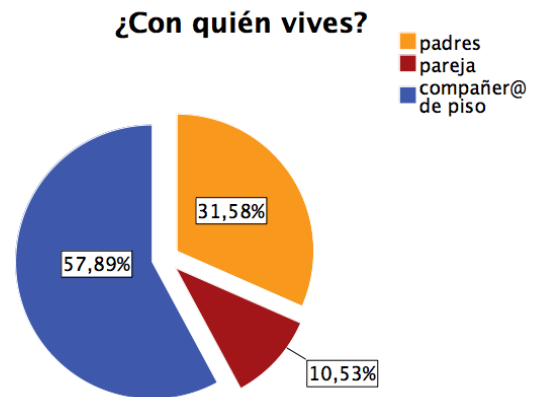


Figura 4 Distribución de la cohabitación del Grupo A.

¿Ha recibido tratamiento médico en los últimos doce meses?

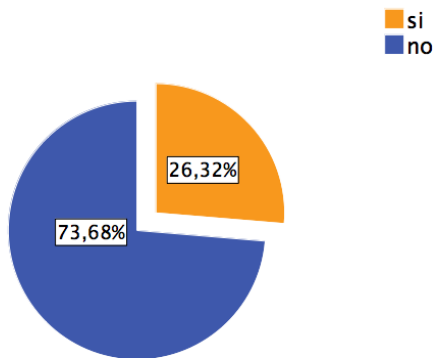


Figura 5 Distribución de personas bajo tratamiento médico del Grupo A.

Motivo tratamiento médico

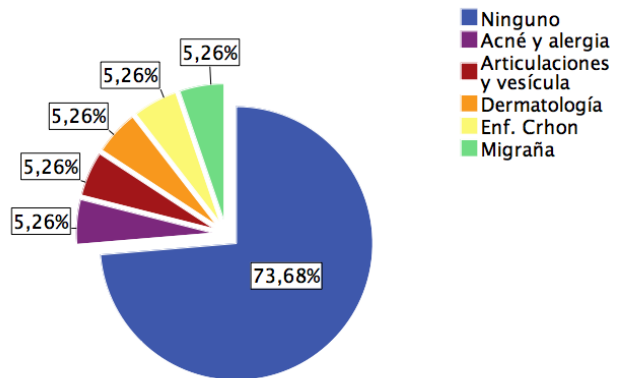


Figura 6 Distribución de motivos por los que han sido tratados médicamente en el Grupo A.

El segundo grupo o Grupo B, estaba conformado por 29 adultos con una media de edad de 44 años (DT=7.73), pertenecientes a la Universidad de Sevilla tanto en calidad de profesor, es decir, personal docente e investigador (PDI) como de no docente, es decir personal de administración y servicios (PAS) de la US. Los participantes de este grupo accedieron al programa tras el ofrecimiento del mismo como curso de formación de FORPAS (Servicio de Formación y Desarrollo del Personal de Administración y Servicios) con el título de "Psicología Positiva: Herramientas y estrategias para alcanzar el bienestar". A continuación se muestran sus características descriptivas.

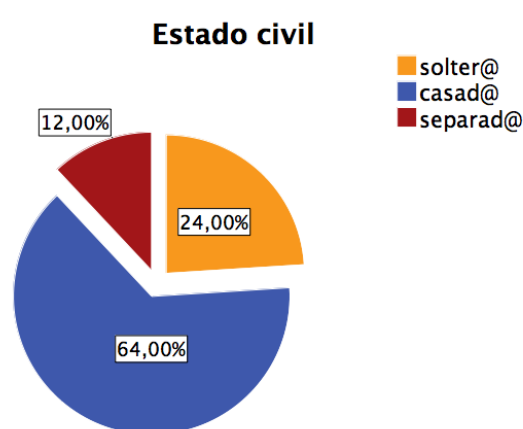
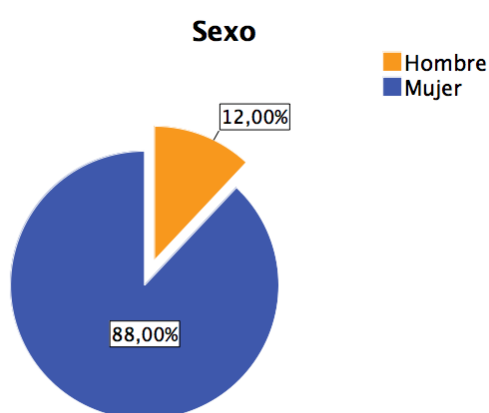


Figura 7 Distribución de género del Grupo B Figura 8 Distribución del estado civil del Grupo B

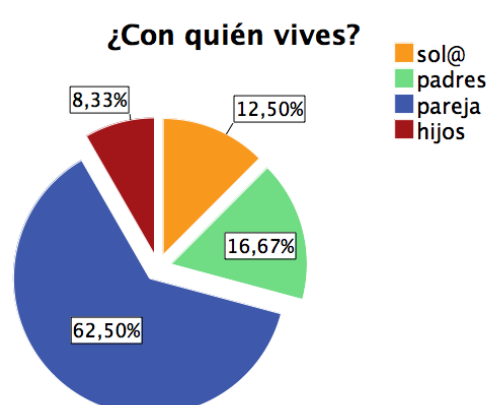
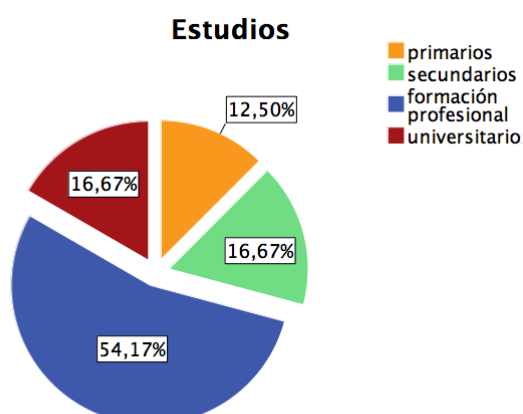


Figura 9 Distribución de los estudios realizados del Grupo B.

Figura 10 Distribución de la cohabitación del Grupo B

¿Ha recibido tratamiento médico en los últimos doce meses?

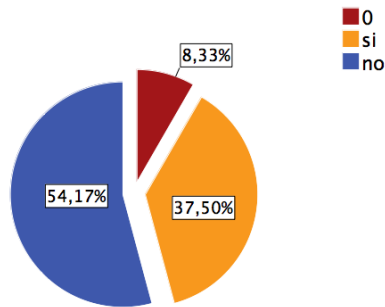


Figura 11 Distribución de personas bajo tratamiento médico del Grupo B

Motivo tratamiento médico

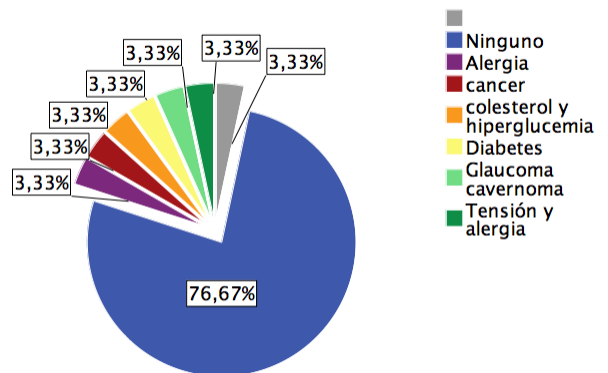
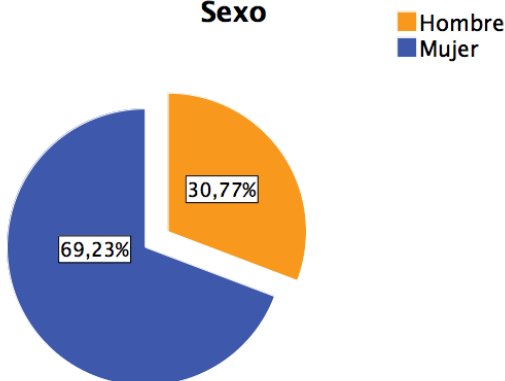


Figura 12 Distribución de motivos por los que han sido tratados médicamente en el Grupo B.

En tercer lugar, el Grupo C o grupo diana, estaba compuesto por 26 adultos con una media de edad de 44 años (DT=14.24), los cuales accedieron al programa y fueron seleccionados entre personas que acudían a centros o consultas clínicas privadas para tratamiento psicológico de tipo cognitivo-conductual, de la ciudad de Sevilla. A continuación se exponen las características de dichos participantes.

Sexo



Estado civil

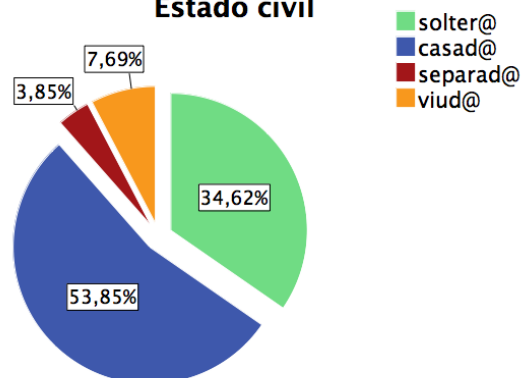


Figura 13 Distribución de género Grupo C

Figura 14 Distribución de tipo de estudios Grupo C

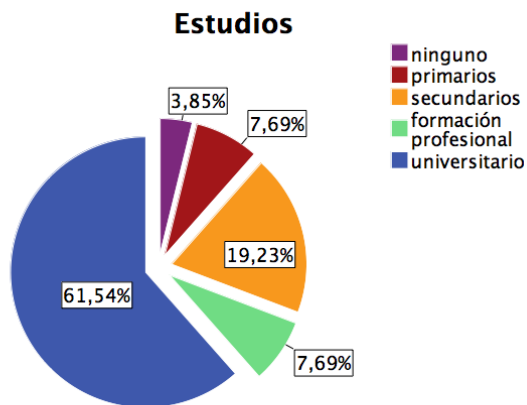


Figura 15 Distribución de los estudios realizados del Grupo C.

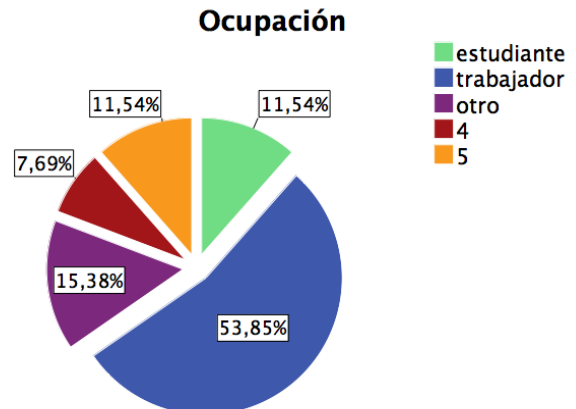


Figura 16 Distribución de la ocupación del Grupo C.

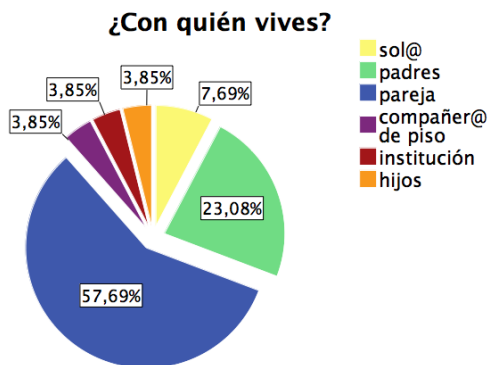


Figura 17 Distribución de la cohabitación del Grupo C.

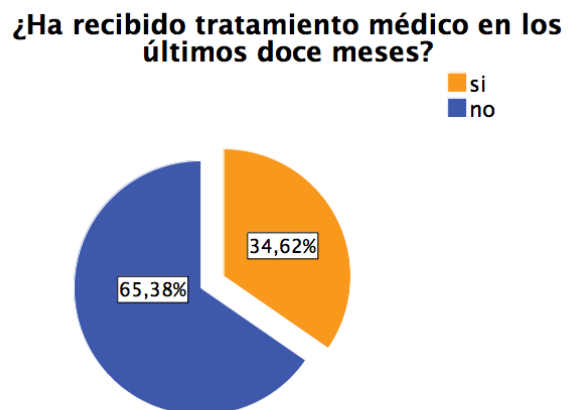


Figura 18 Distribución de personas bajo tratamiento médico del Grupo C.

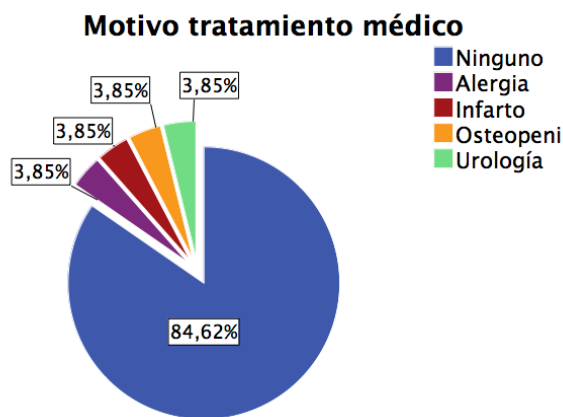


Figura 19 Distribución de motivos por los que han sido tratados médicamente en el Grupo C

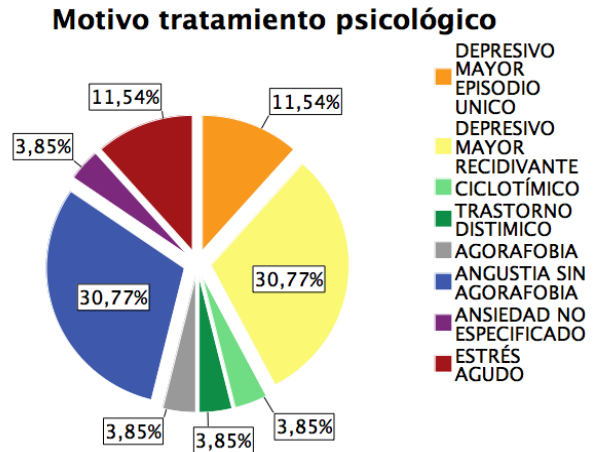


Figura 20 Distribución de motivos por los que han sido tratados psicológicamente en el Grupo C.

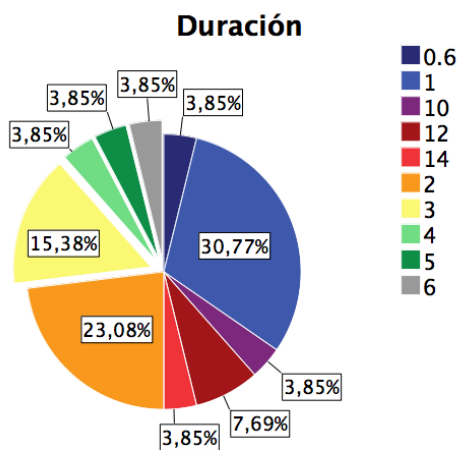


Figura 21 Distribución de la duración del tratamiento en el Grupo C.

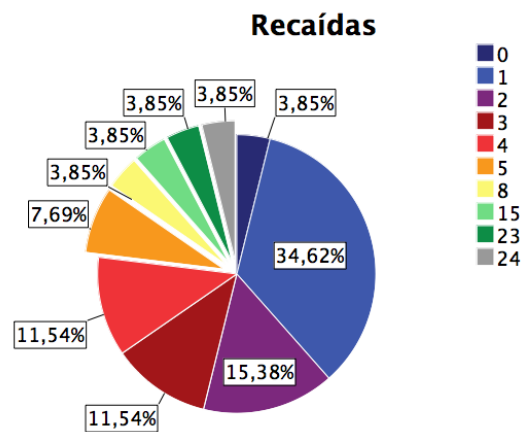


Figura 22 Distribución de las recaídas en el Grupo C

Los criterios de inclusión y mantenimiento para participar en el curso y recibir la intervención fueron diferentes para los distintos grupos. Así, los participantes pertenecientes a los Grupos A y B debían cumplir los siguientes condicionantes:

a) No cumplir criterios diagnósticos para ningún trastorno tipificado en DSM-IV TR (APA, 2000).

b) Cumplir los cuestionarios y tareas propuestas así como compromiso de asistencia.

c) Dar su consentimiento firmado para la participación en el presente estudio.

Para el Grupo C los criterios de inclusión y mantenimiento fueron los siguientes:

a) Haber padecido en, al menos, los últimos 12 meses un trastorno tipificado en DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000) como:

1) Trastornos del estado del ánimo:

- Episodio depresivo mayor:

- F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único
- F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante
- F34.1 Trastorno distímico

- Episodio maníaco

- Episodio mixto

- Episodio hipomaníaco

- Trastornos bipolares:

- F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único
- F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco
- F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco
- F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto
- F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo

- F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado
- F31.8 Trastorno bipolar II
- F34.0 Trastorno ciclotímico

2) Trastornos de ansiedad:

- Crisis de Pánico (Crisis de Angustia)
- Agorafobia
 - F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia
 - F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia
 - F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- F40.02 Fobia específica- F40.1 Fobia social
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático
- F43.0 Trastorno por estrés agudo
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

b) No cumplir criterios diagnósticos para ningún otro trastorno recogido en DSM-IV TR.

c) Haber estado en tratamiento cognitivo-conductual en los últimos seis meses.

d) Estar actualmente en alta clínica,

e) Cumplimentar los cuestionarios y tareas propuestas, así como compromiso de asistencia.

f) Dar su consentimiento firmado para la participación en el presente estudio.

3.2 Terapeuta

La evaluación y discriminación de todos los participantes, así como la organización y dirección de las sesiones del programa fueron llevadas en su totalidad por la autora del presente trabajo, bajo la supervisión de una de sus directoras de Tesis, la cual presenta amplia experiencia clínica, así como formación específica en las materias versadas tanto en evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos de tipo ansioso y depresivo.

3.3 Diseño

Diseño cuasiexperimental factorial mixto, con dos variables independientes: una variable intrasujeto, que es la aplicación del programa basado en psicología positiva, con dos niveles pre y post; y otra variable intersujetos en cuatro niveles, que son las diferentes áreas evaluadas (motivación, salud, psicopatología, potencialidades psicológicas). (Arnau, 1995; Montero y León, 2007)

3.4 Instrumentos y variables

A continuación se presentan las principales características de los instrumentos utilizados para la obtención de resultados en el presente estudio, divididos según las áreas a las que pertenecen:

3.4.1 Variables dependientes

Las variables estudiadas se han organizado según áreas de interés:

- Cambio : Estado presente antes y después del programa, motivación al cambio y optimismo.
- Salud: estado de actividad general, disfunción social y satisfacción.
- Psicopatología: ansiedad, depresión y estrés.
- Potencialidades: fortalezas y recursos.

3.4.1.1 Variables referidas al programa y al cambio

- Evaluación del estado presente antes y después de cada sesión [EEAIF]. Se realizó un cuestionario "ad Hoc" de valoración por sesiones que debía ser cumplimentado al inicio y final de la misma, con el objetivo de evaluar el estado emocional de los participantes en el momento de su llegada y al final de la sesión; así como el interés que habían despertado los contenidos tratados y la utilidad de los mismos en la sesión del presente día y en la sesión anterior. Este cuestionario estaba compuesto por cinco ítems en una escala tipo Likert de 0 a 10 (siendo 0: mal, no o nada y 10: bien, si o todo).
- Medición del pesimismo y optimismo: se utilizó el Test de Orientación Vital – Revisado [LOT-R] (Scheier, Carver, y Bridges, 1994) en la segunda versión española revisada, desarrollada por Otero, Luengo, Romero Gómez y Castro (1999), mide el optimismo/pesimismo disposicional como constructo unidimensional. Consta de 6 ítems (más 4 ítems de relleno), de los cuales 3 están redactados en sentido positivo y los otros 3 en sentido negativo, por lo que obtenemos una puntuación de optimismo y otra de pesimismo. Si se revierten los tres ítems redactados en sentido negativo obtendremos una puntuación general de optimismo disposicional. Se pregunta a los sujetos el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones como: «En tiempos difíciles, generalmente espero lo mejor». Se utiliza una escala tipo Likert con un rango de cinco puntos, desde 0 (estoy totalmente en desacuerdo) hasta 4 (estoy totalmente de acuerdo). Para la obtención de las puntuaciones se realiza el sumatorio de las puntuaciones dadas en cada uno de los ítems. Los ítems de enunciados negativos (3, 7 y 9), se codifican revertidos antes de la puntuación; luego se suman a esos ítems los ítems positivos (1, 4 y 10), por lo que el rango de puntuaciones pueden oscilar de 0 a 24. La interpretación de los resultados se realiza de la siguiente manera: 0-4 puntos= muy pesimista; 5-8 puntos = pesimista; 9-15 puntos = medio; 16-20 puntos = optimista; y 21-24 puntos = muy optimista. En el momento pre se obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .53 y .57 para las tres muestras, y entre .33 y .59 en el momento post.

- Disposición al cambio, propuesto por Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico: se utilizó para su evaluación el cuestionario de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island [URICA] (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992). Se trata de un autoinforme en el que la formulación de cada uno de los diferentes ítems no hace referencia a una conducta problema concreta sino genéricamente al término “problema” que el evaluador habrá definido previamente con la persona sujeto. Está compuesto por cuatro subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) que se corresponden con el estadio o etapa en que se encuentra el sujeto frente al problema. Cada subescala está compuesta de ocho ítems. Los ítems consisten en frases en las que la persona debe indicar su grado de acuerdo con las mismas en una escala tipo Likert con un rango de cinco puntos, desde 1 (completamente en desacuerdo) hasta 5 (completamente de acuerdo). El sistema de corrección es categórico. A partir del sumatorio de las puntuaciones de los ítems que componen cada subescala se obtiene una puntuación en cada uno de los cuatro estados o etapas de cambio, lo que permite saber en cuál de ellos sobresale la puntuación de la persona. En el momento pre se obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .67 y .65 y en el momento posterior entre .79 y .92.

3.4.1.2 Variables referidas a la salud y estado general

- Estado general de salud: valorado mediante el cuestionario de salud general [GHQ-28] (Goldberg, 1996). La versión utilizada de veintiocho ítems, contiene cuatro subescalas de siete ítems cada una. Cada subescala mide: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión). Para determinar la puntuación se pueden usar tres métodos: 1. Asignar los valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d); 2. Determinar el número de síntomas presentes y asignar los valores a las respuestas de 0, 0, 1 y 1, y 3. Dividir los ítems en dos apartados que hacen referencia a salud y

enfermedad. El punto de corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso). En el momento pre se obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .32 y .91 y en el post entre .55 y .65.

- Funcionamiento psicosocial: medido mediante la escala de evaluación de la actividad general [EEAG] (American Psychiatric Association, 2000). Instrumento empleado en el eje V del DSM-IV para la evaluación de la actividad general. Es una escala compuesta por un solo elemento que se valora de 0 a 100 puntos, en la que 0 = información inadecuada, y 100 = satisfacción, en una amplia gama de actividades.
- Satisfacción vital: valorada a través de la escala de satisfacción con la vida [SWLS] (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985). Escala compuesta por cinco ítems que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. Los valores de respuesta oscilan desde 0 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). La interpretación de los resultados se ha categorizado de la siguiente manera: 0-7 puntos = satisfacción baja, 8-13 puntos = satisfacción media y 14-20 puntos = satisfacción elevada. En el momento pre se obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .83 y .87 y en el momento posterior entre .69 y .91

3.4.1.3 Variables psicopatológicas

- Estado de ánimo deprimido: medido mediante el inventario de depresión de Beck [BDI] (Beck y Steer, 1993b). Evalúa la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Presenta 21 ítems los cuales se valoran desde 0 hasta 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. La interpretación de los resultados se ha categorizado de la siguiente manera: 0-9 = ausencia de depresión, 10-16 = depresión leve, 17-29 = depresión moderada, y 30-63 = depresión grave. En el momento pre se

obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .56 y .91 y en el momento posterior va entre .39 y .92.

- **Ansiedad:** valorada utilizando el inventario de ansiedad de Beck [BAI] (Beck y Steer, 1993). Evalúa la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. Cuenta con 21 ítems los cuales se valoran de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63. La interpretación de los resultados se ha categorizado de la siguiente manera: 0-7 = normal, 8-15 = ansiedad leve, 16-25 = ansiedad moderada, y 26-63 = ansiedad grave. En el momento pre se obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .85 y .93 y en la medida posterior va entre .82 y .94.
- **Apreciación de estrés:** medido mediante la escala de estrés percibido [PSS] (Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983). Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 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 total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. (adaptado por Remor, 2006). Una versión corta se pueden obtener del pool de ítems de la PSS, versión completa: La PSS-10. La puntuación de la PSS-10 se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 6,7, 8, y 9) y sumando todos los 10 ítems (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 14) La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación le corresponde un mayor nivel de estrés percibido. En el momento pre se obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .81 y .93 en el momento previo entre .86 y .91 en el posterior.

3.4.1.4 Variables referidas a potencialidades psicológicas

- Recursos generales psicológicos: valorados usando el inventario de recursos psicológicos [IRP] (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. Los ítems son tipo Likert con cuatro opciones, desde 0 (en total desacuerdo) hasta 3 (totalmente de acuerdo); a mayor puntuación se obtiene una mayor magnitud de Recursos Psicológicos con la siguiente interpretación: puntuación transferida (≤ 25 : Déficit en recursos psicológico; 50–70 Intermedia; ≥ 76 Recursos psicológicos óptimos) y puntuación directa (≤ 140 : Déficit en recursos psicológicos; ≥ 170 Recursos psicológicos óptimos). En el momento pre se obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .93 y .96 y posteriormente entre .91 y .95.
- Fortalezas personales: valoradas mediante el test breve de fortalezas [VIA, Values in Action Inventory of Strengths] (Peterson, Park, y Seligman, 2004). Mediante este instrumento se puede evaluar el grado en que una persona posee cada una de las 24 fortalezas propuestas por Seligman (2005). Se ha utilizado la versión reducida del inventario, denominado 'Test Breve de Fortalezas' compuesto por 24 ítems, cada uno de los cuales representa una fortaleza personal (Creatividad [originalidad, ingenio]; Curiosidad [interés, amante de la novedad, abierto a nuevas experiencias]; Apertura de mente [juicio, pensamiento crítico]; Deseo de aprender [amor por el conocimiento]; Perspectiva [sabiduría]; Valentía [valor]; Persistencia [perseverancia, laboriosidad]; Integridad [autenticidad, honestidad]; Vitalidad [pasión, entusiasmo, vigor, energía]; Humanidad; Amor [capacidad de amar y ser amado]; Amabilidad [generosidad, apoyo, cuidado, compasión, amor altruista, bondad]; Inteligencia social [inteligencia emocional, inteligencia personal]; Ciudadanía [responsabilidad social, lealtad, trabajo en equipo];

Justicia [equidad]; Liderazgo; Perdón y compasión [Capacidad de perdonar, misericordia]; Humildad/Modestia; Prudencia [discreción, cautela]; Autorregulación [autocontrol]; Aprecio de la belleza y la excelencia [asombro, admiración, fascinación]; Gratitud; Esperanza [optimismo, visión de futuro, orientación al futuro]; Sentido del humor [diversión]; Espiritualidad [religiosidad, fe, propósito]). Cada ítem se responde en una escala Likert con cinco opciones desde 1 (nunca/rara vez) hasta 5 (siempre). En el momento pre se obtuvo un índice de fiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach entre .78 y .92 y posteriormente va entre .84 y .94.

3.4.2 Variables independientes

Tal y como se apuntó en el apartado de diseño, dos son las variables independientes manipuladas en este trabajo: A) la intervención, que se describe a continuación en el procedimiento, y b) los grupos (A, B y C), de los cuales se puede obtener más información en el apartado previo de participantes.

3.5 Procedimiento

El curso del estudio se desarrolló según los pasos descritos a continuación. En primer lugar, mediante entrevistas individuales se determinó la idoneidad o no de la participación en el programa y su designación en los grupos correspondientes.

El segundo paso fue la evaluación inicial de los participantes y el cumplimiento de los criterios de inclusión previamente explicitados. A continuación, se llevó a cabo la aplicación del programa de doce sesiones, con una periodicidad semanal en cada uno de los grupos. Finalmente, se procedió a su valoración al terminar el mismo.

Previo a la evaluación pretratamiento, los participantes cumplimentaron los siguientes documentos:

- Declaración de compromiso: se presentó y propuso un reconocimiento personal de la disposición de cumplir con la asistencia reglada,

cumplimentación de cuestionarios en los momentos requeridos y la ejecución y práctica de las tareas propuestas entre las sesiones del programa (ver Anexo 1).

- Hoja de información: Se facilitó un documento con el objeto de poner en conocimiento de los participantes los objetivos y metodología del estudio, así como el carácter voluntario de su participación en el mismo y el compromiso del tratamiento de los datos personales según la Ley de Protección vigente (Ver Anexo 2a).
- Consentimiento informado: Escrito en el que se plantea que los participantes han sido suficientemente informados y aclaradas sus dudas aceptan su participación en el curso y el tratamiento de los datos obtenidos para su uso en la investigación descrita, pudiendo ejercer en cualquier momento su derecho de retirada de los mismos (Ver Anexo 2b).
- Datos descriptivos. Cuestionario realizado ad Hoc, donde se recogen los principales datos sociodemográficos y de su historia clínica previa (Ver Anexo 3).

3.5.1 Reclutamiento de participantes y asignación a grupos

El reclutamiento de los participantes se realizó siguiendo una metodología intencional dado que dependiendo de la muestra existieron unos criterios preestablecidos para poder optar a participar en el programa.

La distribución se hizo de manera diferente en cada uno de los grupos, pero con todos los participantes se tuvo una entrevista personal en la que se valoraba la idoneidad de su participación en el programa.

En el Grupo A, la asignación de los participantes fue no aleatoria, dado que se presentó como asignatura optativa de la Facultad de Psicología, de modo que todos aquellos que se matricularon conocían previamente el contenido del curso y su implicación práctica en la materia, participando en el programa en la totalidad de las sesiones. La entrevista inicial sirvió para descartar aquellos individuos que no cumplieren con los requisitos. En este grupo no se realizó descarte alguno.

Con respecto al Grupo B, igualmente la asignación fue no aleatoria puesto que el programa fue propuesto como curso voluntario por el Servicio de Formación y Desarrollo del Personal de Administración y Servicios de la US, cuya inscripción en el mismo se produjo a través de la plataforma virtual de la US mediante solicitud personal, hasta cubrir la totalidad de las 30 plazas ofertadas. Se aceptaron todos los participantes y, tras la entrevista de valoración inicial tampoco hubo que descartar a ningún participante.

Para el Grupo C, desde centros y clínicas de intervención psicológica privada, se fue proponiendo a los pacientes que se encontraban en proceso de prevención de recaídas que habían sido diagnósticos en su centro de origen de trastornos psicopatológicos, bien de ansiedad o depresión. Aquellos que aceptaron se valoraron para confirmar que cumplían los requisitos necesarios.

3.5.2 Evaluación

Evaluación inicial

La evaluación inicial se realizó de manera idéntica en todos los grupos. En una sesión previa se presentaron los cuestionarios, se leyeron todos los documentos y aclararon las dudas, además se propuso un sistema de identificación anónimo para cada uno de ellos con el objeto de preservar su intimidad, de modo que sus datos personales sólo aparecieran en la hoja de consentimiento informado, hoja de compromiso y de información. En el resto del material de evaluación, sólo se indicaba el código personal para emplear el resto del curso. Se les instruyó para que recordaran su identificación personal, comprendido de dos partes: en primer lugar, la letra A, B o C, en función del grupo de referencia (A = estudiantes; B = trabajadores; C = pacientes) seguido de las cuatro últimas cifras de su número de móvil (por ejemplo: A1078 ó C 6690), sin producirse en ningún caso coincidencia entre dos o más participantes.

Se expusieron los objetivos propuestos para dichos documentos y la metodología a seguir, con la pauta de que fuesen rellenados en casa antes de comenzar la primera sesión del curso. Dicho requisito se consideró como condición imprescindible para la permanencia en el programa.

En el transcurso de la primera sesión, antes de entrar en profundidad con el objetivo específico de esta sesión, se recogieron los cuestionarios cumplimentados. Asimismo, se resolvieron las dudas que pudieran haber surgido durante la realización de los mismos.

Por otro lado, en este momento de la sesión se les entregó un cuestionario con el objetivo de conocer el grado de utilidad e interés de los contenidos trabajados en las sesiones que debía ser cumplimentado antes y después de cada una de las sesiones. Se puede ver al completo en el Anexo 4.

Intervención. Descripción del programa

Todos los grupos recibieron el tratamiento estándar, que consiste en la aplicación de doce sesiones de dos horas de duración con una periodicidad semanal.

El contenido se dirigió fundamentalmente a la mejora y potenciación de las fortalezas personales, aumento del bienestar emocional y disminución del estrés percibido.

Se presentan ejemplos de las sesiones en el Anexo 16.

Tabla 1

Descripción pormenorizada de las sesiones y sus componentes.

Sesión	Objetivos
1. Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la concienciación, motivación y el compromiso con el programa. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
2. Relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la autoeficacia y proporcionarles sensación de control. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.

3. Autocontrol emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las habilidades para formar nuevas ideas y proyectos. • Enriquecer la eficacia en las facultades vitales. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
4. Aprovechamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la capacidad de disfrute. • Sensibilización hacia la estimulación agradable. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
5. Comunicación positiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar las estrategias de comunicación hacia formas positivas. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
6. Autocon-cepto	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la auto- valoración personal. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
7. Asertividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar las habilidades comunicacionales de ideas, sentimientos o derechos de una forma asertiva. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
8. Pensamiento positivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar hacia la positividad los patrones automáticos de pensamiento. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.

9. Perdón y gracias.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y aumento de la capacidad para la remisión de la ofensa recibida. • Desarrollo y aumento de la conducta de agradecer. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
10. Optimismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Generar optimismo. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
11. Perspectiva Vital.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la perspectiva vital personal. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.
12. Revisión de técnicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión para el afianzamiento de todas las habilidades aprendidas. • Disminuir la activación psicofisiológica. • Valorar el interés y utilidad.

Evaluación final

Tras la finalización del programa de intervención se aplicó idéntica batería de instrumentos que al inicio a todos los participantes, con el objeto de obtener datos de comparación postratamiento.

3.5.3 Abandonos

En total, se produjeron dos abandonos en la evaluación postratamiento. Uno en el grupo A, de estudiantes, cuya justificación estaba relacionada con la falta de tiempo para cumplimentar los cuestionarios, por encontrarse en periodo de exámenes. Por tanto, de los 20 participantes iniciales, se recogieron los cuestionarios de 19, si bien éste asistió a la totalidad de las sesiones.

El abandono que se produjo en el grupo B, de trabajadores fue justificado por la incompatibilidad con el horario de asistencia por motivos de organización familiar, asistiendo a la mitad del curso.

3.6 Análisis de datos

A continuación se explicitan los análisis estadísticos utilizados para cada uno de los objetivos e hipótesis abordados.

Previamente, se depuró la base de datos y se comprobó que no existían datos atípicos, es decir, que no existía en ninguna variable sujetos con puntuaciones, en valores absolutos, a más de 3 desviaciones tipo de la media (más allá de aquellos que podían considerarse dentro de la normalidad de las posibles respuestas de los participantes). Así mismo, se comprobó mediante la prueba MCAR de Little que los valores perdidos fueran totalmente aleatorios y no siguieran un patrón definido.

Objetivo1.

Estudiar la influencia de la condición grupo sobre las distintas variables estudiadas en las áreas de cambio (motivación al cambio y optimismo), salud (actividad general, funcionamiento social, y satisfacción), psicopatológicas (síntomatología de ansiedad, depresión y estrés) y, por último, potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos).

H1.1

Con respecto a la motivación al cambio (URICA), el grupo clínico se encontrará en un estadio más próximo a "acción".

H1.2

Es esperable que en los indicadores relacionados con salud (Estado general, EEAG; funcionamiento psicosocial, GHQ-C; y satisfacción vital, SWLS) las puntuaciones sean similares, mostrando una ligera tendencia a ser más elevadas (con mayor afectación) en el grupo de trabajadores.

H1.3

Los participantes del grupo clínico presentarán puntuaciones más elevadas en las variables psicopatológicas (síntomatología de ansiedad, BAI; depresión, BDI; y estrés, PSS), respecto a los grupos no clínicos (trabajadores y estudiantes).

H1.4

Independientemente del grupo (clínico vs no clínico), los participantes presentarán puntuaciones similares en el área de potencialidades psicológicas en las variables número de fortalezas y recursos personales.

Para analizar este objetivo se llevaron a cabo análisis descriptivos en base a la naturaleza de las variables estudiadas. La mayoría de las variables, al ser de tipo cuantitativo, se analizaron mediante la media y su desviación típica; salvo en el caso de la variable URICA que al ser una variable ordinal, interesó más analizar la frecuencia de respuesta en cada una de sus categorías.

Objetivo 2.

Conocer las diferencias existentes, tanto antes como después de la intervención, en los distintos grupos (estudiantes, trabajadores y grupo clínico) en las áreas de cambio, salud, variables psicopatológicas y potencialidades.

H2.1

Antes del programa, existirán diferencias entre los grupos en el estadio de motivación al cambio en el que se encuentran. Las diferencias se diluirán tras el programa, encontrándose todos en el mismo estadio.

Para comprobar las diferencias existentes entre dos variables categóricas se llevaron a cabo tablas de contingencia, concretamente, se analizó el valor Chi Cuadrado cuando menos del 25% de las casillas tenían una frecuencia esperada inferior a 5; en caso contrario se analizó el valor que aporta la Razón de Verosimilitudes.

En caso necesario, para comprobar el tamaño del efecto se calculó el coeficiente de contingencia (r_{ϕ}^2). El coeficiente obtenido se interpreta del siguiente modo: <.30 (tamaño de efecto pequeño), .30-.50 (tamaño de efecto mediano), > .50 (tamaño de efecto grande) (Cohen, 1992).

H2.2

Es esperable que, en los dos momentos de medida, el grupo de trabajadores muestre puntuaciones que denoten mayor afectación en las variables del área de

salud (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar) que el grupo de estudiantes y el clínico.

H2.3

Las variables psicopatológicas (síntomatología de ansiedad, depresión y estrés) serán las que mostrarán las diferencias significativas entre los grupos antes de la aplicación del programa. En cambio, tras la aplicación del mismo, tales diferencias tenderán a diluirse entre los grupos.

H2.4

Es esperable encontrar que en el área de las potencialidades psicológicas (número de fortalezas y recursos) no se observan diferencias significativas entre los grupos antes de la aplicación del programa. En cambio, tras la aplicación del mismo se espera encontrar diferencias entre los grupos clínico vs no clínico.

Para dar respuesta a estas tres hipótesis se ejecutaron análisis no paramétricos, debido al tamaño muestral de los distintos grupos. En primer lugar, se llevaron a cabo análisis con la prueba H de Kruskal Wallis para comprobar la existencia de diferencias de forma global entre los tres grupos (A, B, C) en las distintas variables dependientes medidas de forma cuantitativa. Una vez confirmada la existencia de diferencias de forma global, se procedió a realizar la prueba de U de Mann Whitney para detectar entre qué grupos exactamente existían diferencias significativas. El tamaño del efecto se calculó empleando la fórmula $r = z/\sqrt{n}$ (Rosenthal, 1991, citado en Field, 2009). El valor de r se interpreta como $<.30$ (tamaño de efecto pequeño), $.30-.50$ (tamaño de efecto mediano), $>.50$ (tamaño de efecto grande).

Objetivo 3.

Conocer las áreas que se muestran sensibles al cambio tras la aplicación del programa, en los distintos grupos.

H3.1

En el área de cambio (optimismo y motivación) se espera que el grupo en el que se observe una mejoría más significativa sea en el clínico. Los trabajadores también experimentarán una mejoría significativa, aunque menor que el grupo clínico. Los estudiantes mejorarán, si bien las diferencias tras la intervención no llegarán a ser significativas.

H3.2

En el área de salud (estado general, funcionamiento psicosocial y satisfacción vital) es esperable que tanto el grupo clínico como los trabajadores manifiesten una mejora significativa, aunque más notable en aquellos con tratamiento psicológico previo. Se espera que los estudiantes se mantengan en niveles similares, previos al programa.

H3.3

En el área psicopatológica (síntomas de ansiedad, depresión y estrés), se espera una mejoría significativa tanto en trabajadores como en el grupo clínico, siendo más notable esta diferencia en el segundo grupo. En los estudiantes se espera una ligera evolución favorable.

H3.4

En el área de potencialidades positivas (fortalezas y virtudes) es de esperar un cambio significativo positivo en los tres grupos, siendo mayores en el grupo clínico, ya que se parte hipotéticamente de un menor nivel de potencialidades.

Para comprobar este objetivo en su totalidad, con sus respectivas hipótesis, se ha llevado a cabo la prueba de ANOVA Mixto para comparar la existencia de diferencias en las distintas variables dependientes en función del momento de medida (previa o posteriormente a la intervención), de los diferentes grupos (A, B y C) y también en base a la interacción entre el momento de medida y el grupo. Se eligió esta estrategia robusta de análisis al cumplirse los supuestos para ejecutar el modelo, y dado que contábamos con una variable entre-grupos (grupo) y una intra-grupo (momento).

Durante el análisis fue necesario valorar varios supuestos que no se comentan en los resultados para facilitar su lectura, pero que se llevaron a cabo de la forma que se explicita a continuación en todos los casos. En primer lugar, la igualdad de

matrices de varianzas-covarianzas mediante la prueba de Box. Dicha prueba se refiere a un supuesto que se da en este tipo de diseños, el de igualdad de matrices de varianzas-covarianzas o esfericidad. Para cada nivel de la variable entresujetos tenemos una matriz de varianzas-covarianzas, es decir, en nuestro caso tendremos una matriz para los estudiantes, otra para los trabajadores y otra para el grupo clínico. Partiendo de ello, el supuesto de homogeneidad asume que las k (en nuestro caso 3) matrices son idénticas a nivel poblacional. En el caso de que aceptemos la hipótesis nula (valor de significación obtenido $> .05$), concluimos que son estadísticamente iguales y por tanto no es necesario aplicar ninguna corrección. El caso contrario implicaría la violación de este supuesto y supone la necesidad de ajustar los grados de libertad de la F teórica de contraste utilizando los valores de ϵ aportados por Greenhouse-Geisser (G-G) o bien por Huynh-Feldt (H-F). Girden (1992) recomienda: cuando ϵ es $> .75$ debería aplicarse la corrección de Huynh-Feldt, y cuando ϵ es $< .75$ o no se aporta el valor de esfericidad debería aplicarse la corrección de Greenhouse-Geisser.

En nuestro caso, la salida del programa estadístico no proporciona el valor de esfericidad cuando se tienen sólo dos niveles del factor intrasujetos (momento previo y posterior), ya que teóricamente siempre se cumple el criterio de esfericidad en este caso y, por tanto, es innecesario evaluarlo. Así, se analizó el valor de esfericidad asumida.

Una vez analizado este supuesto, se procede a considerar la significación de los efectos principales (momento y grupo) y de la interacción entre ambos a partir del valor de la significación de las F s ajustadas mediante esfericidad asumida. Un valor de significación (p) menor o igual que $.05$ suponía la existencia de diferencias significativas. El tamaño de efecto se analizó mediante el coeficiente η^2_p (eta-cuadrado parcial), el cual se interpreta del siguiente modo (Cohen, 1988): $.01 - .06$ (efecto pequeño); $> .06 - .14$ (efecto medio); $> .14$ (gran efecto).

Así mismo, también se comprobó el supuesto de igualdad de las varianzas para la variable entresujetos (grupo) mediante el estadístico de Levene. Un valor de significación (p) mayor o igual que $.05$ suponía el cumplimiento de este supuesto.

Para completar el análisis de las hipótesis y comprobar si, simplemente, había diferencias en cada grupo entre el momento previo y posterior a la intervención se utilizó la prueba Suma de Rangos de Wilcoxon, prueba no paramétrica que analiza las diferencias en una variable medida en los momentos distintos. Un valor de

significación (p) menor o igual que .05 suponía la existencia de diferencias significativas entre ambos momentos.

Cabe mencionar que para la variable URICA no fue posible llevar a cabo este procedimiento, ya que estaba medida de forma ordinal. En este caso, se utilizó un análisis homólogo a la prueba Suma de Rangos de Wilcoxon pero para variables ordinales, la Prueba de Friedman.

Objetivo 4.

Determinar el efecto diferencial (interés y utilidad) de los componentes del programa.

H4.1

Se observarán puntuaciones no similares en los distintos grupos en la valoración de los diferentes módulos.

Para dar respuesta a estas hipótesis se analizaron, además de estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas y porcentajes) las pruebas, comentadas previamente, H de Kruskal Wallis y, posteriormente, U de Mann Whitney. Así mismo, el tamaño del efecto se calculó empleando la fórmula $r = z/\sqrt{n}$ (Rosenthal, 1991, citado en Field, 2009). El valor de r se interpreta como $<.30$ (tamaño de efecto pequeño), $.30-.50$ (tamaño de efecto mediano), $>.50$ (tamaño de efecto grande).

H4.2

Independientemente del grupo, es esperable que los módulos de mayor utilidad se asocien con un mayor interés.

H4.3

Valoraciones elevadas en interés y utilidad en módulos específicos, como autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad, agradecimiento y perdón, estarán relacionados con un aumento de la satisfacción vital posterior en los grupos no clínicos (grupo A y grupo B).

H4.4

Valoraciones elevadas en interés y utilidad en módulos específicos, como relajación, autocontrol emocional, aprovechamiento, autoconcepto y pensamiento positivo, se asociarán con una mayor satisfacción vital en el grupo C o grupo clínico posterior al programa.

Objetivo 5.

Conocer la relación entre las variables de las distintas áreas estudiadas

H5.1

Se espera que la presencia de optimismo y motivación se asocie con indicadores más saludables (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar) con una menor afectación de síntomas psicopatológicos (síntomas de ansiedad, depresión y estrés) así como mayores potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos), antes del programa en el grupo clínico.

H5.2

En general, es esperable que la presencia de las potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos psicológicos) se asocien a buenos indicadores de salud (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar).

H5.3.

En general, es esperable que las potencialidades psicológicas óptimas (fortalezas y recursos) se asocien con una afectación escasa en síntomas psicopatológicos (síntomas de ansiedad, depresión y estrés).

En este caso, para responder a los objetivo 4 y 5 se han ejecutado análisis de correlaciones. Cuando las dos variables analizadas eran de tipo cuantitativo se utilizó la correlación de Pearson; y cuando al menos una de ellas era de tipo ordinal se usó la correlación de Spearman. Posteriormente, para comprobar el tamaño del efecto, el valor de r se interpretó como: $<.30$, tamaño de efecto pequeño; $.30-.50$, tamaño de efecto mediano; $>.50$, tamaño de efecto grande (Cohen, 1992).

Objetivo 6.

Predecir qué tipo de variables explican mejor el bienestar psicológico tras la aplicación del programa.

H6.1

Se predice que la variable optimismo, así como los síntomas depresivos y ansiosos serán los que ejerzan un mayor peso sobre el bienestar psicológico en todos los grupos.

Para comprobar esta hipótesis se llevaron a cabo análisis de regresión lineal por cada tipo de muestra (A, B y C), si bien previamente se comprobaron los siguientes supuestos: a) Tipo de variables: todas las variables incluidas fueron cuantitativas; b) Varianzas distintas de 0 en todos los predictores; c) Ausencia de multicolinealidad: esto implica que no haya relaciones lineales perfectas o con alta correlación entre dos variables. Niveles de tolerancia superiores a 0.10 y niveles de FIV inferiores a 10 se consideran óptimos para asegurar el cumplimiento de este supuesto; d) Homocedasticidad: su posible influencia se controló realizando modelos predictivos para cada grupo de participantes; e) Independencia de los errores: medidos a través del valor de Durbin-Watson (valores cercanos a 2 se consideran óptimos); f) Linealidad: se analizó la linealidad a través de la observación de los gráficos de diagrama de dispersión entre las variables que habían resultado significativas en el estudio de las correlaciones; g) Normalidad: medida a través del estadístico de Shapiro-Wilk (específico para muestras pequeñas).

Posteriormente, para determinar las variables que (dentro de las hipotetizadas) entrarían en el análisis, se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson. El método empleado para llevar a cabo el análisis de regresión lineal fue el de introducir (cuando solo había una VI que había mostrado una correlación significativa con la VD) o el método de pasos sucesivos (cuando había más de una VI). Finalmente, se valoró el % de varianza explicada por el modelo (R^2 corregida), la significación de los parámetros y el modelo global, así como los coeficientes de la recta de regresión.

4 Resultados y discusión

Objetivo 1.

Estudiar la influencia de la condición grupo sobre las distintas variables estudiadas en las áreas de cambio (motivación al cambio y optimismo), salud (actividad general, funcionamiento social, y satisfacción), psicopatológicas (síntomatología de ansiedad, depresión y estrés) y, por último, potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos).

H1.1

Con respecto a la motivación al cambio (URICA), el grupo clínico se encontrará en un estadio más próximo a “acción”.

Tal y como se puede observar en la tabla 2, los datos indican que los tres grupos, estudiantes (A), trabajadores (B) y muestra clínica (C) presentan mayor porcentaje de participantes en un estadio de motivación cercano a la acción, en contemplación (82.4%, 66.7% y 69.2%, respectivamente).

Tabla 2

Porcentaje de participantes por estadio de motivación al cambio (URICA)

		Grupo			Total
		A	B	C	
URICA	N	0	1	0	1
	Precontemplación				
	% dentro de grupo	0.0%	3.3%	0.0%	1.4%
	N	14	20	18	52
	Contemplación				
	% dentro de grupo	82.4%	66.7%	69.2%	71.2%
	N	3	8	7	18
	Acción				
	% dentro de grupo	17.6%	26.7%	26.9%	24.7%
	Recuento	0	1	1	2
Mantenimiento					
% dentro de grupo	0.0%	3.3%	3.8%	2.7%	

Nota. N= número de participantes

Por tanto, se acepta la hipótesis propuesta, ya que todos los grupos, incluido el clínico, se encuentran en el estadio más cercano a la acción.

Este resultado se justifica dado que tanto el Grupo A como el Grupo B tienen razones ajenas al desarrollo personal para participar en el programa de intervención, como cumplimentar una asignatura para el primer caso y realizar un curso de formación en el segundo, por lo que era esperable que se encontrasen en un estado del modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992) más cercano a la precontemplación (en el cual no hay intención para el cambio de conducta) o contemplación (dónde la persona piensa en la posibilidad de ser activo físicamente en un futuro cercano). También es coherente este resultado en el grupo C, el cual proviene de un proceso psicoterapéutico donde se trabaja precisamente la modificación de su conducta, experiencias y ambiente para iniciar nuevos patrones.

H1.2

Es esperable que en los indicadores relacionados con salud (estado general, EEAG; funcionamiento psicosocial, GHQ-C; y satisfacción vital, SWLS) las puntuaciones sean similares, mostrando una ligera tendencia a ser más elevadas (con mayor afectación) en el grupo de trabajadores.

En virtud de los datos observados (ver Tabla 3), puede afirmarse que es el grupo clínico el que muestra puntuaciones que denotan mayor afectación en la salud, tanto en actividad general, en satisfacción como en funcionamiento psicosocial ($M=62.31$, $DT=16.08$; $M=11.58$, $DT=3.88$; $M=.89$, $DT=1.79$, respectivamente). Según el baremo del instrumento utilizado para valorar el nivel de actividad general, EEAG del manual diagnóstico DSM-IV, una puntuación entre 60 y 70 indica la existencia de síntomas o dificultades moderadas. Por otra parte una puntuación en satisfacción, según la escala de satisfacción con la vida, entre 8-13 puntos indica satisfacción media. En cuanto al funcionamiento psicosocial a menos puntuación mejor indicativo es, por debajo de 2 indica que el área no está afectada, como es este caso.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos por grupos de indicadores de salud: actividad general (EEAG), satisfacción vital (SWLS), funcionamiento psicosocial (GHQ-C)

Grupo		M	DT
A	EEAG	82.63	10.46
	GHQ -C	.89	1.79
	SWLS	13.79	3.89
B	EEAG	70.86	16.90
	GHQ-C	1.23	2.06
	SWLS	12.70	4.19
C	EEAG	62.31	16.08
	GHQ-C	2.62	2.89
	SWLS	11.58	3.88

Nota: M= media; DT= desviación típica.

La hipótesis se cumple parcialmente, ya que el grupo de trabajadores ocupa una posición intermedia entre estudiantes y grupo clínico. Por tanto no se cumple la hipótesis 1.2. La hipótesis planteada se sustentaba en estudios que demuestran que los trabajadores presentan mayor afectación en su salud y utilizan con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento de negación y desconexión conductual (Rojas y Ramos, 2013), así como, por otra parte, que los estilos de vida del personal académico de instituciones de educación superior muestran diversos riesgos a la salud por herencia o comportamiento (García-Hernández, 2009). Sin embargo, los resultados contrarios a la hipótesis planteada pueden responder a explicaciones similares obtenidas en estudios que afirman que la depresión, por ejemplo, causa mayores decrementos en la salud comparado con enfermedades crónicas, como la angina de pecho, asma, e incluso la diabetes (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, y Patel, 2007). Por otro lado también son numerosos los estudios que han concluido que los riesgos psicosociales tienen el potencial de causar daño psicológico, físico o social a los individuos, y son agentes capaces de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo e incluso fuera de él (Gil-Monte, 2009).

H1.3

Los participantes del grupo clínico presentarán puntuaciones más elevadas en las variables psicopatológicas (síntomatología de ansiedad, BAI; depresión, BDI; y estrés, PSS), respecto a los grupos no clínicos (trabajadores y estudiantes).

En cuanto al área psicopatológica se observa que es el grupo clínico el que muestra peores puntuaciones en síntomas de depresión ($M=10.50$, $DT=9.45$), ansiedad ($M=16.69$, $DT=12.56$) y estrés percibido ($M=17.92$, $DT=8.43$) (ver Tabla 4). El grupo clínico en síntomas depresivos se encuentra justo en el punto de corte de ausencia de síntomas (BDI: entre 0 y 10), con respecto a la sintomatología de la ansiedad se encuentra en niveles moderados (BAI: entre 16 y 25), que se considera el punto de corte en el cuestionario de ansiedad de Beck, mientras que el estrés percibido, al estar por debajo de los 20, según la baremación de la prueba, se entiende que se encuentra por debajo de la mitad de los puntos totales que se pueden obtener, ya que en esta prueba la puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación le corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos por grupos de área psicopatológica: síntomas de depresión (BDI), ansiedad (BAI), estrés (PSS).

Grupo		M	DT
A	BDI	3.32	2.56
	BAI	9.00	8.31
	PSS	15.11	7.42
B	BDI	8.83	9.62
	BAI	11.17	8.94
	PSS	15.62	5.12
C	BDI	10.50	9.45
	BAI	16.69	12.56
	PSS	17.92	8.93

Nota: M= media; DT= desviación típica.

La hipótesis H1.3 se cumple parcialmente, dado que es el grupo clínico que muestra puntuaciones más elevadas en sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés percibido.

El resultado obtenido se entiende lógico dado que la prevalencia de la depresión en la población general puede estimarse entre el 9 y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20 y el 25% de los pacientes que consultan al médico de familia por algún problema de salud mental, y del orden del 30% mantienen una persistente depresión (durante un año al menos, Pérez y García, 2001)). Por otro lado, las recaídas en los trastornos de ansiedad y las recurrencias son igualmente «muy naturales», del orden del 50% en un año y del 75% en 5 años, siendo más probable que ocurran en los primeros meses de la recuperación (Hammen, 1997), por lo que se puede entender que tras un tratamiento psicológico con éxito terapéutico las puntuaciones, aunque por debajo de límites clínicos, se encuentren superiores a la media poblacional.

En cuanto al estrés Sarafino (1999) lo entiende como un estado que aparece cuando las transacciones persona-ambiente dan lugar a que el individuo perciba una discrepancia entre las demandas del ambiente y sus recursos, por lo que la percepción de ese estrés es determinante con respecto a la respuesta dada. Esto explica que la población clínica, más acostumbrada a hacer exámenes introspectivos por la terapia previa, tenga una mayor conciencia de estos procesos y que, aunque no presenten puntuaciones muy elevadas, sí sean mayores que en otras poblaciones, que aunque también sometidas a estrés (como el fin de los estudios en el caso del grupo A, o sometidas a vicisitudes cotidianas como el caso de los trabajadores), no presentan puntuaciones más elevadas que el grupo C, aunque similares en el caso de los trabajadores.

H1.4

Independientemente del grupo (clínico vs no clínico), los participantes presentarán puntuaciones similares en el área de potencialidades psicológicas en las variables número de fortalezas y recursos personales.

Tal y como se observa en la tabla 5, con respecto a las potencialidades psicológicas antes de la intervención, los datos muestran que el grupo de estudiantes presenta las puntuaciones ligeramente más elevadas en cuanto a recursos personales ($M=162.42$, $DT=20.28$) en comparación al grupo de trabajadores ($M=156.63$, $DT=28.82$) y clínico ($M=144.31$, $DT=28.97$), encontrándose los tres grupos en el rango intermedio de recursos personales, (IRP: ≤ 140 bajos recursos ≥ 170 recursos óptimos). El mismo patrón se repite con el número de fortalezas, siendo mayor en estudiantes ($M=15.84$, $DT=4.34$), seguido de trabajadores ($M=12.57$, $DT=4.13$) y grupo clínico ($M=12.42$, $DT=6.10$).

Tabla 5

Estadísticos descriptivos por grupos de área de potencialidades: en número de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP).

Grupo		M	DT
A	VIAN	15.84	4.34
	IRP	162.42	20.28
B	VIAN	12.57	4.13
	IRP	156.63	28.81
C	VIAN	12.42	6.10
	IRP	144.31	28.97

Nota. M= media; DT= desviación típica.

Según los resultados obtenidos, podemos confirmar la hipótesis H1.4 planteada, dado que se esperaba que las puntuaciones fueran similares entre los tres grupos, y esto se cumple con respecto al número de fortalezas. Así, si tenemos en cuenta que el total de puntuaciones para las fortalezas es 24, los tres grupos presentan puntuaciones aglutinadas en la mitad del rango (GA:15.84, GB: 12,57 y GC: 12.42). Ocurre del mismo modo en el resto de puntuaciones de recursos personales donde hay similitud de puntuaciones entre grupos (GA:162.42; GB: 156,63; GC:144.31), dado que se encuentran los tres grupos en el rango intermedio de la valoración de la prueba.

Estos resultados se explican dado que desde el prisma de la psicología positiva las fortalezas y los recursos psicológicos son inherentes al individuo, puesto que el paisaje emocional habitual de los seres humanos es positivo. La frecuencia e intensidad de las emociones positivas es mayor que la de las negativas en cualquier edad (Charles, Reynolds y Gatz, 2001), por lo tanto no existen razones para hipotetizar a priori que unos grupos posean mayores puntuaciones que otros antes de la intervención.

La influencia de pertenecer a una categoría como ser estudiantes, trabajadores y además haber sido sometido a un tratamiento psicológico, de entrada no debería marcar una merma en las facultades y fortalezas, salvo las esperadas por haber manifestado una serie de síntomas de ansiedad y del estado de ánimo, con la consiguiente percepción de uno mismo más negativa, ya que ha requerido un apoyo e intervención de un profesional. Esta percepción negativa podría estar explicando, al menos en parte, las ligeras puntuaciones más bajas en el grupo clínico.

Resumen Objetivo 1:

Se pretendía conocer cuáles eran las características de los grupos participantes con respecto a las áreas estudiadas y sus variables específicas antes de la aplicación del programa, con el siguiente resultado:

Tabla 6

Resumen de los resultados para el objetivo 1

N	Hipótesis	Resultado
1.1	Se espera que el grupo clínico se encuentre en un estadio de motivación próximo a la acción	Se confirma. Todos los grupos se encuentran en un estadio próximo a la acción en el de contemplación
1.2	Se espera que el grupo de trabajadores obtenga puntuaciones que indiquen mayor afectación en salud que estudiantes y grupo clínico.	Se acepta parcialmente. Los trabajadores se encuentran con respecto a la salud en una posición intermedia entre los otros dos grupos.

- | | | |
|-----|--|---|
| 1.3 | Se espera que el grupo clínico obtenga puntuaciones que indiquen mayor afectación en el área psicopatológica que los trabajadores y estudiantes. | Se confirma. El grupo clínico obtiene puntuaciones más altas en los indicadores de ansiedad, depresión y estrés que trabajadores y estudiantes. |
| 1.4 | Se espera que todos los grupos presenten similares puntuaciones en el área de potencialidades psicológicas. | Se confirma. Los tres grupos obtienen similares puntuaciones en el número fortalezas y recursos. |

Nota. N= número de participantes

Objetivo 2.

Conocer las diferencias existentes, tanto antes como después de la intervención, en los distintos grupos (estudiantes, trabajadores y grupo clínico) en las áreas de cambio, salud, variables psicopatológicas y potencialidades.

H2.1

Antes del programa, existirán diferencias entre los grupos en el estadio de motivación al cambio en el que se encuentran. Las diferencias se diluirán tras el programa, encontrándose todos en el mismo estadio.

En el momento previo a la intervención no existen diferencias significativas en los estadios de la variable motivación al cambio en función del grupo (Razón de verosimilitudes (3) = 3.71, $p=.72$). La tendencia que se observa a nivel descriptivo es que la mayoría de los participantes se posicionan en los estadios de contemplación por encima del 65% en los tres grupos (GA=82.4%; GB=66.7%; GC=69.2%, ver Tabla 2.

En el momento posterior a la intervención tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas en los estadios de la variable motivación al cambio en función del grupo (Razón de verosimilitudes (3) = 6.85, $p = .34$). Se observa que la mayoría de los sujetos se posicionan en los estadios de contemplación (GA=64.3%; GB=64.7%; GC=52%) y acción (GA=35.7%; GB=23.5%; GC=48.0%)(ver tabla 7). Observándose como en el grupo clínico es dónde mayor porcentaje de individuos cambian del estadio de precontemplación a acción.

Tabla 7

Porcentaje de participantes por estadio de motivación al cambio (URICA) tras la intervención.

		Grupo			Total	
		A	B	C		
URICA	Precontemplación	N	0	1	0	1
		% dentro de grupo	0.0%	5.9%	0.0%	1.8%
	Contemplación	N	9	11	13	33
		% dentro de grupo	64.3%	64.7%	52.0%	58.9%
	Acción	N	5	4	12	21
		% dentro de grupo	35.7%	23.5%	48.0%	37.5%
	Mantenimiento	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de grupo	0.0%	5.9%	0.0%	1.8%

Nota. N= número de participantes; A= Grupo A; B= Grupo B; C= Grupo C

En virtud de los resultados obtenidos la H2.1 se acepta parcialmente puesto que los tres grupos antes de la intervención se sitúan en un estadio de contemplación y tras ella se distribuyen entre contemplación y acción, no existiendo diferencias significativas entre los grupos antes ni después del programa.

La hipótesis se planteó en esos términos dado que, según el modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992), el estadio al que podría estar más próximo el grupo de estudiantes y trabajadores podría ser el de contemplación, ya que las personas en esta etapa son conscientes de la existencia y piensan seriamente en hacer algo para superarlo. En este caso, los participantes se matricularon en los cursos de forma voluntaria y conociendo la temática, pero todavía no se habían comprometido a hacerlo. Con respecto al grupo clínico su estadio podría ser más próximo a la acción, dado que en este estadio las personas cambian la percepción que tienen de su conducta, de experiencias o de entorno para superar sus problemas, hecho que debería haberse dado al proceder de un proceso terapéutico o, incluso, estar en fase de mantenimiento y haberse planteado la asistencia y aprovechamiento del curso como un esfuerzo para no retroceder el camino avanzado y mantener el cambio de comportamiento durante un largo periodo de tiempo. Ocurre por otra parte que el modelo contempla cinco estadios

(precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) y el cuestionario con el que es medida esta variable (URICA) sólo contempla cuatro estadios (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento), lo que explicaría la mayor acumulación de puntuaciones en el estadio de contemplación tras el programa pues contendría las categorías de preparación y contemplación, sin poder distinguir entre estos dos estadios.

H2.2

Es esperable que, en los dos momentos de medida, el grupo de trabajadores muestre puntuaciones que denoten mayor afectación en las variables del área de salud (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar) que el grupo de estudiantes y el clínico.

Tal y como puede observarse en la tabla 8, la única variable de salud en la que se observan diferencias significativas previamente a la intervención entre los tres grupos, es la escala de actividad general ($\chi^2=22.04$, $p=.000$, $r=.56$) tal como se había señalado en H1.2. El grupo que presenta puntuaciones más elevadas es el de estudiantes ($M=82.63$, $DT=10.46$), seguido del de trabajadores ($M=70.86$, $DT=16.91$), y finalmente del grupo clínico ($M=62.31$, $DT=16.08$) (ver Tabla 3).

En el análisis post hoc, para esta misma variable antes de la intervención, se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos; entre los grupos de estudiantes y trabajadores ($z=-3.07$, $p=.002$, $r=.44$), entre estudiantes y grupo clínico ($z=-4.35$, $p=.000$, $r=.65$), y finalmente, también entre trabajadores y grupo clínico ($z=-2.46$, $p=.014$, $r=.33$)

Tabla 8

Contraste antes de la intervención de actividad general (EEAG), funcionamiento psicosocial (GHQ-C), satisfacción vital (SWLS)

	EEAG	GHQ-C	SWLS
Chi-cuadrado	22.043**	5.128	3.891
gl	2	2	2
<i>p</i>	.000	.077	.143

Nota. Prueba de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad;

** Significación $p \leq .01$

Tal y como puede observarse en la tabla 9, no existen diferencias estadísticamente significativas posteriormente a la intervención entre los tres grupos en ninguna de las tres escalas analizadas (EEAG, $p=.215$; GHQ-C, $p=.259$; SWLS, $p=.990$). Las puntuaciones medias en cada uno de los grupos en las tres escalas se aportan en la tabla 10.

Tabla 9

Contraste después de la intervención de actividad general (EEAG), funcionamiento psicosocial (GHQ-C), satisfacción vital (SWLS)

	EEAG	GHQ-C	SWLS
Chi-cuadrado	3.076	2.704	.020
gl	2	2	2
<i>p</i>	.215	.259	.990

Nota. Prueba de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad

** Significación $p \leq .01$

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de actividad general (EEAG), funcionamiento psicosocial (GHQ-C), satisfacción vital (SWLS)

		N	M	DT
EEAG	A	14	80.71	9.97
	B	15	80.00	11.34
	C	25	85.20	10.85
	Total	54	82.59	10.85
GHQ-C	A	19	.53	1.17
	B	30	.10	.40
	C	26	.31	.74
	Total	75	.28	.78
SWLS	A	14	13.50	4.74
	B	16	13.81	3.06
	C	25	14.12	3.23
	Total	55	13.87	3.57

Nota. N= número de participantes; M= media; DT= desviación típica; A= Grupo A; B= Grupo B; C= Grupo C

La hipótesis 2.2 planteada se rechaza dado que en los dos momentos de medida no son los trabajadores los que presentan mayor afectación de forma significativa. Antes del programa sólo se presentan diferencias relevantes en cuanto al nivel de actividad general, siendo el grupo con puntuaciones más bajas el clínico, no existiendo diferencias relevantes entre los grupos en ninguna de las variables evaluadas después del programa.

Se esperaba encontrar que los trabajadores presentaran mayor afectación en salud en base a la información aportada por los estudios que indican que este colectivo tiene peor salud y utiliza con mayor frecuencia estilos de afrontamiento de negación y desconexión conductual y emiten conductas de riesgo para la salud (García et al., 2012; García-Hernández et al., 2009; Rojas y Ramos, 2013), embargo estos datos no se ven respaldados en esta investigación. El hecho de que los cambios no se produzcan de forma significativa dado que tanto trabajadores como

estudiantes, no muestran una afectación en su estado de salud, teniendo en cuenta además que la mejoría tras la intervención es pequeño, no llegando a ser significativo. Por otro lado, el grupo de trabajadores, a diferencia de los estudiantes (que por lo general se encuentran en una etapa de su vida con menor variabilidad de fuentes de estrés de carácter continuado), se muestra como un colectivo que se ve sometido a diferentes fuentes de estrés cotidianas en diferentes áreas de su vida (por ejemplo, familiar, económico, y en gran medida laboral); éstos, valiéndose de sus propias estrategias de afrontamiento, consiguen hacer frente a esta variabilidad de fuentes de estrés. Hay que añadir que los estudiantes se encuentran en un momento vital estresante, como es el fin de grado, por tanto sometidos a mayor presión, y ello no empeora su estado de salud, manteniéndolo, gracias a la contribución de la intervención.

H2.3

Las variables psicopatológicas (síntomatología de ansiedad, depresión y estrés) serán las que mostrarán las diferencias significativas entre los grupos antes de la aplicación del programa. En cambio, tras la aplicación del mismo, tales diferencias tenderán a diluirse entre los grupos.

Respecto a las variables psicopatológicas, únicamente se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos previamente a la intervención en la escala de depresión ($X^2=7.14$, $p=.028$, $r=.82$) (ver Tabla 11). En esta escala el grupo que presenta puntuaciones más elevadas es el clínico ($M=10.50$, $DT=9.45$), seguido del de trabajadores ($M=8.83$, $DT=9.62$), y finalmente el grupo de estudiantes ($M=3.32$, $DT=2.56$) (ver Tabla 12). Se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes y trabajadores ($z=-2.03$, $p=.042$, $r=.29$), entre estudiantes y grupo clínico ($z=-2.58$, $p=.010$, $r=.38$), pero no entre trabajadores y grupo clínico ($z=-.76$, $p=.448$, $r=.10$).

A nivel clínico también resulta interesante analizar las diferencias existentes entre los grupos en la variable de síntomas de ansiedad, ya que en nivel de significación se encuentra muy próximo al estándar establecido de .05. En esta escala, el grupo que presenta puntuaciones más elevadas es el clínico ($M=16.69$, $DT=12.56$), seguido del de trabajadores ($M=11.17$, $DT=8.94$), y finalmente el grupo de estudiantes ($M=9.00$, $DT=8.31$) (ver Tabla 13). Existen diferencias estadísticamente significativas

entre el grupo de estudiantes y grupo clínico ($z = -2.31$, $p = .021$, $r = .33$). Sin embargo, no se encuentran entre estudiantes y trabajadores ($z = -1.06$, $p = .290$, $r = -.15$); ni entre trabajadores y grupo clínico ($z = -1.51$, $p = .130$, $r = .20$).

Tabla 11

Contraste antes de la intervención en síntomas de de ansiedad (BAI), depresión (BDI) y estrés (PSS)

	BAI	BDI	PSS
Chi-cuadrado	5.69	7.14*	1.822
gl	2	2	2
p	.058	.028	.402

Nota. Prueba de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad;

* Significación $p \leq .05$

Tabla 12

Estadísticos descriptivos antes de la intervención por grupos en síntomas de depresión (BDI)

	N	M	DT
A	19	3.32	2.56
B	30	8.83	9.62
C	26	10.50	9.45
Total	75	8.01	8.73

Nota. N= número de participantes; A= Grupo A; B= Grupo B; C= Grupo C; M= media; DT= desviación típica

Tabla 13

Estadísticos descriptivos antes de la intervención por grupos en síntomas de ansiedad (BAI)

	N	M	DT
A	19	9,00	8,31
B	30	11,17	8,94
C	26	16,69	12,56
Total	75	12,53	10,56

Nota. N= número de participantes; A= Grupo A; B= Grupo B; C= Grupo C; M= media; DT= desviación típica

En el momento posterior, y al igual que antes de la intervención, tan sólo se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la escala de depresión ($X^2= 7.12$, $p=.03$, $r=.95$, ver Tabla 14). El grupo que presenta puntuaciones más elevadas es el de estudiantes ($M=5.93$, $DT=4.64$), seguido del de trabajadores ($M=4.19$, $DT=7.24$), y finalmente el grupo clínico ($M=2.84$, $DT=4.48$) (ver Tabla 15). Se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes y clínico ($z=-2.56$, $p=.010$, $r=.40$), pero no entre estudiantes y trabajadores ($z=-1.88$, $p=.060$, $r=.34$) ni entre trabajadores y grupo clínico ($z=-.72$, $p=.42$, $r=.11$).

Tabla 14

Contraste después de la intervención en síntomas de de estrés(PSS), depresión (BDI) y ansiedad (BAI)

	PSS	BDI	BAI
Chi-cuadrado	2.864	7.118*	4.333
gl	2	2	2
p	.239	.028	.115

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad

* Significación $p \leq .05$

Tabla 15

Estadísticos descriptivos después de la intervención por grupos en síntomas de de depresión (BDI)

	N	M	DT
A	15	5.93	4.636
B	16	4.19	7.241
C	25	2.84	4.478
Total	56	4.05	5.492

Nota. N= número de participantes; A= Grupo A; B= Grupo B; C= Grupo C, M= media; DT= desviación típica

La hipótesis 2.3 se planteaba sin diferencias entre los grupos a posteriori, dado que los estudios previos como el de Emmons y McCullough (2003) encuentran que los participantes asignados al azar a una intervención positiva muestran un mayor

efecto positivo respecto a los de control, por lo que se esperaba que las diferencias se diluyesen tras la intervención. Tras el análisis, se acepta parcialmente la hipótesis planteada, dado que antes y después de la intervención hay una variable que sí presenta diferencias significativas entre grupos, la depresión, siendo los estudiantes los que menores puntuaciones tienen, seguidos de trabajadores y grupo clínico.

Esto hay que entenderlo, atendiendo a las puntuaciones de corte del cuestionario de depresión donde puntuaciones entre 0 y 10 se interpretan como estado "normal", y entre 11 y 15 como "leve". Por lo que encontramos que estas diferencias con respecto al grupo clínico, además de ser significativas, comprenden una diferencia cualitativa, pues tanto estudiantes como trabajadores presentan puntuaciones por debajo de 9, no así el grupo clínico, que se encontraría en el rango leve. Hay que tener en cuenta esta diferencia en relación a las condiciones previas de los grupos, ya que, en la valoración post esta tendencia se invierte, siendo el grupo de estudiantes los que más alto puntúan, seguidos de trabajadores, y los que menor presencia de sintomatología depresiva presentan tras el tratamiento son los clínicos, pues son los que más reducen su puntuación siendo significativa su diferencia con los estudiantes.

H2.4

Es esperable encontrar que en el área de las potencialidades psicológicas (número de fortalezas y recursos) no se observan diferencias significativas entre los grupos antes de la aplicación del programa. En cambio, tras la aplicación del mismo se espera encontrar diferencias entre los grupos clínico vs no clínico.

Respecto a las potencialidades psicológicas antes de la intervención, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las dos variables analizadas previamente a la intervención (VIAN: $X^2= 6.90$, $p=.032$, $r=.80$; IRP: $X^2=7.41$, $p=.025$, $r=.86$).

En cuanto al número de fortalezas, el grupo de estudiantes es el que presenta una mayor media ($M=15.84$, $DT=4.35$) respecto a los otros dos, que tienen valores muy similares ($M=12.57$, $DT=4.12$; $M=12.42$, $DT=6.10$, respectivamente). En cuanto a

los recursos psicológicos, de mayor a menor puntuación se observa a los estudiantes ($M=162.42$, $DT=20.29$), trabajadores ($M=156.63$, $DT=28.82$) y grupo clínico ($M=144.31$, $DT=28.97$) (ver Tabla 17).

En el VIAN, se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes y trabajadores ($z=-2.70$, $p=.007$, $r=.39$); pero no entre estudiantes y grupo clínico ($z=-1.92$, $p=.054$, $r=.29$) ni entre trabajadores y grupo clínico ($z=-.008$, $p=.99$, $r=.001$).

En el IRP, se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes y grupo clínico ($z=-2.55$, $p=.011$, $r=.38$), entre trabajadores y grupo clínico ($z=-2.05$, $p=.041$, $r=.27$), pero no entre estudiantes y trabajadores ($z=-.71$, $p=.478$, $r=.10$).

Tabla 16

Contraste antes de la intervención de número de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP) previo a la intervención

	VIAN	IRP
Chi-cuadrado	6.90*	7.41*
gl	2	2
p	.032	.025

Nota. Prueba de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad

* Significación $p \leq .05$

Tabla 17

Estadísticos descriptivos antes de la intervención por grupos de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP)

		N	M	DT
VIAN	A	19	15.84	4.34
	B	30	12.57	4.12
	C	26	12.42	6.10
	Total	75	13.35	5.10
IRP	A	19	162.42	20.29
	B	30	156.63	28.81
	C	26	144.31	28.97
	Total	75	153.83	27.63

Nota. N= número de participantes; M= media; DT= desviación típica

En el momento posterior a la intervención, no se encuentran diferencias estadísticamente significativa entre los grupos en las dos variables relativas a las potencialidades psicológicas (VIAN: $X^2=.96$, $p=.62$, $r=.13$; IRP: $X^2=1.06$, $p=.59$, $r=.14$, ver Tabla 18). Respecto al número de fortalezas, los tres grupos muestran valores por encima de la mitad del número total de fortalezas (A: $M=14.79$, $DT=4.96$; B: $M=16.19$, $DT=4.25$; C: $M=15.92$, $DT=6.78$). En cuanto a los recursos psicológicos, los tres grupos presentan puntuaciones similares (A: $M=157.71$, $DT=22.86$; B: $M=164.44$, $DT=31.93$; C: $M=163.40$, $DT=30.64$)(ver Tabla 19).

Tabla 18

Contraste antes de la intervención de número de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP)

	VIAN	IRP
Chi-cuadrado	.955	1.056
gl	2	2
<i>p</i>	.620	.590

Nota. Prueba de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad

* Significación $p \leq 0,05$

Tabla 19

Estadísticos descriptivos después de la intervención por grupos de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP) posterior a la intervención

		N	M	DT
VIAN	A	14	14.79	4.96
	B	16	16.19	4.25
	C	25	15.92	6.77
	Total	55	15.71	5.63
IRP	A	14	157.71	22.85
	B	16	164.44	31.93
	C	25	165.92	34.16
	Total	55	163.40	30.64

Nota. N= número de participantes; M= media; DT= desviación típica

La hipótesis 2.4 se rechaza, ya que lo esperado era que no existiesen diferencias antes de la intervención, dado que la frecuencia e intensidad de las emociones positivas es mayor que la de las negativas en cualquier edad (Charles, Reynolds y Gatz, 2001). No hay por qué esperarlas entre estos grupos, como se vio en la H1.4 antes de la intervención y que sí existiesen tras ella, esperando que el grupo clínico aumentara más sus potencialidades gracias al programa. Lo que los datos indican es que antes de la intervención sí existen diferencias significativas tanto en fortalezas como en recursos, y después estas diferencias significativas desaparecen.

En el primer momento, tanto en fortalezas como en recursos, los estudiantes obtienen mayores puntuaciones, seguidos de trabajadores y del grupo clínico. Los primeros se perciben antes del programa con más recursos y mayor cantidad de fortalezas, después estas diferencias se diluyen pues los estudiantes bajan ligeramente.

Resumen Objetivo 2:

Se pretende conocer las diferencias existentes, tanto antes como después de la intervención, en los distintos grupos (estudiantes, trabajadores y grupo clínico) en las áreas de cambio, salud, variables psicopatológicas y potencialidades, con el siguiente resultado:

Tabla 20

Resumen de los resultados para el objetivo 2

N	Hipótesis	Resultado
2.1	Se espera que las diferencias entre grupos en la motivación al cambio se disipen tras la intervención.	Se acepta parcialmente. No se encuentran diferencias entre los grupos antes ni después del programa, existiendo una evolución de estadio de contemplación a contemplación y acción tras el programa.
2.2	Se espera que el grupo de trabajadores presente mayor afectación que estudiantes y grupo clínico en el área de salud, antes y después de la aplicación del programa.	Se rechaza. Existen diferencias significativas antes del programa en la variable nivel actividad general, presentando peores datos el grupo clínico. Tras el programa no existen diferencias significativas entre grupos.

- 2.3** Se espera que existan diferencias en el área de psicopatología antes del programa y después desaparezcan. Se acepta parcialmente. Antes de la intervención, sólo existen diferencias en sintomatología depresiva presentando el grupo clínico mayor afectación con diferencia de los otros dos grupos. Tras el programa no existen diferencias significativas, encontrándose en este caso el grupo clínico por debajo en presencia de sintomatología depresiva, de los grupos de trabajadores y estudiantes, siendo el grupo que mayor descenso experimenta.
- 2.4** Se espera que antes del programa no existan diferencias entre grupos en el área de potencialidades psicológicas, produciéndose esta cambio tras la intervención. Se rechaza. Antes del programa existen diferencias significativas en número de fortalezas entre los grupos, siendo más altas en estudiantes seguido de trabajadores y grupo clínico. A posteriori, no existen diferencias entre grupos llegando a igualarse.

Nota. N= número de participantes

Objetivo 3.

Conocer las áreas que se muestran sensibles al cambio tras la aplicación del programa, en los distintos grupos.

H3.1

En el área de cambio (optimismo y motivación) se espera que el grupo en el que se observe una mejoría más significativa sea en el clínico. Los trabajadores también experimentarán una mejoría significativa, aunque menor que el grupo clínico. Los estudiantes mejorarán, si bien las diferencias tras la intervención no llegarán a ser significativas.

Respecto al optimismo, a continuación se exponen los resultados obtenidos mediante la prueba de ANOVA Mixto derivados de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 21):

- No resulta significativo el efecto del momento sobre la motivación ($p=.292, >.05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que la puntuación en LOT no difiere significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención ($\text{Eta}_p^2>.021$), por tanto no hay mejoría global significativa.
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en LOT en función del grupo ($p=.420>.05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos ($\text{Eta}_p^2>.033$), por tanto las puntuaciones son similares.
- No es significativo el efecto de interacción ($p=.457 >.05$), por lo que puede afirmarse que la media en el momento previo y el posterior a la intervención no es significativamente diferente en los tres grupos (A, B y C) ($\text{Eta}_p^2>.030$), lo que indica que las diferencias en las tendencias de los grupos no son significativamente distintas entre sí. Concretamente, se produce una ligera disminución, no significativa, en las puntuaciones de los estudiantes ($Z=-.366, p=.720$); y un leve aumento, tampoco significativo, en los trabajadores y grupo clínico ($Z=-.43, p=.669$; $Z=-1.92, p=.055$, respectivamente). Los tres grupos se encuentran tanto antes como después de la intervención con unos niveles de optimismo elevado (LOT-R=19-24), según se interpreta de las medias obtenidas en test de orientación vital revisado (ver figura 23).

Tabla 21

Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en optimismo(LOT)

Efecto Intra	Grupo	$M_{pre} (DT)$	$M_{post} (DT)$	F	p	$E\eta_p^2$
Momento	GT	22.42(4.08)	23.25(4.40)	1.132	.292	.021
Momento x Grupo	GA	22.43(4.50)	22.14(4.55)	.795	.457	.030
	GB	23.50(2.68)	24.19(3.89)			
	GC	21.72(4.55)	23.28(4.65)			
Efecto inter	$M_{GA}(DT)$	$M_{GB}(DT)$	$M_{GC}(DT)$	F	p	$E\eta_p^2$
Grupo	22.29(3.63)	23.84(3.64)	22.50(3.65)	.881	.420	.033

Nota. N GA= 14, GB=16, GC=25; N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; efecto pequeño $E\eta_p^2$: .01 - .06

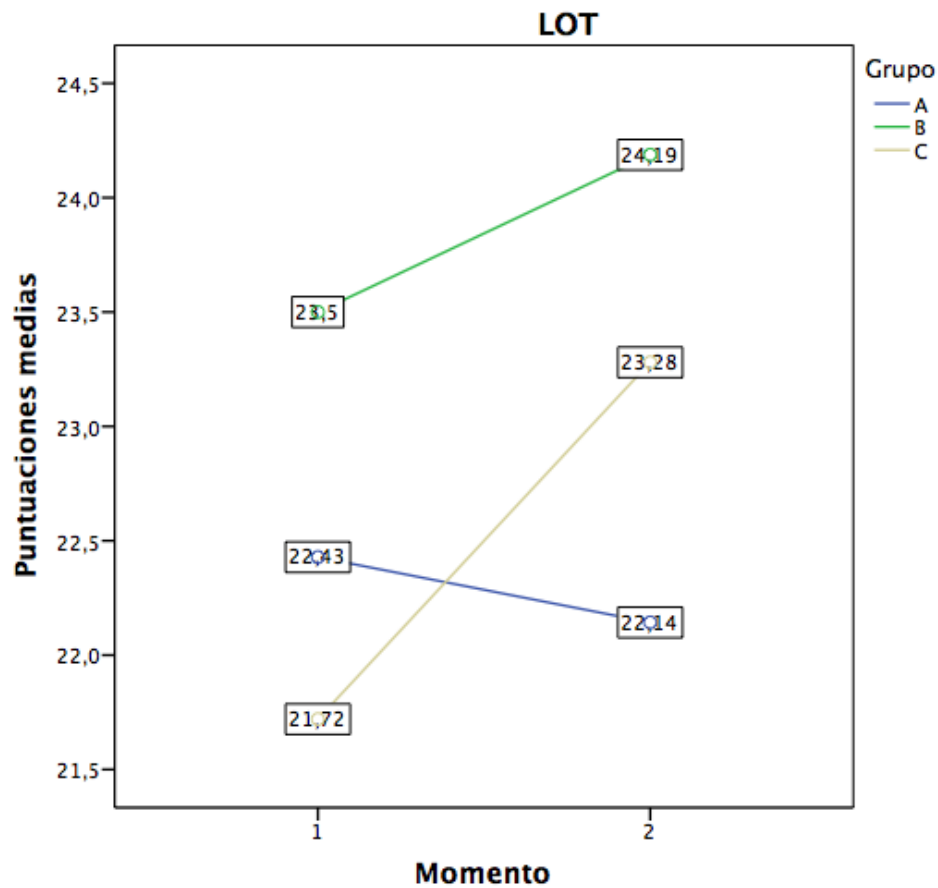


Figura 23 Evolución de las medias por grupos en optimismo (LOT)

La hipótesis se acepta parcialmente. Los datos obtenidos en investigaciones previas sugieren que los individuos pueden fortalecer intencionalmente su capacidad para experimentar y maximizar emociones positivas como el optimismo (Lykken 2000), por lo que se piensa que si se realiza un programa con el objetivo de mejorar las habilidades, el afrontamiento y las emociones positivas, el optimismo aumentará. En este estudio, con respecto a optimismo, los datos indican que no existen cambios significativos producidos por la intervención, ni tampoco por la interacción del momento con los grupos, por lo que la evolución de los tres durante el proceso es similar. Se esperaba que el grupo de trabajadores y el clínico experimentasen un aumento significativo, y esto ocurre, pero sin ser estadísticamente relevante. Con respecto al grupo de estudiantes, se esperaba un aumento no significativo, y se produce un cambio intrascendente. Es necesario tener en cuenta que los tres grupos parten de puntuaciones ya elevadas por encima de los 21 puntos, por lo que el margen de mejora es pequeño sin poder generarse aumentos significativos. En cuanto al descenso de los estudiantes, después de la intervención siguen manteniéndose en un rango de optimismo elevado por encima de 19 puntos, según se interpreta a partir de la baremación del cuestionario utilizado.

Respecto a la motivación, dado que esta variable estaba medida de forma ordinal (con cuatro valores, precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento), se realizó una prueba más adecuada (prueba de Friedman), observándose que no resulta significativo el efecto del momento sobre la motivación ($X^2=1.32$, $p=.251$, $r=.18$), es decir, que de forma global no hay diferencias significativas en la puntuación en URICA entre el momento previo y el posterior a la intervención. Analizando por grupos, las puntuaciones centrales aumentan ligeramente tras la intervención en todos los grupos, aunque este aumento no llega a ser significativo en ningún caso ($X^2=.33$, $p=.564$, $r=.10$; $X^2=.11$, $p=.729$, $r=.03$; $X^2=1.29$, $p=.257$, $r=.26$). (ver Tabla 22).

Tabla 22

Descriptivos y prueba de Friedman para motivación al cambio (URICA).

Grupo	Mpre (DT)	Mpost (DT)	X2	p	r
GT	2.30(.57)	2.37(.62)	1.32	.25	.18
GA	2.25(.45)	2.33(.49)	.33	.56	.10
GB	2.24(.66)	2.24(.83)	.11	.74	.03
GC	2.36(.57)	2.48(.51)	1.29	.28	.26

Nota. Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; tamaño de efecto pequeño $r < .30$

Con respecto a la motivación se acepta la hipótesis parcialmente, dado que los datos indican que existe un cambio no significativo en el estadio de cambio en los tres grupos sin llegar a ser significativos. Esto puede explicarse dadas las características del instrumento como tal, pues evalúa cuatro de los estadios que propone el modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992), sin tener en cuenta el intermedio de "preparación", entre "contemplación" y "acción" (GA=64.3%; GB=64.7% y GB=52.%; GA=35.7%; GB=23.5% y GC=37.5% respectivamente, ver Tabla 7) que es donde se aglutinan los participantes tras la intervención con respecto a antes de la misma, que se encontraban en su mayoría en el estadio de contemplación (GA=82.2%; GB=66.7% y GC=69.2%), por lo que no podemos decir que no exista cambio real sino que probablemente el instrumento utilizado no recoge esta modificación en el estadio.

Respecto al área de cambio, por tanto, podemos decir que se acepta parcialmente las hipótesis 3.1 propuesta inicialmente, dado que tras la intervención se produce un cambio no significativo de estadio de motivación en los tres grupos, y el nivel de optimismo se mantiene en alto rango, incluso en el grupo de estudiantes expuestos a una situación vital estresante específica, como es el fin de estudios, que coincidió con el final de la intervención.

H3.2

En el área de salud (estado general, funcionamiento psicosocial y satisfacción vital) es esperable que tanto el grupo clínico como los trabajadores manifiesten una mejora significativa, aunque más notable en aquellos con tratamiento psicológico previo. Se espera que los estudiantes se mantengan en niveles similares, previos al programa.

Respecto al nivel de actividad del estado general, a continuación se exponen los datos derivados de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 23):

- Resulta significativo el efecto del momento sobre el estado general ($p=.000, <.05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que la puntuación en EEAG sí difiere significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención ($E\eta_p^2>.261$). Es decir, se produce un cambio significativo en la actividad general con respecto al momento previo.
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en EEAG en función del grupo ($p=.166, >.05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos ($E\eta_p^2>.068$) ni entre los otros dos.
- Es significativo el efecto de interacción ($p=.000, <.05$), por lo que puede afirmarse que la media en el momento previo y el posterior a la intervención es significativamente diferente en los tres grupos (A, B y C) ($E\eta_p^2>.269$), por lo tanto las tendencias de los tres grupos presentarán diferente evolución de forma significativa. Concretamente se produce una ligera disminución, no significativa, en las puntuaciones de los estudiantes ($Z=-.557, p=.577$); y por otra parte aumentan las puntuaciones tanto en trabajadores como en el grupo clínico, aunque sólo de forma significativa en este último ($Z=-1.81, p=.071$; $Z=-4.14, p=.000$, respectivamente) (ver figura 24).

Tabla 23

Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en actividad general (EAG)

Efecto Intra	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Momento	GT	70.93(16.63)	82.59(10.85)	17.968	.000	.261	
Momento x Grupo	GA	82.14(11.88)	80.71(9.97)	9.406	.000	.269	
	GB	71.33(21.34)	80.00(11.34)				
	GC	64.40(12.28)	85.20(10.85)*				
Efecto inter	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Grupo		81.43(10.63)	75.67(10.61)	74.80(10.6)	1.862	.166	.068

Nota. N GA= 14, GB=15, GC=25. N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; efecto pequeño Eta_p^2 : .01 - .06

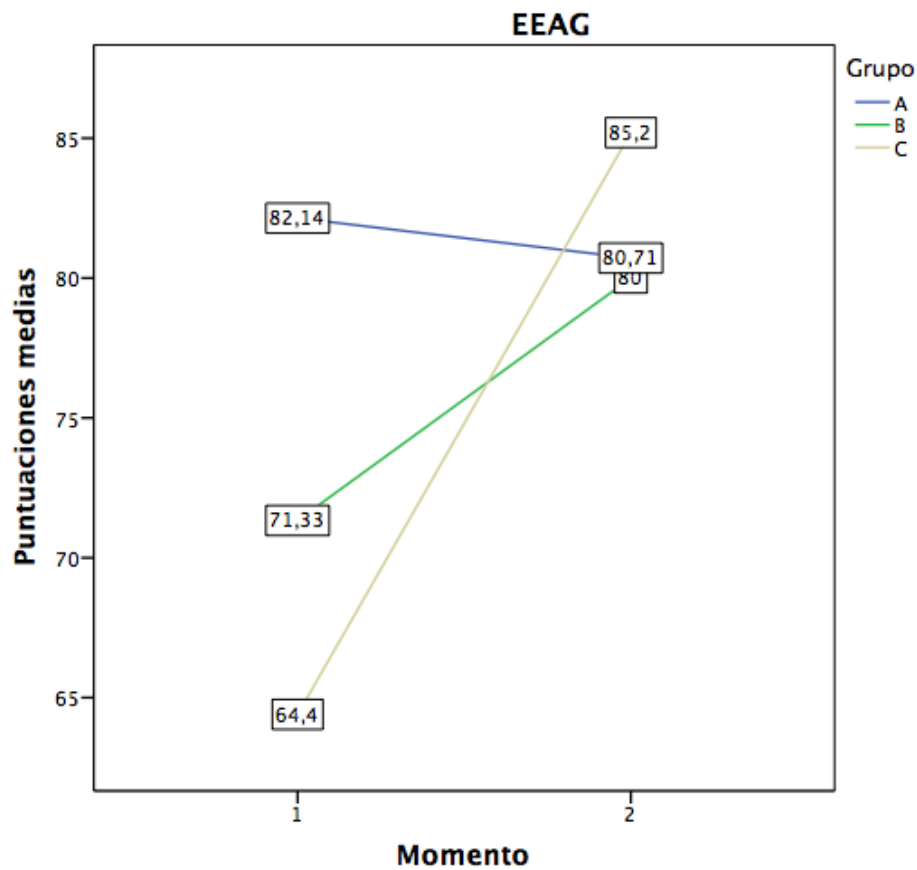


Figura 24 Evolución de las medias por grupos de estado de actividad general (EEAG)

La hipótesis se cumple parcialmente para la variable nivel de actividad, dado que de forma global el momento que incluye los dos niveles pre y post tratamiento presenta diferencias significativas. Por otro lado, en concreto, en la interacción la actividad general aumenta tras el tratamiento en los grupos B y C, de forma significativa en el clínico; y pese a que los cambios en A existen, no son significativos pero ambos presentan un tamaño del efecto grande. ($Et_{\alpha p^2} > .14$). El aumento significativo producido en el grupo clínico de forma cualitativa implica que pasa de existir síntomas moderados o dificultades sociales, laborales o académicas moderadas (EEAG=60-70) a existir síntomas que sólo provocan una ligera alteración (EEAG=80-90), como es percibir un malestar temporal, esperable ante los problemas estresantes cotidianos con un funcionamiento social, laboral o académico prácticamente normal, con muy poca alteración.

Respecto al funcionamiento psicosocial, a continuación se exponen los resultados obtenidos de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 24):

- Resulta significativo el efecto del momento sobre el funcionamiento psicosocial ($p = .000$, $< .05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que la puntuación en GHQ-C difiere significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención ($Et_{\alpha p^2} > .239$), lo que indica que existen cambios en el funcionamiento psicosocial a nivel general.
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en GHQ-C en función del grupo ($p = .056$, $> .05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos ($Et_{\alpha p^2} > .077$).
- Es significativo el efecto de interacción ($p = .018$, $< .05$), por lo que puede afirmarse que la media en el momento previo y el posterior a la intervención es significativamente diferente en los tres grupos (A, B y C), es decir, siguen trayectorias diferentes los grupos en esta variable ($Et_{\alpha p^2} > .105$). Concretamente, se produce una disminución en las puntuaciones en todos los grupos, resultando significativa en trabajadores y grupo clínico ($Z = -2.72$,

$p=.007$; $Z=-3.454$, $p=.001$, respectivamente), pero no en el de estudiantes ($Z=-.50$, $p=.618$). A nivel cualitativo las diferencias significativas implican en el grupo clínico el pasar de una puntuación límite de disfunción social (GHQ-C=2-3) a encontrarse muy por debajo de este rango, por lo que puede decirse que esta muestra mejora desde el punto de vista clínico desde la disfunción social a la funcionalidad social. El grupo de trabajadores también presenta un descenso significativo, pero tanto antes como después obtiene puntuaciones subclínicas (<2); en cuanto a los estudiantes, en la primera medida ya sus puntuaciones son muy bajas (<1) y se mantienen por debajo de esto posteriormente (ver figura 25).

Tabla 24

Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en disfunción social (GHQ-C)

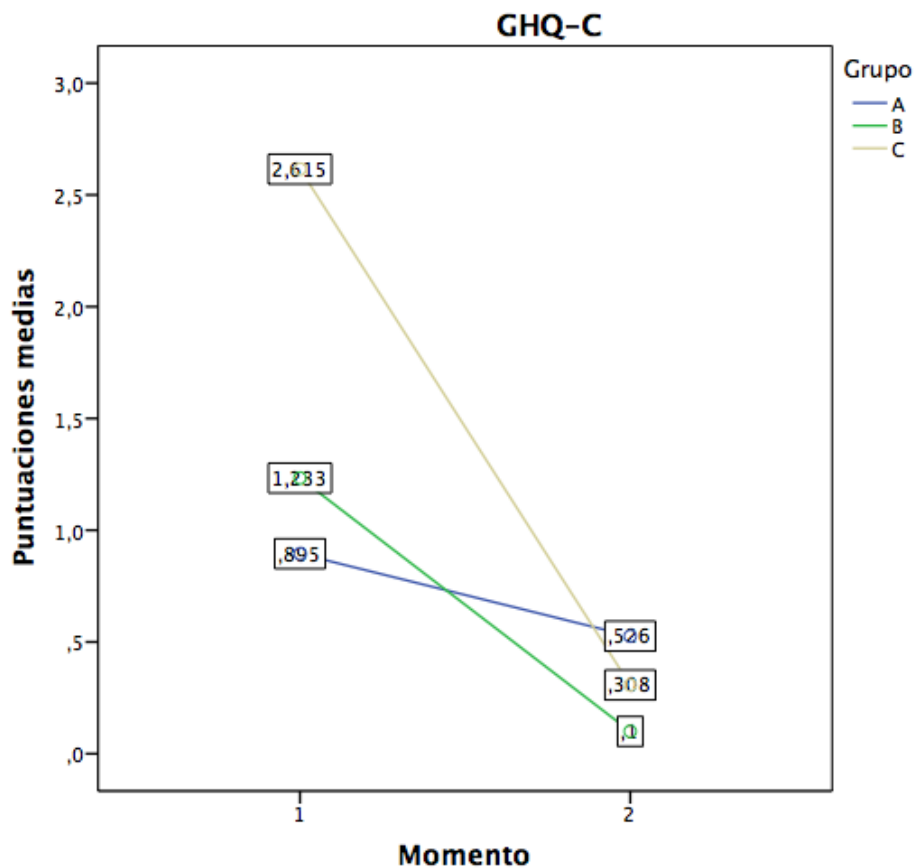
Efecto Intra	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2
Momento	GT	1.63(2.41)	.28(.78)	22.608	.000	.239
Momento x Grupo	GA	.89(1.79)	.53(1.17)*	4.222	.018	.105
	GB	1.23(2.06)	.10(.40)*			
	GC	2.62(2.88)	.31(.78)*			
Efecto inter	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2
Grupo	.71(1.31)	.67(1.31)	1.46(1.33)	3.008	.056	.077

Nota. N GA= 19, GB=30, GC=26. N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

efecto medio Eta_p^2 : $> .06$ - $.14$; gran efecto Eta_p^2 : $> .14$

** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$



)

Figura 25 Evolución de las medias por grupos en funcionamiento psicosocial (GHQ-C)

De estas evidencias puede decirse que aceptamos la hipótesis al respecto de la variable disfunción social, debido que existen diferencias significativas en cuanto respecto al momento. Es decir, la intervención provoca cambios a nivel general en la variable, asimismo ocurre con respecto a la interacción del momento y el grupo, produciéndose un descenso de la puntuación en disfunción social en los tres grupos con respecto a las medidas antes y después del programa, lo que implica una mejora en su nivel de funcionamiento social en los tres grupos.

Respecto al bienestar, a continuación se exponen los datos obtenidos de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 26):

- Resulta significativo el efecto del momento sobre al bienestar ($p=.004$, $<.05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que la puntuación en SWLS cambia significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención ($Et_{\alpha p^2}>.147$).
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en SWLS en función del grupo ($p=.900$, $>.05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos ($Et_{\alpha p^2}>.004$).
- No es significativo el efecto de interacción ($p=.082$, $<.05$), por lo que puede afirmarse que la media en el momento previo y el posterior a la intervención no es significativamente diferente en los tres grupos (A, B y C) ($Et_{\alpha p^2}>.092$). Es decir, no existe una diferencia relevante en la evolución de la satisfacción entre los tres grupos con respecto a la evaluación inicial. Se observa un aumento en las puntuaciones post respecto al pre en todos los grupos, aunque solo resulta significativo el incremento en el grupo C ($Z=-2.868$, $p=.004$), pero no en el A ni en el B ($Z=-.585$, $p=.558$; $Z=-1.663$, $p=.096$, respectivamente). Esto indica que en grupo clínico ($M=11.68M$; $DT=3.92$) pasa de una satisfacción media, en referencia a la medición del instrumento (SWLS=8-13), a una alta satisfacción vital posterior ($M=14.12$; $DT=3.23$), alta según el baremo (SWLS>13) (ver figura 4).

Tabla 25 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en satisfacción (SWLS)

Efecto Intra	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Momento	GT	12.40(3.94)	13.87(3.57)	8.963	.004	.147	
Momento x Grupo	GA	13.21(4.12)	13.50(4.74)	2.622	.082	.092	
	GB	12.81(3.87)	13.81(3.06)				
	GC	11.68(3.92)	14.12(3.23)*				
Efecto inter	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Grupo		13.36(3.48)	13.31(3.48)	12.90(3.50)	.106	.900	.004

Nota. N GA= 14, GB=16, GC=25; N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; efecto pequeño Eta_p^2 : .01 - .06; gran efecto Eta_p^2 : > .14

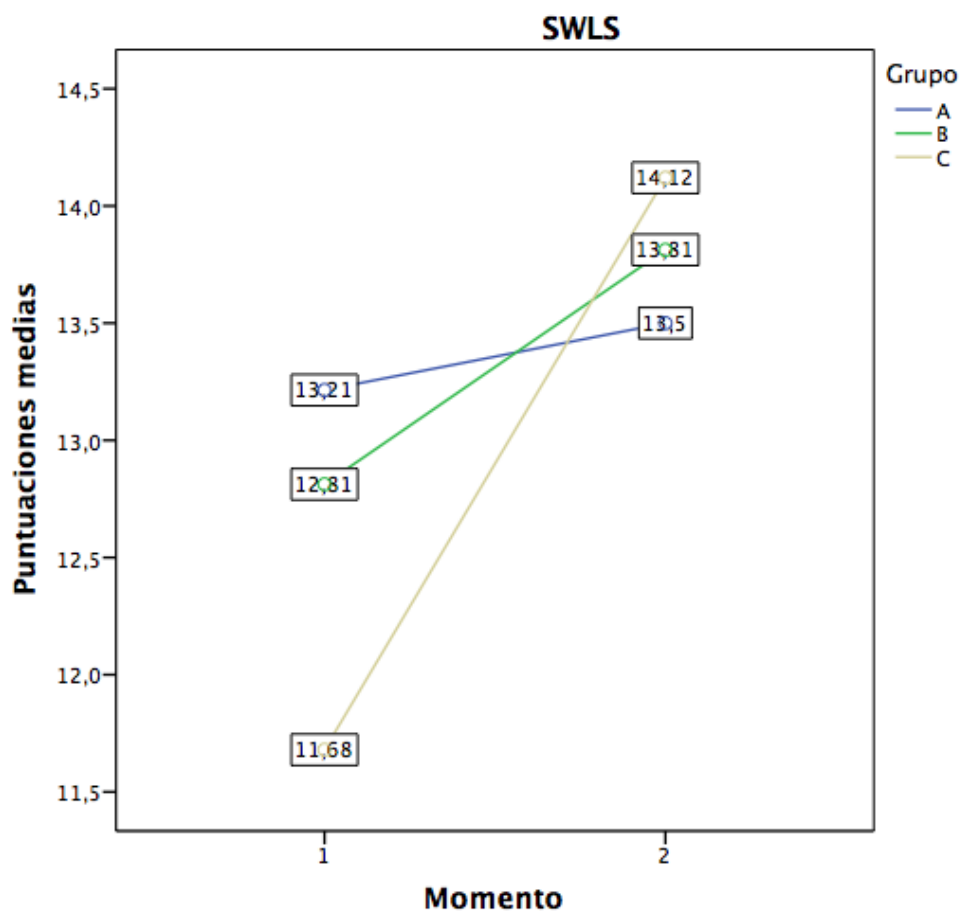


Figura 26 Evolución de las medias por grupos en satisfacción (SWLS)

Las evidencias anteriores a propósito de la satisfacción personal apoyan la hipótesis 3.2 que se acepta parcialmente, dado que existen diferencias significativas con respecto al momento, lo cual indica que, a nivel global, los cambios que se producen en el aumento del bienestar pueden estar debidos a la aplicación del programa. Por otra parte, la interacción no es significativa puesto que las puntuaciones en los tres grupos aumentan tras la intervención, y el incremento producido específicamente en el grupo clínico es significativo.

Unificando las tres variables del área de salud, se puede decir que, a este respecto a nivel global, se acepta parcialmente la hipótesis 3.2, puesto que tanto en el nivel de actividad general, en el de funcionamiento psicosocial así como en la satisfacción, se producen los cambios esperados por efecto del programa, lo cual indica que existen efectos beneficiosos en los tres grupos, por lo que puede afirmarse que una intervención basada en estrategias positivas mejora el estado de salud como se esperaba. Esto da respaldo a los estudios que plantean que la presencia de emociones de corte positivo, potencian la salud, ayudando a mejorar y restituir la salud (Nezu, Nezu, y Blissett, 1988); al igual que se plantea en otros estudios que afirman que la aplicación de técnicas que favorezcan el desarrollo de los potenciales personales puede favorecer mayores niveles de salud, posibilitando la recuperación y el crecimiento personal (Fredrickson y Tugade, 2003).

De este modo, se observa cómo cualquier grupo de los tres puede beneficiarse en el área de salud de la intervención basada en estrategias positivas. Por un lado los estudiantes, que parten de buenos niveles saludables previos, y éstos no disminuyen y se mantienen en este rango a pesar del momento vital que atraviesan durante la aplicación del programa. Por otro lado, los trabajadores mejoran en todos los índices de salud utilizados, aumentando su nivel de actividad general hasta los esperables del estrés cotidiano, así como el índice de satisfacción vital, disminuyendo su percepción de disfunción social significativamente. En cuanto al grupo que provenía de un tratamiento psicoterapéutico, el grupo C, presenta cambios significativos en todas las variables del área, siendo éste el que mayor transformación experimenta, mejora su nivel de actividad hasta la casi ausencia de malestar, igualándose con el nivel post evaluación de los trabajadores, disminuye su disfunción social (lo que hace que se sientan más eficientes socialmente), y mejora su satisfacción vital generando un nivel de bienestar significativamente superior al

previo al programa. En base a todo lo expuesto puede concluirse que la intervención parece que genera mejoras en la salud de estudiantes, trabajadores y grupo clínico.

H3.3

En el área psicopatológica (síntomas de ansiedad, depresión y estrés), se espera una mejoría significativa tanto en trabajadores como en el grupo clínico, siendo más notable esta diferencia en el segundo grupo. En los estudiantes se espera una ligera evolución favorable.

Respecto a los síntomas de ansiedad, a continuación se exponen los resultados obtenidos de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 26):

- Resulta significativo el efecto del momento sobre los síntomas de ansiedad ($p=.001, <.05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que la puntuación en BAI difiere significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención. ($Et_{p^2}>.196$).
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en BAI en función del grupo ($p=.735, >.05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos ni entre el B y C ($Et_{p^2}>.003$).
- Es significativo el efecto de interacción ($p=.020, <.05$), por lo que puede afirmarse que la media en el momento previo y el posterior a la intervención es significativamente diferente en los tres grupos (A, B y C), por lo cual la evolución de los tres grupos en síntomas de ansiedad presenta un desarrollo significativamente diferente ($Et_{p^2}>.135$). Concretamente, se produce una

disminución significativa de las medidas tanto en el grupo de trabajadores como en el clínico ($Z=-1.93$, $p=.053$; $Z=-3.95$, $p=.000$, respectivamente), sin embargo la evolución en el grupo de estudiantes es inversa, aunque no significativa ($Z=-.92$, $p=.360$). Con respecto a los cambios significativos en el grupo de trabajadores, disminuye significativamente la sintomatología ansiosa antes y después del programa ($M=13.06$, $DT=10.48$ a $M=8.18$, $DT=10.24$), estando tanto antes como después en un nivel de ansiedad leve, según el baremo de la prueba ($BAI=8-15$). Con respecto al grupo clínico, antes de la intervención ($M=15.76$, $DT=11.87$) y después ($M=6.80$, $DT=7.49$) presenta un descenso significativo, pues desciende desde una puntuación cercana a nivel de ansiedad leve ($BAI=8-15$) a una por debajo del rango normal ($BAI<7$) (ver figura 27).

Tabla 26

Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en síntomas de ansiedad (BAI)

Efecto Intra	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	$Et\alpha_p^2$	
Momento	GT	13.49(10.81)	8.09(8.67)	13.16	.001	.196	
Momento x Grupo	GA	10.20(8.91)	10.13(8.77)	4.21	.000	.135	
	GB	13.06(10.48)	8.18(10.24)*				
	GC	15.76(11.87)	6.80(7.49)*				
Efecto inter	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	$Et\alpha_p^2$	
Grupo		10.17(8.60)	10.62(8.58)	11.28(8.6)	.084	.920	.003

Nota. N GA= 15, GB=17, GC=25; N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; efecto pequeño $Et\alpha_p^2: .01 - .06$; gran efecto $Et\alpha_p^2: > .14$

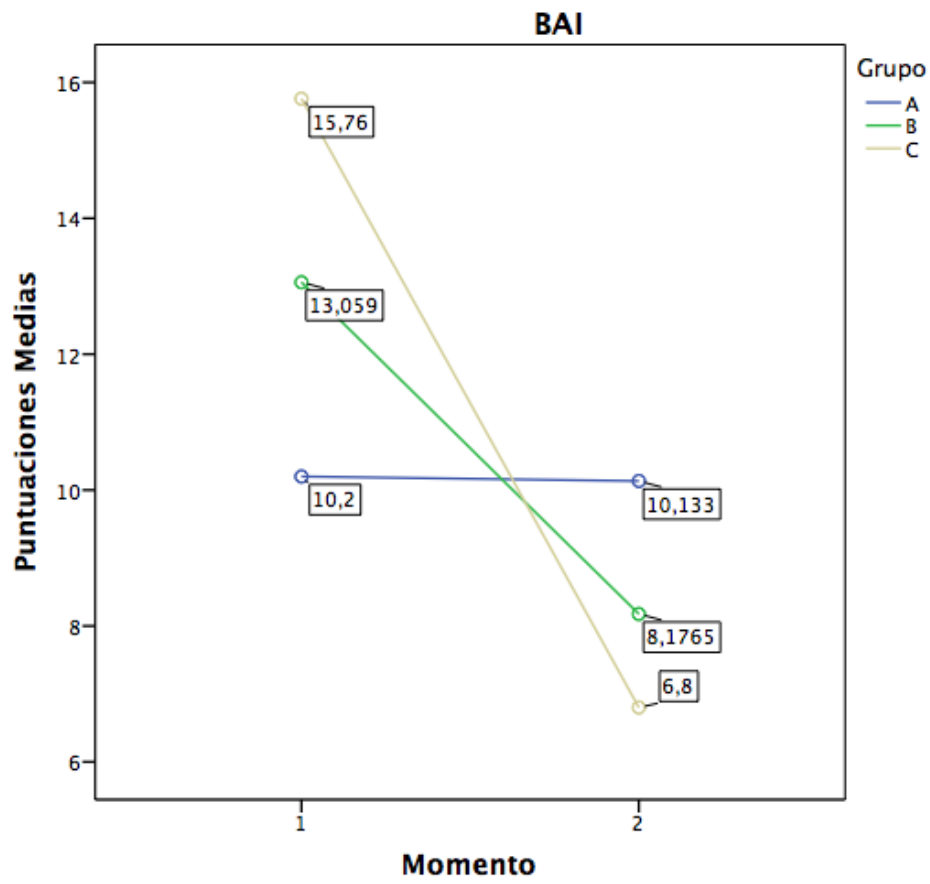


Figura 27 Evolución de las medias por grupos en síntomas de ansiedad (BAI)

En cuanto a los síntomas de ansiedad, se acepta la hipótesis parcialmente dado que existe un efecto significativo del momento con respecto a la medida antes y después de la intervención. Así mismo ocurre con la interacción del momento con los grupos, siendo significativa, por lo que existen diferencias entre los grupos. Tanto los trabajadores como los clínicos disminuyen significativamente, mientras que los estudiantes se mantienen en el mismo rango de puntuaciones sin cambios significativos.

Respecto a los síntomas de depresión, a continuación se exponen los resultados obtenidos de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 27):

- Resulta significativo el efecto del momento sobre la sintomatología depresiva ($p=.001$, $<.05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que la puntuación en BDI difiere significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención ($Et\alpha_p^2>.188$).
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en BDI en función del grupo ($p=.735$, $>.05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos. ($Et\alpha_p^2>.012$).
- Es significativo el efecto de interacción ($p=.001$, $<.05$), por lo que puede afirmarse que la media en el momento previo y el posterior a la intervención es significativamente diferente en los tres grupos, lo cual indica una evolución distinta en cada uno de ellos (A, B y C) ($Et\alpha_p^2>.282$). Concretamente, se produce una disminución significativa de las medidas tanto en el grupo de trabajadores como en el clínico ($Z=-3.02$, $p=.003$; $Z=-3.90$, $p=.000$, respectivamente), sin embargo la evolución en el grupo de estudiantes es inversa, aunque no significativa ($Z=-1.33$, $p=.183$). Con respecto a los descensos significativos el grupo de trabajadores tanto antes como después se encuentra en puntuaciones que en la escala de Beck se entienden como subclínicas ($BDI<10$) tras la intervención este indicador consigue disminuir de forma relevante ($M=7.87$, $DT=8.54$ a $M=4.19$, $DT=7.24$). EL grupo clínico presenta un descenso de mayor magnitud pues antes de la intervención ($M=10.12$, $DT=2.84$) se encuentra justo por encima de la puntuación que indica sintomatología leve ($BDI=10-17$) y tras ella por debajo de rangos subclínicos ($M=2.84$, $DT=4.48$) e incluso presentan menor sintomatología depresiva que los trabajadores tras la intervención, siendo no solo el grupo que mayor descenso experimenta sino el que menores niveles depresivos plantea después del programa. (ver figura 28).

Tabla 27

Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en síntomas de depresión (BDI)

Efecto Intra	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Momento	GT	7.82(8.18)	4.05(5.49)	12.28	.001	.188	
Momento x Grupo	GA	3.93(2.52)	5.93(4.64)	10.43	.000	.282	
	GB	7.87(8.54)	4.19(7.24)*				
	GC	10.12(9.44)	2.84(4.48)*				
Efecto inter	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Grupo	GT	4.93(6.04)	6.03(6.04)	6.48(6.05)	.310	.735	.012

Nota. N GA= 15, GB=16, GC=25. N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; efecto pequeño Eta_p^2 : .01 - .06; gran efecto Eta_p^2 : > .14

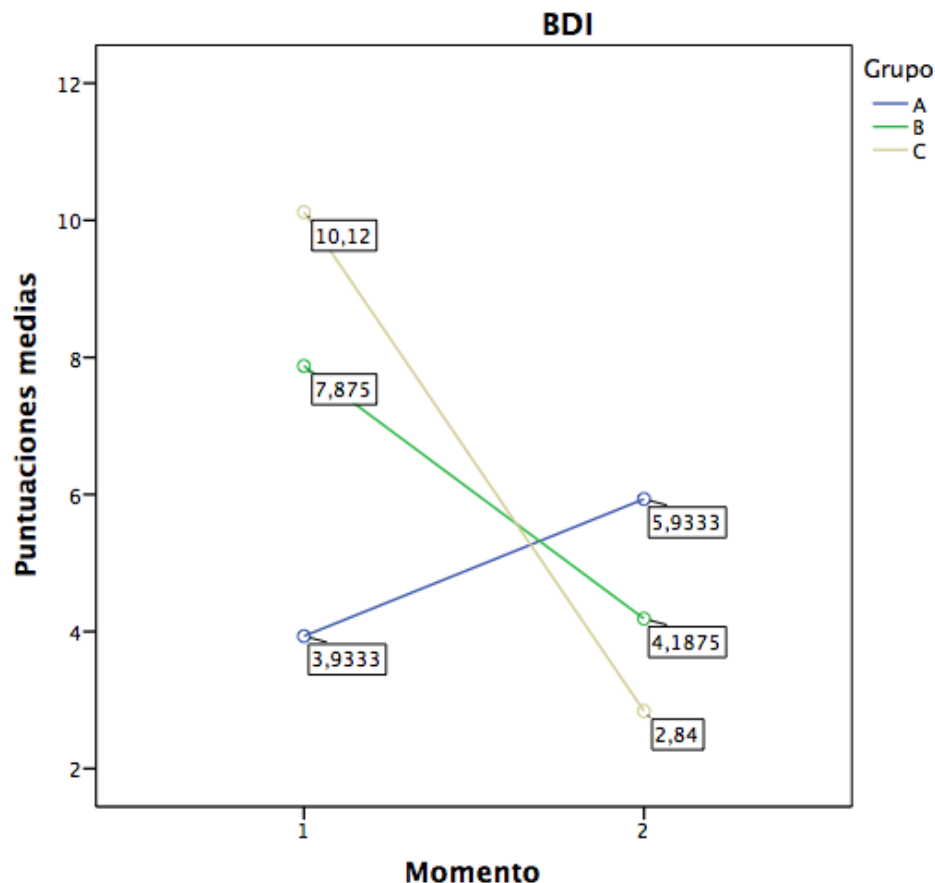


Figura 28 Evolución de las medias por grupos en síntomas de depresión (BDI)

Del mismo modo que ocurre con los síntomas de ansiedad, en los de depresión se puede afirmar que se acepta parcialmente la hipótesis planteada, puesto que a nivel del efecto de la intervención las diferencias encontradas son significativas. Al igual ocurre con respecto a la interacción, lo que indica que no todos los grupos siguen la misma evolución, existiendo disminuciones significativas en las puntuaciones de depresión en trabajadores y grupo clínico y un aumento no significativo en estudiantes.

Respecto los síntomas del estrés, a continuación se exponen los datos obtenidos de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 28):

- Resulta significativo el efecto del momento sobre el estrés ($p=.021, <.05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que la puntuación en PSS difiere significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención ($Et_{\alpha p^2}>.104$).
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en PSS en función del grupo ($p=.411, >.05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos ($Et_{\alpha p^2}>.036$).
- Es significativo el efecto de interacción ($p=.046<.05$), por lo que puede afirmarse que la media en el momento previo y el posterior a la intervención es significativamente diferente en los tres grupos (A, B y C) ($Et_{\alpha p^2}>.118$). Concretamente, en los tres grupos se produce una disminución en las puntuaciones en el momento post respecto al pre, siendo esta disminución significativa en el grupo clínico ($Z=-2.702, p=.007$); pero no en el grupo de estudiantes ($Z=-.433, p=.665$) ni en el de trabajadores ($Z=-.472, p=.637$). En las puntuaciones en el grupo clínico con respecto al estrés percibido, según para el instrumento utilizado a mayor puntuación mayor estrés (PSS=0-56) presenta un cambio significativo negativo. Esto indica que este grupo antes de la intervención presentaba niveles de estrés percibido ($M=17.25, DT=8.85$) por debajo de la mitad del rango que serían 28 puntos y justo después de la intervención obtiene una puntuación significativamente inferior a la medición

previa ($M=12.90$, $DT=6.82$). Por otro lado los trabajadores descienden ligeramente un punto su estrés y los estudiantes consiguen mantenerse en la misma puntuación. (ver figura 29).

Tabla 28

Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en estrés (PSS)

Efecto Intra	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	$Et\alpha_p^2$
Momento	GT	16.06(7.77)	12.90(6.82)	5.685	.021	.104
Momento x Grupo	GA	16.28(8.19)	16.14(7.17)	3.291	.046	.118
	GB	13.79(4.82)	12.35(5.73)			
	GC	17.25(8.85)	12.90(6.82)			
Efecto inter	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	$Et\alpha_p^2$
Grupo		16.21(6.25)	13.07(6.25)	.904	.411	.036

Nota. N GA= 15, GB=16, GC=25; N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; efecto pequeño $Et\alpha_p^2$: .01 - .06; gran efecto $Et\alpha_p^2 > .14$

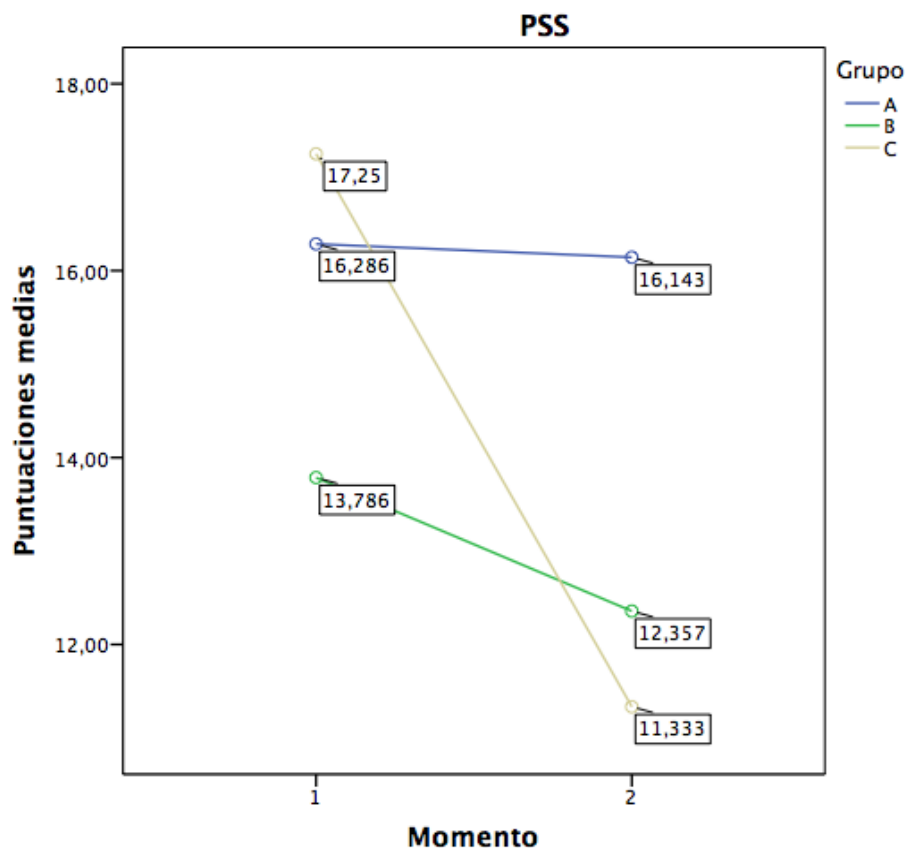


Figura 29 Evolución de las medias por grupos en estrés percibido (PSS)

Al respecto del estrés, se acepta parcialmente la hipótesis planteada, puesto que el efecto del momento presenta un efecto significativo, con respecto al estrés, indicando que es la intervención responsable de dicha modificación en las puntuaciones entre la medida pre y post. Con respecto a la interacción con los grupos de modo global, existen diferencias significativas, lo cual indica que cada grupo siguió un desarrollo diferente con respecto a la puntuación obtenida al inicio, de modo que los tres experimentan un descenso en sus puntuaciones, siendo significativo para el grupo clínico.

A nivel global se puede decir que se cumple parcialmente la hipótesis 3.3, propuesta que como se demostró en otros estudios como el de Seligman, Steen, y Peterson (2005) al poner a prueba la eficacia de ejercicios positivos demostraron que mejoraban el nivel de bienestar y disminuían la sintomatología depresiva, o que, por ejemplo, las personas que padecen depresión tienen más posibilidades de beneficiarse de los aumentos de las emociones positivas, y que las intervenciones positivas aceleran la recuperación de los efectos fisiológicos de las emociones negativas (Fredrickson, 1998; Fredrickson y Levenson, 1998). Estos datos se detectan también en el presente análisis, cuando observamos que ocurre lo previsto para los síntomas de ansiedad y depresión, donde se produce una mejoría reflejada en los descensos significativos de las puntuaciones de trabajadores y grupo clínico, por lo que puede afirmarse que la intervención específica parece que mejora significativamente la sintomatología ansiosa y depresiva en estas poblaciones.

Con respecto al grupo de estudiantes no hay cambios significativos, lo cual se consigue gracias a la influencia de la intervención, puesto que éstos ya partían de unas puntuaciones bajas y, dado que los estudiantes a final de curso tienden a empeorar en su estado de ánimo, este cambio se ve frenado presumiblemente por el programa, puesto que en otros estudios se demuestra que los estudiantes en la condición de intervención eran más felices, con menos síntomas depresivos y ansiosos en el final del mandato de los participantes en el grupo control (Tugade y Fredrickson, 2004).

Por otro lado el estrés percibido también experimenta una disminución: en los grupos de trabajadores y clínico, sin embargo en estudiantes no hay cambios significativos. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede decir

que se bloquea en cierta medida la percepción de estrés de los estudiantes, no produciéndose un aumento, consiguiendo éstos mantenerse en un nivel similar al previo. En el grupo clínico se da una disminución significativa, que es coherente si en global se examina, teniendo en cuenta que a su vez disminuye su nivel de ansiedad y depresión; este descenso del estrés percibido, al hacerse conscientes que antes de la intervención con el programa poseían estrategias de afrontamiento adquiridas probablemente en la intervención terapéutica, de ahí que sus puntuaciones previas no superasen la mitad del rango de la prueba (PSS=0-56). Puesto que según Lazarus y Folkman(1998), el estrés depende de la percepción de las demandas externas y los recursos percibidos, los participantes del grupo clínico tras el programa adquieren habilidades que no sólo les ayudan a disminuir esta percepción de estrés sino que la reducen incluso por debajo de las de los trabajadores y estudiantes antes y después del programa, lo que indica que la influencia del mismo es beneficiosa para personas que terminan una terapia psicológica, pues el nivel de estrés desciende por debajo de las medidas de otros grupos su estrés. Con respecto a los estudiantes donde a pesar, incluso de estar en proceso de exámenes, la intervención consigue moderar este estresor manteniéndose en los mismos niveles por debajo de la mitad del rango. Los trabajadores, disminuyen no significativamente su percepción de estrés porque probablemente percibieron tener insuficientes herramientas de afrontamiento en comparación con las adquiridas después del programa; teniendo en cuenta que éste grupo no parte de puntuaciones elevadas, este descenso indica que el programa influye en el mantenimiento de un estado de estrés moderado.

H3.4

En el área de potencialidades positivas (fortalezas y virtudes) es de esperar un cambio significativo positivo en los tres grupos, siendo mayores en el grupo clínico, ya que se parte hipotéticamente de un menor nivel de potencialidades.

Respecto al número de fortalezas, a continuación se exponen los resultados obtenidos de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 29):

- Resulta significativo el efecto del momento sobre el número de fortalezas ($p=.001$, $<.05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que el número de fortalezas difiere significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención ($\eta_p^2 > .184$)
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en VIA en función del grupo ($p=.866$, $>.05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos ($\eta_p^2 > .005$).
- Es significativo el efecto de interacción ($p=.016$, $<.05$), por lo que puede afirmarse que la media del número de fortalezas en el momento previo y el posterior a la intervención es significativamente diferente en los tres grupos (A, B y C) ($\eta_p^2 > .147$). Se observa un aumento significativo en las puntuaciones post respecto a las pre tanto en trabajadores como en el grupo clínico ($Z=-2.720$, $p=.007$; $Z=-3.079$, $p=.002$, respectivamente); sin embargo las puntuaciones descienden en los estudiantes aunque no de manera significativa ($Z=-.810$, $p=.418$). El número de fortalezas con respecto a la medida previa, experimentan un aumento significativo de aproximadamente cuatro fortalezas más para trabajadores (pasando de $M=12.56$, $DT=3.65$ a $M=16.19$, $DT=4.25$) y tres más para el grupo clínico (pasando de $M=12.56$, $DT=6.18$ a $M=15.92$, $DT=6.78$), lo cual significa un aumento de aproximadamente el 16.7% y del 12.5% para trabajadores y grupo clínico respectivamente. Por otro lado los estudiantes experimentan un descenso no significativo disminuyendo sus fortalezas (pasando de $M=15.43$, $DT=4.57$ a $M=14.78$, $DT=4.96$) lo que supone una escasa fortaleza, lo que hace que no sea relevante este cambio (ver figura 30).

Tabla 29

Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en número de fortalezas (VIAN)

Efecto Intra	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Momento	GT	13.29(5.23)	15.71(5.63)	11.713	.001	.184	
Momento x Grupo	GA	15.43(4.57)	14.78(4.96)	4.474	.016	.147	
	GB	12.56(3.65)	16.19(4.25)*				
	GC	12.56(6.18)	15.92(6.78)*				
Efecto inter	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Grupo		15.11(4.98)	14.34(4.96)	14.24(4.95)	.144	.866	.005

Nota. N GA= 15, GB=16, GC=25; N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; efecto pequeño Eta_p^2 : .01 - .06; gran efecto Eta_p^2 : > .14

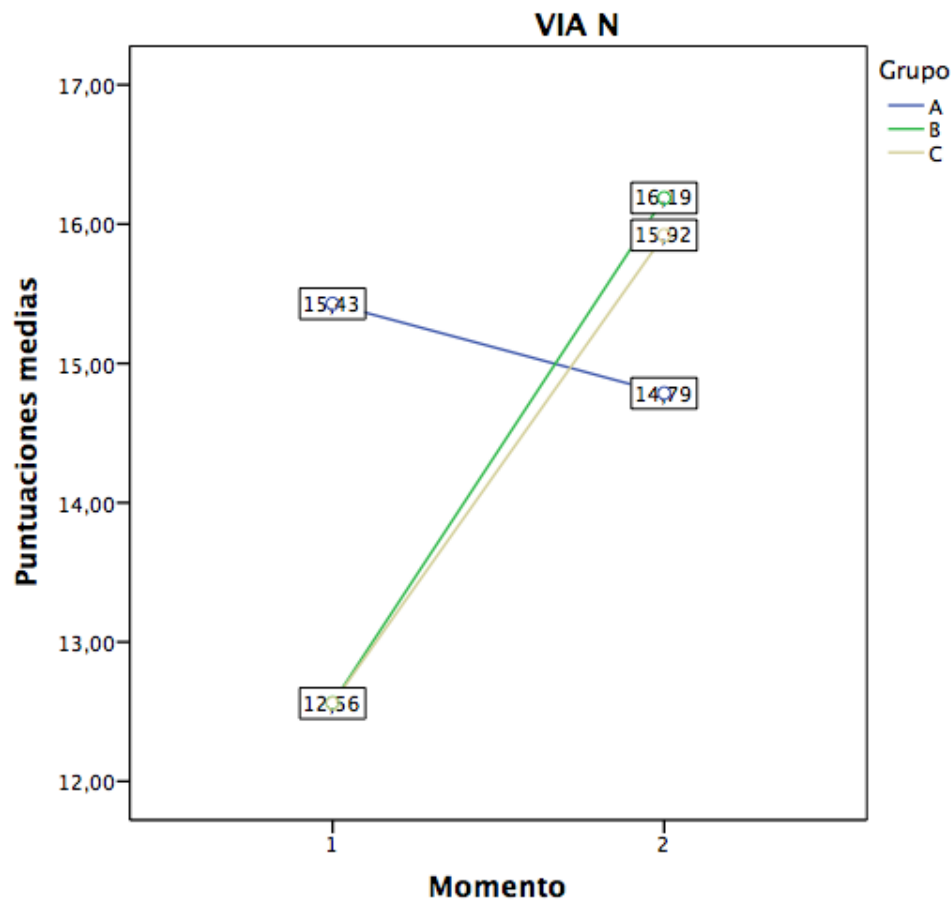


Figura 30 Evolución de las medias por grupos en número de fortalezas (VIA N)

En lo que respecta a las fortalezas, la hipótesis 3.4 planteada se acepta parcialmente, pues se esperaba un aumento en los tres grupos, y el efecto del momento es una influencia positiva; sin embargo con respecto a la interacción se observa una evolución diferente en cada uno de ellos. Pormenorizadamente, sí se cumple la hipótesis para los grupos de trabajadores y clínicos, puesto que se detecta un aumento significativo del número de fortalezas con respecto a la medida inicial; en el grupo de estudiantes no existen modificaciones relevantes en la puntuación.

Respecto a los recursos, a continuación se exponen los datos obtenidos de los efectos principales del momento (pre, post) y del grupo (A, B, C), así como el efecto de interacción (momento x grupo) (ver Tabla 30):

- Resulta significativo el efecto del momento sobre los recursos ($p=.025, <.05$). Dado que se trata de un efecto general, la conclusión derivada es que la puntuación en IRP difiere significativamente de forma global entre el momento previo y el posterior a la intervención ($Et_{p^2} > .093$).
- No existen diferencias significativas de forma global, en la media en IRP en función del grupo ($p=.709, >.05$). Es decir, la media conjunta (tanto del momento previo como del momento posterior) del grupo A no difiere significativamente de las medias globales de los otros dos grupos ($Et_{p^2} > .013$).
- Es significativo el efecto de interacción ($p=.012, <.05$), por lo que puede afirmarse que la media en el momento previo y el posterior a la intervención es significativamente diferente en los tres grupos (A, B y C) ($Et_{p^2} > .158$). Se observa un aumento significativo en las puntuaciones post respecto a las pre tanto en trabajadores como en el grupo clínico ($Z=-2.277, p=.023$; $Z=-3.216, p=.001$, respectivamente); sin embargo las puntuaciones descienden en los estudiantes aunque no de manera significativa ($Z=-.565, p=.572$). El mismo patrón que con las fortalezas se cumple con respecto a los recursos, pues tanto el grupo de trabajadores como el clínico presentan diferencias significativas mediante un aumento de aproximadamente cuatro puntos los

trabajadores (pasando de $M=160.21$, $DT=24.99$ a $M=164.44$, $DT=31.93$) y de 20 para el grupo clínico (pasando de $M=144.92$, $DT=29.40$ a $M=165.92$, $DT=34.16$). Esto implica que el grupo clínico pasa de poseer una puntuación cercana a indicar déficit en recursos psicológicos ($IRP \leq 140$) a estar cercano a un nivel óptimo de los mismos ($IRP \geq 170$), superando este grupo tanto a los estudiantes como a los trabajadores después de la intervención (ver figura 31).

Tabla 30

Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en recursos (IRP)

Efecto Intra	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Momento	GT	153.18(27.10)	163.40(30.64)	5.301	.025	.093	
Momento x Grupo	GA	159.79(22.22)	157.71(22.85)	4.871	.012	.158	
	GB	160.31(24.99)	164.44(31.93)*				
	GC	144.92(29.40)	165.92(34.16)*				
Efecto inter	Grupo	M_{pre} (DT)	M_{post} (DT)	F	p	Eta_p^2	
Grupo		158.75(26.23)	162.38(26.24)	155.42(26.25)	.345	.709	.013

Nota. N GA= 15, GB=16, GC=25; N= número de participantes; Estudiantes (GA); trabajadores (GB); clínico (GC); total (GT); (sujetos que responden tanto al pre como al post)

* Significación $p \leq .05$; efecto pequeño Eta_p^2 : .01 - .06; gran efecto Eta_p^2 : > .14

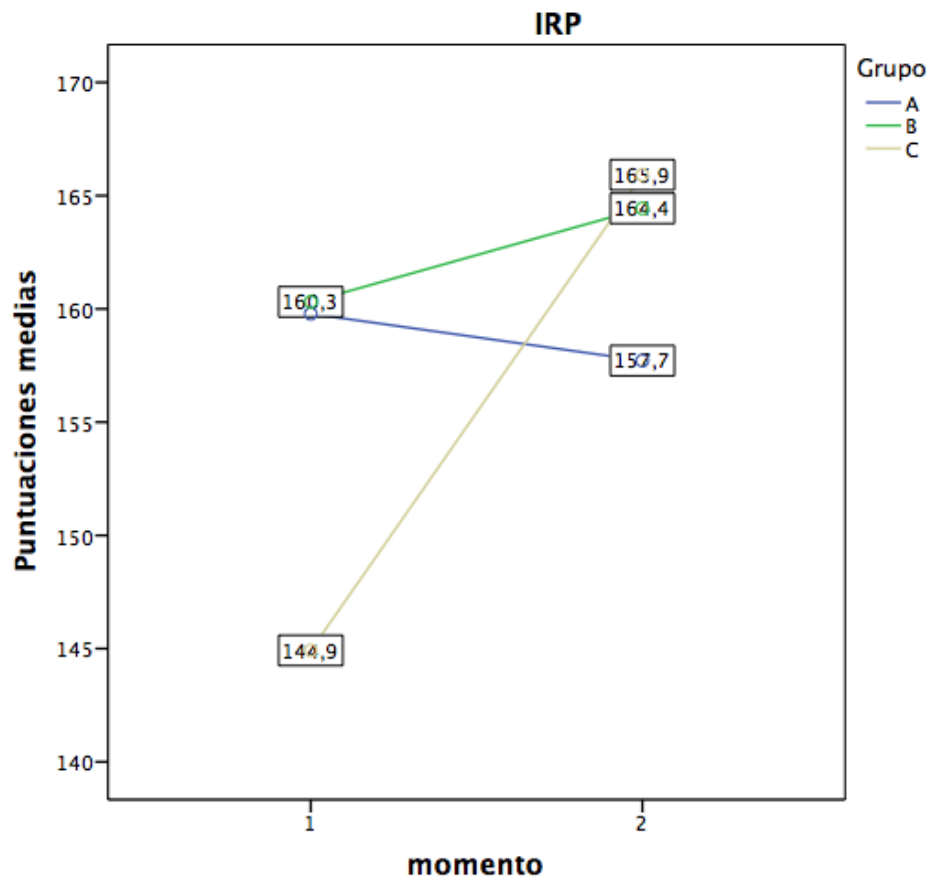


Figura 31 Evolución de las medias por grupos en recursos personales (IRP)

Los datos indican que de igual forma que ocurre con el número de fortalezas sucede con los recursos personales, aceptándose por tanto parcialmente la hipótesis 3.4 planteada para esta variable, el efecto de la intervención provoca cambios significativos antes y después en los grupos y con respecto a la interacción, las distintas muestras presentan una evolución diferente, produciéndose una mejoría significativa en el grupo clínico, como se esperaba, y en trabajadores; en cuanto a los estudiantes no se producen cambios relevantes.

Con respecto al área de potencialidades psicológicas, los datos indican que, como se esperaba, la aplicación de los programas de psicología positiva ha mostrado eficacia en el pasado, como en el caso del programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos (Remor, Amorós, y Carroble, 2010). El grupo clínico aprovecha el curso para aumentar su número de fortalezas y los trabajadores y los estudiantes para que no se produzca un descenso en las mismas, puesto que partiendo de niveles medios,

los estudiantes presentaban puntuaciones parecidas a los trabajadores antes de la aplicación del programa (mayores que las del grupo clínico ambas), pero, aún viviendo una situación vital estresante como la finalización de estudios superiores, consiguen mantenerse en el mismo nivel, ligeramente por encima de la mitad de las 24 evaluadas. El grupo clínico y el de trabajadores, que no sufre ningún estresor especial durante la aplicación de la intervención, aumenta su número de fortalezas, tras la puesta en práctica de las habilidades entrenadas.

En cuanto a los recursos personales evaluados, se acepta parcialmente la hipótesis 3.4, dado que los resultados indican que se produce un aumento significativo en trabajadores y grupo clínico, manteniéndose casi invariable en estudiantes. Como se ha demostrado en otras investigaciones, no se trata únicamente de poseer los recursos sino tener la habilidad para ponerlos en marcha (Fredricson, 2002), objetivos que se pretenden con la aplicación del programa donde se han trabajado en las diferentes actividades en las sesiones, como el 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 que, según Martínez de Serrano (2007), son los más relevantes. Los datos, por tanto, indican que el programa implementado favorece en los individuos un aumento de la percepción de sus recursos para trabajadores y grupo clínico así como ejerce de prevención para una no disminución de los mismos en momentos de estrés, como puede ocurrir en los estudiantes, al hacer sus contenidos hincapié en el desarrollo personal de las habilidades de afrontamiento.

Resumen Objetivo 3:

Se pretende conocer qué áreas (cambio, salud, psicopatológicas y potencialidades) se muestran sensibles a la aplicación del programa. A este respecto se expone una Tabla resumen (31), donde el momento indica si la variable en cuestión difiere significativamente o no entre el momento previo y el posterior a la intervención. Con respecto a la medida grupo indica si la media conjunta de la variable (tanto en momento previo como posterior) difiere entre las muestras. Por último, en cuanto a la interacción se indica si la variable en el momento previo y

posterior presenta o no diferencias significativas entre los grupos, es decir, si siguen los tres la misma tendencia en la evolución de la variable o no. Con las iniciales de los grupos y las flechas se especifica cuál es el resultado obtenido (si aumenta, disminuye, es significativo o no este cambio) y en qué grupo ocurre, con el siguiente resultado:

Tabla 31

Resumen de los resultados para el objetivo 3

Área	Variable	Hipótesis	Momento	Grupo	Interacción	Conclusión
Cambio	Motivación		No sig.	No sig.	No sig. ↑A,ByC	Se acepta Ho parcialmente.
	Optimismo	↑ByC(>C) ↑A	No sig.	No sig.	No sig. ↑ByC ↓C	Se acepta Ho parcialmente.
Salud	Actividad general	↑ByC(>C) ↓A	Sig.	No sig.	Sig. ↓A ↑B ↑C	Se acepta Ho parcialmente.
	Funcionamiento social	↓ByC(>C) ↓A	Sig.	No sig.	Sig. ↓A ↓ByC	Se acepta Ho.
	Satisfacción	↑ByC(>C) ↓A	Sig.	No sig.	No sig. ↑AyB ↑C	Se acepta Ho parcialmente.
Psicopatología	Síntomas de ansiedad		Sig.	No sig.	Sig. ↓ByC ↑A	Se acepta Ho parcialmente.
	Síntomas de depresión	↓ByC(>C) =A	Sig.	No sig.	Sig. ↓ByC ↑A	Se acepta Ho parcialmente.
	Estrés percibido		Sig.	No sig.	Sig. ↓C ↓AyB	Se acepta Ho parcialmente.
Potencialidades	Fortalezas		Sig.	No sig.	Sig. ↑ByC ↓A	Se acepta Ho parcialmente.
	Recursos	↑A,ByC	Sig.	No sig.	Sig. ↑ByC ↓A	Se acepta Ho parcialmente.

Nota. A=grupo A; B= grupo B; C= grupo C; ↑↓= aumento o disminución no significativo; ↑↓= aumento o disminución significativo.

Objetivo 4.

Determinar el efecto diferencial (interés y utilidad) de los componentes del programa.

H4.1

Se observarán puntuaciones no similares en los distintos grupos en la valoración de los diferentes módulos.

EL interés en las sesiones por grupos se distribuye en los estudiantes en un rango de puntuaciones medias entre 6.98 y 9.06; en los trabajadores entre 7.96 y 9.18 y en el grupo clínico entre 8.48 y 9.55 (ver Tabla 32 y figura 32).

Tabla 32

Media de puntuaciones de interés en las sesiones por grupos

Grupo		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	M	6.89	9.06	8.42	8.29	8.31	8.56	8.25	9.00	8.27	8.69	8.86	8.43
	DT	1.83	1.03	1.73	2.23	1.35	1.13	1.06	1.04	1.48	1.11	1.61	1.40
B	M	8.33	7.96	8.07	8.63	8.00	8.48	8.23	9.18	8.43	8.56	8.14	9.00
	DT	1.34	1.18	1.56	1.18	2.04	1.26	1.83	1.25	1.51	1.83	1.99	1.84
C	M	8.48	8.61	9.38	8.77	9.52	8.96	9.55	8.95	9.33	9.39	8.56	9.55
	DT	1.42	1.27	.98	.87	.67	1.24	.95	.90	.96	1.08	1.26	.86
Total	M	8.17	8.47	8.65	8.60	8.63	8.69	8.82	9.02	8.79	8.96	8.53	9.08
	DT	1.54	1.24	1.50	1.39	1.62	1.24	1.42	1.01	1.35	1.39	1.56	1.40

Nota: M= media; DT= desviación típica; A= Grupo A; B= Grupo B; C= Grupo C

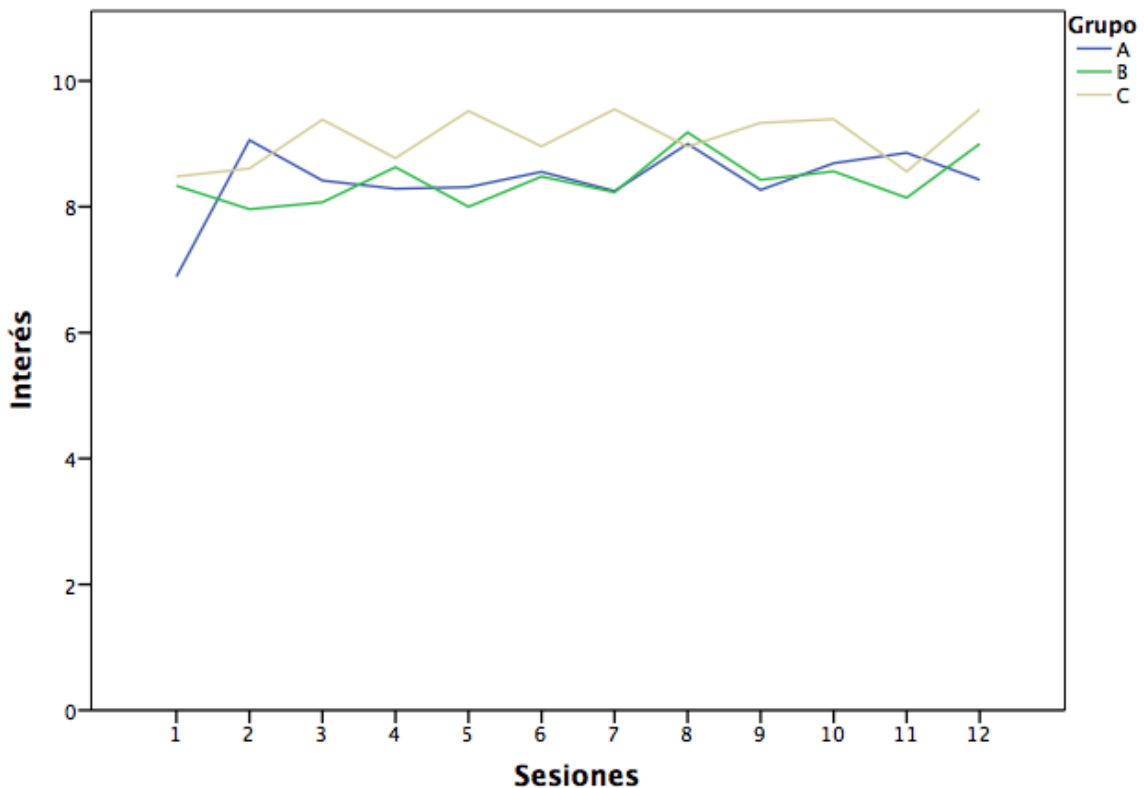


Figura 32 Evolución de las medias por grupos de interés en las sesiones.

Los resultados a través de la prueba de Kruskal-Wallis (ver Tabla 33), revelan que existen diferencias significativas entre los tres grupos con respecto al **interés** que despiertan las diferentes sesiones en algunas de ellas, tendencialmente como psicoeducación (S1: $X^2= 5.79$, $p =.055$) y optimismo (S9: $X^2=5.8$, $p=.053$), y significativamente: relajación (S2: $X^2= 8.43$, $p=.015$), autocontrol emocional (S3: $X^2=12.73$, $p =.002$), comunicación positiva (S5: $X^2=11.62$, $p=.003$), asertividad (S7: $X^2=13.84$, $p=.001$), agradecimiento y perdón (S9: $X^2=7.02$, $p=.030$) y revisión de técnicas (S12: $X^2=7.68$, $p=.021$), siendo mayor las puntuaciones medias en el grupo clínico para todas las sesiones ($M=8.48$, $DT=1.42$; $M=8.61$, $DT=1.27$; $M=9.52$, $DT=.67$; $M=9.55$, $DT=.95$; $M=9.33$, $DT=.96$; $M=9.55$, $DT=.86$; respectivamente; ver Tabla 32).

Tabla 33

Contraste entre grupos según nivel de interés en las sesiones

Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Chi-cuadrado</i>	5.79	8.43*	12.73**	.10	11.62**	2.48	13.84**	.44	7.02*	5.89	1.75	7.68*
<i>gl</i>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>p</i>	.055	.015	.002	.950	.003	.290	.001	.803	.030	.053	.417	.021

Nota. Prueba de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad

** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

Comparando las puntuaciones respecto al interés entre el grupo de estudiantes y trabajadores, los resultados aportados por la prueba U de Mann-Whitney (ver Tabla 34) muestran que existen diferencias significativas entre dichos grupos en las sesiones de psicoeducación y relajación ($z=-2.10$, $p=.036$; y $z=-2.92$, $p=.003$, respectivamente, ver Tabla 33), aunque con mayor puntuación media en la sesión de psicoeducación para los trabajadores (S1: $M=8.33$, $DT=1.34$; ver Tabla 31) y al contrario, más interesante la relajación para los estudiantes (S2: $M=9.06$, $DT=1.03$; ver Tabla 32). No existen diferencias entre estos dos grupos en el resto de sesiones.

Tabla 34

Comparación del interés en las sesiones entre trabajadores y estudiantes.

	1	2	3	5	7	9	10	12
<i>U de Mann-Whitney</i>	57.00*	108.50**	137.0	190.00	69.00	97.00	97.50	66.500
<i>Z</i>	-2.10	-2.92	-.94	-.06	-.51	-.36	-.30	-1.52
<i>p</i>	.036	.003	.347	.955	.613	.719	.767	.128

Nota. ** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

Entre estudiantes y grupo clínico, los resultados aportados por la prueba U de Mann-Whitney (ver Tabla 35) indican que las sesiones que despiertan un interés significativamente diferente entre ellos son las de psicoeducación, autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad, agradecimiento y perdón, optimismo y revisión de técnicas (S1: $z=-2.27$, $p=.023$; S3: $z=-2.33$, $p=.020$; S5: $z=-2.93$, $p=.003$; S7: $z=-3.46$, $p=.001$; S9: $z=-2.37$, $p=.018$; S10: $z=-2.25$, $p=.025$; S12: $z=-2.73$,

$p=.006$; respectivamente), resultando todas ellas más interesantes para la muestra clínica que para los estudiantes (S1: $M=8.17$, $DT=1.54$; S3: $M=8.65$, $DT=1.50$; S5: $M=8.63$, $DT=1.62$; S7: $M=8.82$, $DT=1.42$; S9: $M=8.79$, $DT=1.35$; S10: $M=8.96$, $DT=1.39$; S12: $M=9.08$, $DT=1.40$; ver Tabla 32). No se observan diferencias significativas en la sesión de relajación.

Tabla 35

Comparación del interés en las sesiones entre estudiantes y grupo clínico.

	1	2	3	5	7	9	10	12
<i>U de Mann-Whitney</i>	55.50*	157.00	87.50*	88.00**	38.00*	103.00	87.00	78.00
<i>Z</i>	-2.27	-1.11	-2.33	-2.93	-3.46	-2.37	-2.25	-2.73
<i>p</i>	.023	.269	.020	.003	.001	.018	.025	.006

Nota. ** Significación $p \leq 0.01$

* Significación $p \leq 0.05$

Entre los grupos de trabajadores y clínicos, los resultados aportados por la prueba U de Mann-Whitney (ver Tabla 36) indican que las sesiones en las que muestran distinto interés significativamente son autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad y agradecimiento y perdón (S3: $z=-3.40$, $p=.001$; S5: $z=-2.99$, $p=.003$; S7: $z=-2.88$, $p=.004$; S9: $z=-2.04$, $p=.041$, respectivamente ver Tabla 35), todas ellas más interesantes para el grupo clínico (S3: $M=9.38$, $DT=.98$; S5: $M=9.52$, $DT=.67$; S7: $M=9.55$, $DT=.95$; S9: $M=9.33$, $DT=.96$; ver Tabla 32).

Tabla 36

Comparación del interés en las sesiones entre trabajadores y grupo clínico.

	1	2	3	5	7	9	10	12
<i>U de Mann-Whitney</i>	277.50	217.00	177.00**	143.50**	59.00**	105.00*	125.00	122.50
<i>Z</i>	-.46	-1.71	-3.40	-2.99	-2.88	-2.04	-1.87	-1.20
<i>p</i>	.644	.088	.001	.003	.004	.041	.061	.231

Nota. ** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

Respecto a la utilidad de las sesiones percibida por los distintos grupos, se distribuye en estudiantes en un rango de puntuaciones medias entre 8.50 y 9.07

exceptuando la presentación con un 7.56; en los trabajadores entre 8.04 y 9.18; y en el grupo clínico entre 8.52 y 9.69 (ver Tabla 37 y figura 33)

Tabla 37

Media de puntuaciones de utilidad en las sesiones por grupos

Grupo		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	M	7.56	8.82	9.00	8.57	8.44	8.78	8.50	9.00	8.73	8.54	9.07	8.57
	DT	1.51	1.78	.95	1.22	1.26	1.20	.80	1.04	1.28	1.26	1.59	1.22
B	M	8.42	8.23	8.25	8.63	8.04	8.36	8.54	9.18	8.57	8.69	8.29	9.07
	DT	1.32	1.11	1.40	1.21	2.22	1.41	1.85	1.25	1.45	1.89	1.59	1.33
C	M	8.52	8.78	9.69	8.77	9.52	8.88	9.60	8.95	9.42	9.35	8.72	9.59
	DT	1.36	1.13	2.35	.92	.59	1.56	.94	.90	.72	.94	1.21	.80
Total	M	8.33	8.58	8.95	8.67	8.68	8.64	9.00	9.02	9.00	8.94	8.70	9.16
	DT	1.38	1.33	1.88	1.11	1.66	1.45	1.33	1.01	1.16	1.39	1.42	1.15

Nota: M= media; DT= desviación típica; A= Grupo A; B= Grupo B; C= Grupo C

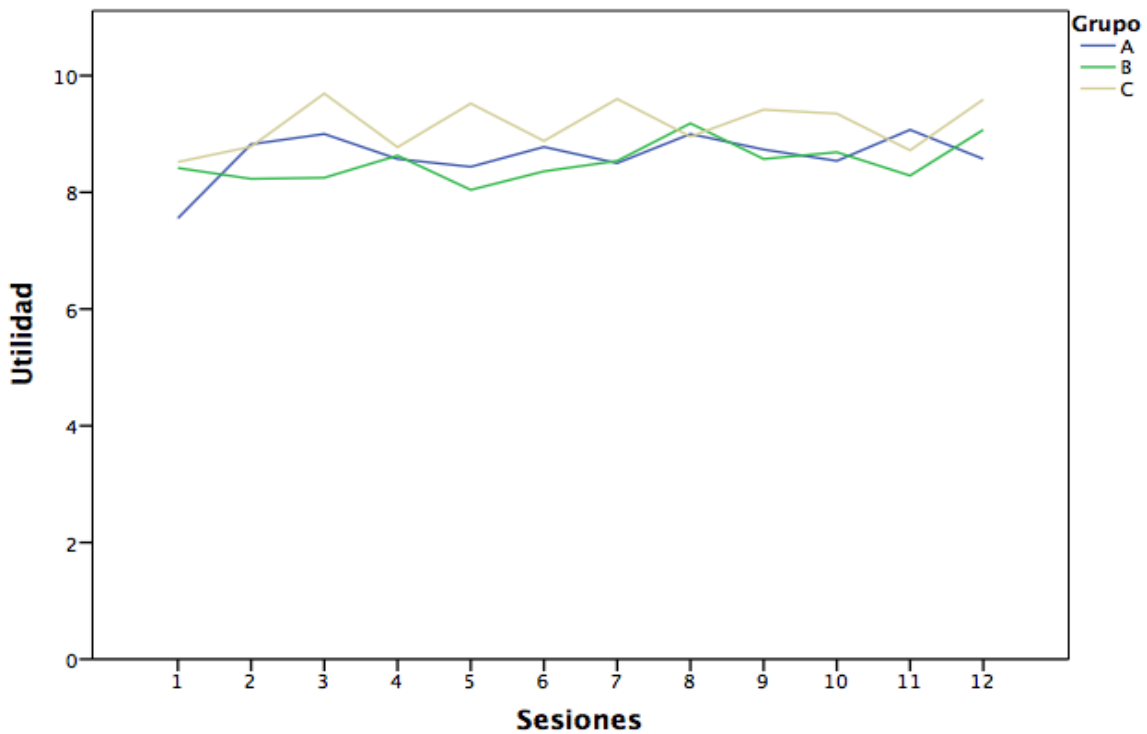


Figura 33 Evolución de las medias por grupos de utilidad en las sesiones.

Por otro lado, al respecto de la **utilidad** suscitada por las sesiones, a través de la prueba de Kruskal-Wallis (ver Tabla 38), se observa que existen diferencias tendenciales a nivel global en relajación (S2: $X^2=5.84$, $p=.054$) y significativas a nivel global entre los grupos en las sesiones de autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad y revisión de técnicas (S3: $X^2=9.31$, $p=.010$; S5: $X^2=9.81$, $p=.007$; S7: $X^2=13.24$, $p=.001$; S12: $X^2=8.54$, $p=.014$ respectivamente), resultando, para el grupo de estudiantes, más útil la sesión de relajación que para el resto (S2: $M=8.82$, $DT=1.78$; ver Tabla 37). El resto de las sesiones que muestran diferencias significativas resultan más útiles para el grupo clínico (S3: $M=9.69$, $DT=2.35$; S5: $M=9.52$, $DT=.59$; S7: $M=9.60$, $DT=.94$; S12: $M=9.59$, $DT=.80$; ver Tabla 37).

Tabla 38

Contraste entre grupos según nivel de utilidad en las sesiones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Chi-cuadrado</i>	2.85	5.84	9.31*	.13	9.81**	2.85	13.24**	1.12	4.79	4.23	4.05	8.54*
<i>gl</i>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>p</i>	.240	.054	.010	.937	.007	.241	.001	.573	.091	.121	.132	.014

Nota. Prueba de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad

** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

Entre estudiantes y trabajadores, los resultados aportados por la prueba U de Mann-Whitney (ver Tabla 39) indican que la única sesión que presentan diferencias en cuanto a la percepción de utilidad es la dedicada a la relajación (S2: $z=-2.30$, $p=.022$), que resulta más útil para los estudiantes (S2: $M=8.82$, $DT=1.78$; ver Tabla 37). Para el resto de sesiones no hay diferencias de percepción de utilidad.

Tabla 39

Comparación de la utilidad en las sesiones en trabajadores y estudiantes.

	2	3	5	7	12
<i>U de Mann-Whitney</i>	131.50*	115.00	189.00	62.00	68.50
<i>Z</i>	-2.30	-1.62	-.09	-.92	-1.42
<i>p</i>	.022	.105	.932	.359	.156

Nota. * Significación $p \leq .05$

La utilidad se muestra diferente entre estudiantes y grupo clínico en las sesiones dedicadas a comunicación positiva, asertividad y revisión de técnicas (S5: $z=-2.76$, $p=.006$; S7: $z=-3.49$, $p=.000$; S12: $z=-2.80$, $p=.005$; respectivamente, ver Tabla 40), y no existen diferencias entre los grupos en el resto, resultando más útiles para el grupo clínico (S5: $M=9.52$, $DT=.59$; S7: $M=9.60$, $DT=.94$; S12: $M=9.59$, $DT=.80$; respectivamente, ver Tabla 37).

Tabla 40

Comparación de la utilidad en las sesiones entre estudiantes y grupo clínico.

	2	3	5	7	12
<i>U de Mann-Whitney</i>	166.50	117.00	94.00**	38.00**	76.00**
<i>Z</i>	-.84	-1.33	-2.76	-3.49	-2.80
<i>p</i>	.403	.185	.006	.000	.005

Nota. ** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

Entre la muestra de trabajadores y clínica existen diferencias en la percepción de la utilidad de las sesiones dedicadas a autocontrol emocional, comunicación positiva y asertividad (S3: $z=-2.89$, $p=.004$; S5: $z=-2.60$, $p=.009$; S7: $z=-1.67$, $p=.096$; respectivamente, ver Tabla 41), sin mostrar diferencias en el resto, estas sesiones que muestran diferencias significativas son de mayor utilidad para el grupo clínico (S3: $M=9.69$, $DT=2.35$; S5: $M=9.52$, $DT=.59$; S7: $M=9.60$, $DT=.94$; respectivamente, ver Tabla 37).

Tabla 41

Comparación del interés en las sesiones entre trabajadores y grupo clínico

	2	3	5	7	12
<i>U de Mann-Whitney</i>	220.50	205.00**	157.00**	68.00**	109.50
<i>Z</i>	-1.62	-2.89	-2.69	-2.60	-1.67
<i>p</i>	.105	.004	.007	.009	.096

Nota. ** Significación $p \leq .01$

La hipótesis planteada se acepta dado que existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a interés y a utilidad de las sesiones tal y como se

esperaba, ya que al partir de muestras con características iniciales diferentes (grupo de estudiantes, trabajadores y clínico) como se comprobó en las hipótesis del objetivo 1), éstas presentan demandas diferentes según sus necesidades concretas. De modo que para los estudiantes resulta más interesante y útil la sesión de relajación que para los trabajadores, posiblemente debido a que se enfrentan a una situación vital estresante, como es el fin de grado y la inserción en breve al mundo laboral, al que probablemente antes no se habían enfrentado, provocando un aumento de la activación fisiológica que se regula mediante estos ejercicios de relajación presentados. Para el grupo de trabajadores no existe diferencias significativas, salvo en el interés en la psicoeducación inicial, siendo mayor que en los otros dos grupos, se entiende que éste es el único grupo que desconoce las bases psicológicas del programa, puesto que los estudiantes se sobrentiende que poseen estos conocimientos, y el grupo clínico proviene de un proceso terapéutico donde se trabaja este objetivo. Por último el grupo clínico presenta diferencias significativas tanto en interés y utilidad con respecto a los otros dos grupos en siete sesiones diferentes.

Así puede decirse que, con carácter general, cuando existen diferencias significativas a la muestra clínica le resultan los contenidos más interesantes y útiles que a los otros dos grupos, ya que en las comparaciones por grupos éstas presentan diferencias significativas superiores a los trabajadores y los estudiantes, teniendo en cuenta que todas las sesiones en todos los grupos se obtienen niveles muy elevados en interés y utilidad por encima de los 8 puntos (por lo que las diferencias significativas obtenidas se encuentran siempre en el rango superior de valoración de las sesiones).

Por otra parte, al partir de poblaciones con características distintas es lógico entender que tengan necesidades diferentes de las cuales depende el interés y la utilidad suscitado en las distintas sesiones, existiendo diferencias en la combinación de todos los grupos posible.

Los rangos de puntuaciones, tanto en interés como en utilidad, son pequeños en los tres grupos, existiendo aun así diferencias que pueden servir para adaptar programas en base a las características de partida que puedan ser más breves, y por tanto eficientes, al estar adaptados a la población diana específica.

H4.2

Independientemente del grupo, es esperable que los módulos de mayor utilidad se asocien con un mayor interés.

Los resultados del análisis de correlación entre interés y utilidad por sesiones indican que todas ellas ($p=.000$) muestran correlaciones significativas como se muestra en la Tabla 42.

Tabla 42

Análisis de correlación entre interés y utilidad por sesiones

Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pearson	.88**	.76**	.632**	.764**	.956**	.549**	.962**	.854**	.823**	.954**	.912**	.932**
p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Nota. ** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

La hipótesis, por tanto, se acepta puesto que tanto en las sesiones con puntuaciones más elevadas como las que no, el interés y la utilidad percibida correlacionan significativamente.

Se planteó esta diferenciación puesto que, al ser dos conceptos subjetivos de valoración de las sesiones, se quería estudiar su relación en base a la diferencia que existe entre estos dos conceptos definidos por la RAE (2014): interés, como inclinación del ánimo hacia un objeto, y utilidad definida como provecho, conveniencia o fruto que se obtiene de algo. En base a esto los resultados se explican dado al carácter práctico que se persiguió en las sesiones, lo que demuestra que la intención inicial del programa de generar intervenciones directas, sencillas, funcionales y aplicables a la vida diaria de los participantes se consigue, dado que además de despertar un interés elevado en los participantes se consigue que resulten de las sesiones estrategias resolutivas con respecto a los objetivos específicos planteados individualmente, lo cual supone una mayor adherencia a la puesta en práctica de las herramientas planteadas, con los beneficios psicológicos que esto implica sin distinción del contenido de las mismas.

H4.3

Valoraciones elevadas en interés y utilidad en módulos específicos, como autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad, agradecimiento y perdón, estarán relacionados con un aumento de la satisfacción vital posterior en los grupos no clínicos (grupo A y grupo B).

Con respecto al **interés** de las sesiones relacionado con el cambio en la satisfacción personal, la sesión que presenta correlaciones significativas son las de comunicación positiva (S5: $r=.399$, $p=.043$), optimismo (S10: $r=.455$, $p=.029$) y revisión de técnicas (S12: $r=.493$, $p=.020$) (ver Tabla 43).

Tabla 43

Análisis de correlación entre interés y satisfacción personal (SWLS) en estudiantes y trabajadores.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SWLS	Pearson	.222	.225	.094	.079	.399*	.104	.187	-.060	.401	.455*	.174	.493*
	p	.361	.242	.646	.701	.043	.653	.457	.800	.058	.029	.439	.020
	N	19	29	26	26	26	21	18	20	23	23	22	22

Nota. N= número de participantes

** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

En relación a la utilidad de las sesiones relacionado con la satisfacción personal, los datos indican que sólo existen significativamente una relación significativa con la sesión de revisión de técnicas (S12: $r=.580$, $p=.005$, ver Tabla 44).

Tabla 44

Análisis de correlación entre la utilidad y la satisfacción personal (SWLS) en estudiantes y trabajadores.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SWLS	Pearson	.042	.066	.032	.283	.355	.017	.238	.079	.336	.407	.106	.580**
	p	.865	.736	.878	.162	.075	.942	.342	.742	.117	.054	.638	.005
	N	19	29	26	26	26	21	18	20	23	23	22	22

Nota. N = número de participantes

** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

Se cumple parcialmente la hipótesis, ya que se asocia sólo el interés en la sesión de autocontrol emocional como se preveía con la satisfacción personal posterior, no cumpliéndose para las sesiones de comunicación positiva, asertividad, agradecimiento y perdón. Por otro lado sí se detectan relaciones para las sesiones de optimismo y revisión de técnicas. Con respecto a la utilidad únicamente se detectan asociaciones con la satisfacción posterior para la sesión de revisión de técnicas y no para ninguna de las propuestas como autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad, agradecimiento y perdón.

La hipótesis se planteó desde el prisma que sesiones como el autocontrol emocional, comunicación positiva asertividad y agradecimiento y perdón, constituyen el trabajo acerca de una serie de herramientas generalistas útiles independientemente de las necesidades del grupo en cuestión, partiendo de la idea de que estos grupos, tanto estudiantes como trabajadores, les resultarían más provechosas para su satisfacción personal. Los resultados, sin embargo, indican que la satisfacción en estos grupos se asocia más a estrategias específicas de control personal y mejora del optimismo como por otra parte se encontró en otras investigaciones que indican que los individuos pueden fortalecer intencionalmente su capacidad para experimentar y maximizar emociones positivas, mediante, por ejemplo, el optimismo (Seligman y Christopher, 2000), y revisión de todas las técnicas vistas que supone un compendio de las estrategias vistas en todo el programa.

H4.4

Valoraciones elevadas en interés y utilidad en módulos específicos, como relajación, autocontrol emocional, aprovechamiento, autoconcepto y pensamiento positivo, se asociarán con una mayor satisfacción vital en el grupo C o grupo clínico posterior al programa.

En cuanto a la relación entre interés y la satisfacción posterior no se encuentran relaciones significativas con las sesiones ya que todas superan el nivel de significación ($p > .05$, ver Tabla 45).

Tabla 45

Análisis de correlación entre interés y satisfacción personal (SWLS) en el grupo clínico.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SWLS	Pearson	-.051	-.110	.090	.206	.011	.111	.068	.113	.222	.229	-.079	.098
	p	.814	.626	.670	.357	.961	.606	.782	.616	.309	.294	.709	.663
	N	24	22	25	22	22	24	19	22	23	23	25	22

Nota. N = número de participantes

* Significación $p \leq .05$

En cuanto a la utilidad y el cambio en la satisfacción personal tampoco se hallan correlaciones significativas, ya que todas superan el nivel de significación idóneo ($p > .05$, ver Tabla 46).

Tabla 46

Análisis de correlación entre utilidad y satisfacción personal (SWLS) en el grupo clínico.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SWLS	Pearson	-.093	-.017	.027	.194	-.113	.133	.061	.093	.063	.191	.030	.066
	p	.665	.941	.899	.386	.616	.535	.805	.679	.778	.383	.886	.770
	N	24	22	25	22	22	24	19	22	23	23	25	22

Nota. N = número de participantes

* Significación $p \leq .05$

La hipótesis a este respecto queda rechazada, dado que no se presentan correlaciones entre el interés y utilidad de ninguna sesión con la satisfacción personal en el grupo clínico.

La hipótesis se planteó desde la base de que actividades que han resultado más efectivas en el pasado en el tratamiento cognitivo conductual, como la reducción de los niveles de activación (Lewinsohn y Gotlib, 1995) mediante relajación, las técnicas de autocontrol emocional que han demostrado su eficacia en conjunto y por componentes (Rehm et al., 1981), el programa de actividades agradables, así como la eliminación de pensamientos negativos de Beck (1976) mediante las sesiones de pensamiento positivo y autoconcepto, podrían beneficiar en mayor medida a al grupo clínico haciendo aumentar su satisfacción. Los datos nos indican que no existe relación entre estas ni otras sesiones con la satisfacción, por lo que no puede decirse que no sean las más convenientes para este colectivo, sino que no se relacionan con la satisfacción, pudiéndose relacionar con otros factores que influyen en el cambio posterior.

Resumen Objetivo 4:

Se pretende determinar el efecto diferencial tanto del interés como de la utilidad de los diferentes componentes del programa. Para la lectura de la Tabla es importante tener en cuenta en la hipótesis 4.1, que se marcan como significativas en la columna de intersesiones aquellas que según la prueba de Kruskal-Wallis indican diferencias significativas entre sí. Para intergrupo se indica con la inicial del grupo aquel que presentando diferencias significativas valoradas por la prueba U de Mann-Whitney para esa sesión, tiene puntuaciones más elevadas para esa comparación, (ver Tabla 47).

Tabla 47

Resumen de los resultados para el objetivo 4.

Hipótesis	Resultado							
4.1	Se observarán las distintas puntuaciones en interés y utilidad por sesiones.							
Resultado								
Sesión	Interés			Utilidad				Intersecciones
	Intersecciones	A-B	A-C	B-C	A-B	A-C	B-C	
Psicoeducación	Sig.	B	C	-	-	-	-	No sig.
Relajación	Sig.	A	-	-	-	A	-	Sig.
Autocontrol emocional	Sig.	-	C	C	-	-	C	Sig.
Aprovechamiento	No sig.	-	-	-	-	-	-	No sig.
Comunicación positiva	Sig.	-	C	C	-	C	C	Sig.
Autoconcepto	No sig.	-	-	-	-	-	-	No sig.
Asertividad	Sig.	-	C	C	-	C	C	Sig.
Pensamiento positivo	No sig.	-	-	-	-	-	-	No sig.
Agradecimiento y perdón	Sig.	-	C	C	-	-	-	No sig.
Optimismo	Sig.	-	C	-	-	-	-	No sig.
Perspectiva vital	No sig.	-	-	-	-	-	-	No sig.
Revisión de técnicas	Sig.	-	C	-	-	C	-	Sig.

4.2 Independientemente del grupo, es esperable que los módulos de mayor utilidad se asocien con un mayor interés .

Resultado: se acepta

En todos los módulos se asocian interés y utilidad de forma significativa.

4.3 Se espera que valoraciones elevadas en interés y utilidad en módulos de autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad, agradecimiento y perdón estén relacionados con un aumento de la satisfacción vital posterior en los grupos no clínicos (grupo A y grupo B).

Resultado: se acepta parcialmente

Sesiones con correlación significativa con satisfacción

Esperada	Encontrada con interés	Encontrada con utilidad
Autocontrol emocional	Autocontrol emocional	Revisión de técnicas
Comunicación positiva	optimismo	
Asertividad	Revisión de técnicas	
Revisión de técnicas		

4.4 Se espera que valoraciones elevadas en interés y utilidad en módulos específicos como relajación, autocontrol emocional, aprovechamiento, autoconcepto y pensamiento positivo, se asocien con una elevada satisfacción vital en el grupo clínico posterior al programa.

Resultado: se rechaza.

Sesiones con correlación significativa con satisfacción

Esperada	Encontrada con interés	Encontrada con utilidad
Relajación	Ninguna.	Ninguna.
Autocontrol emocional		
Aprovechamiento		
Autoconcepto		
Pensamiento positivo		

Nota. se indica el grupo que presenta mayores puntuaciones en las comparaciones entre grupos que resultan Significaciones.

A= Grupo A; B= Grupo B; C= Grupo C

Sig.= Significación $p \leq .05$

Objetivo 5.

Conocer la relación entre las variables de las distintas áreas estudiadas

H5.1

Se espera que la presencia de optimismo y motivación se asocie con indicadores más saludables (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar) con una menor afectación de síntomas psicopatológicos (síntomas de ansiedad, depresión y estrés) así como mayores potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos), antes del programa en el grupo clínico.

En cuanto a la asociación entre optimismo y salud, los datos indican que existe una relación significativa con la actividad general y el bienestar ($r=.436$, $p=.026$ y $r=.588$, $p=.456$, respectivamente). En su relación con índices psicopatológicos presenta relaciones significativas inversas con sintomatología de ansiedad y depresión ($r=-.456$, $p=.019$ y $r=-.472$, $p=.015$, respectivamente) y tendencialmente con estrés ($r=-.308$, $p=.056$). Por otra parte, con respecto a las potencialidades, existe una relación significativa con los recursos personales ($r=.516$, $p=.007$) (ver Tabla 48).

Tabla 48

Análisis de correlación entre optimismo (LOT) y las áreas de salud, psicopatológicas y de potencialidades antes del programa

		EEAG	GHQ-C	SWLS	BAI	BDI	PSS	VIAN	IRP
LOT	<i>Pearson</i>	.436*	.151	.588**	-.456*	-.472*	-.308	.225	.516**
	<i>p</i>	.026	.462	.002	.019	.015	.056	.270	.007

Nota. Actividad general (EEAG); funcionamiento psicosocial (GHQ-C);satisfacción vital (SWLS); síntomas de ansiedad (BAI); síntomas de depresión (BDI); estrés (PSS); número de fortalezas (VIAN), recursos personales (IRP); optimismo (LOT)

** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

La hipótesis con respecto a optimismo se cumple parcialmente, dado que en el área de salud no es significativa su relación con el funcionamiento social pero sí con actividad general y satisfacción; con respecto a las escalas psicopatológicas, hay relación tendencial negativa con estrés, así como significativamente inversa con síntomas de ansiedad y depresión; por último con respecto al área de potencialidades psicológicas sólo presenta relación con recursos y no así con el número de fortalezas.

En base a lo anterior, puede concluirse que a mayores niveles de optimismo previos a la intervención mejor actividad general, satisfacción vital, y recursos personales, así como menores índices de depresión, ansiedad y estrés.

Se observa que el estado previo de motivación no presenta relaciones significativas con respecto al área de salud en el nivel de actividad general, funcionamiento social y satisfacción vital ($r=.215$, $p=.292$; $r=.271$, $p=.181$ y $r=-.047$,

$p=.821$, respectivamente) ni al área psicopatológica en síntomas de ansiedad, depresión y estrés percibido ($r=.001$, $p=.998$; $r=-.030$, $p=.886$ y $r=.255$, $p=.209$ respectivamente), tampoco con respecto a la vinculación en el área de potencialidades con las fortalezas personales ni los recursos ($r=.322$, $p=.109$ y $r=.381$, $p=.055$, respectivamente), (ver Tabla 49).

Por lo tanto puede decirse que la hipótesis no se cumple con respecto a que una mayor motivación no se relaciona con otras áreas evaluadas en el grupo clínico. De ahí que se pueda afirmar que la presencia de motivación no se asocia con indicadores más saludables, ni con una menor psicopatología, o con mayores potencialidades.

Tabla 49

Análisis de correlación entre motivación al cambio (URICA) y las áreas de salud, psicopatológicas y de potencialidades.

		EEAG	GHQ-C	SWLS	BAI	BDI	PSS	VIAN	IRP
URICA	<i>Spearman</i>	.215	.271	-.047	.001	-.030	.322	.322	.381
	<i>p</i>	.292	.181	.821	.998	.886	.541	.109	.055

Nota. Actividad general (EEAG); funcionamiento psicosocial (GHQ-C);satisfacción vital (SWLS); síntomas de ansiedad (BAI); síntomas de depresión (BDI); estrés (PSS); número de fortalezas (VIAN), recursos personales (IRP); optimismo (LOT)

* Significación $p \leq .05$

Por un lado la variable del área de cambio, optimismo, se asocia a mejores niveles de actividad general, más satisfacción vital y mejor percepción de los recursos, así como a menor sintomatología ansiosa y depresiva. Refutando estos resultados, se encuentran los obtenidos anteriormente en estudios como los que indican que la potenciación de recursos psicológicos presenta un efecto sobre el optimismo y satisfacción con la vida (Remor, Amorós, y Carroble, 2010), que también, como apunta Hernández-Beltrán (2014), las personas con puntuaciones altas de optimismo disposicional, alto bienestar subjetivo y mayores niveles de felicidad tienen más bajos de sintomatología psicopatológica. Así como también se encontraron fuertes correlaciones negativas y estadísticamente significativas del

optimismo disposicional respecto a los síntomas psicopatológicos (Sánchez, Martín-Brufau, Méndez, Corbalán, y Limiñana, 2010) y debiendo agregar que, otras variables psicológicas como el optimismo, la inteligencia emocional, o una baja tendencia a la comparación social, aparecen habitualmente ligados a un mayor bienestar subjetivo en la literatura científica (Avia y Vázquez, 1998; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Lyubomirsky, 2001).

Por otro lado, respecto a la motivación, se esperaban asociaciones significativas con una mejor salud, mayores potencialidades y menor psicopatología; sin embargo no se encuentran tales asociaciones antes de la intervención. Como se comentó anteriormente, el cuestionario utilizado para medir esta variable sólo recoge cuatro de los cinco subestadios teóricos, por lo que esas diferencias pueden diluirse entre la contemplación y la preparación a la acción, y sea por esta razón que no se encuentran relaciones significativas como se esperaba, puesto que en la literatura las subescalas de acción y mantenimiento están positivamente correlacionadas con altos niveles de autoeficacia (Miller y Rollnicks, 1991) y autores como Diclemente y Hughes (1990) afirman que la autoeficacia se relaciona con la voluntad para cambiar de conducta. Todo ello nos lleva a por lo que no se puede rechazar que existan estas relaciones y que no hayan sido detectadas en el presente estudio por las características específicas del instrumento.

H5.2

En general, es esperable que la presencia de las potencialidades psicológicas (fortalezas y recursos psicológicos) se asocien a buenos indicadores de salud (estado de actividad general, funcionamiento psicosocial y bienestar).

Los resultados indican (ver Tabla 50), la presencia de relaciones significativas entre número de fortalezas con el nivel de actividad general y la satisfacción personal ($r=.408$, $p=.000$ y $r=.360$, $p=.001$ respectivamente); de forma semejante sucede con los recursos personales, existiendo relaciones significativas con la actividad general y la satisfacción personal ($r=.407$, $p=.000$ y $r=.610$, $p=.000$ respectivamente). Con respecto al funcionamiento social no se observan relaciones significativas ni con fortalezas ($r=.045$, $p=.703$) ni con recursos ($r=-.121$, $p=.303$).

Tabla 50

Análisis de correlación entre recursos (IRP), número de fortalezas (VIAN) y salud.

		EEAG	GHQ-C	SWLS
IRP	Pearson	.407**	-.121	.601**
	<i>p</i>	.000	.303	.000
VIAN	Pearson	.408**	.045	.360**
	<i>p</i>	.000	.703	.001

Nota. Actividad general (EEAG); funcionamiento psicosocial (GHQ-C);satisfacción vital (SWLS)

** Significación $p \leq .01$

De esta manera que se puede afirmar que la hipótesis se cumple parcialmente dado que se encuentran relaciones positivamente significativas entre número de fortalezas con la actividad general ($r=.408$, $p=.000$) y con satisfacción ($r=.360$, $p=.001$). Los recursos personales se relacionan con un mayor índice de actividad general ($r=.407$, $p=.000$) y mayor satisfacción ($r=.601$, $p=.000$), así como las potencialidades psicológicas no presentan relación con el funcionamiento psicosocial. Es así que se puede afirmar que las potencialidades psicológicas están relacionadas antes de aplicar el programa de intervención a mejores niveles de actividad general y mayor satisfacción personal.

Con respecto a las potencialidades psicológicas estudiadas los datos demuestran que, por un lado, a mayor número de fortalezas mejor salud, como ya se apunta desde la literatura, ya que según los estudios de Lykken (2000), poner en práctica una fortaleza provoca emociones positivas que actúan como barreras contra la enfermedad. Así mismo otro aspecto de gran interés clínico es que las emociones positivas también tienen un efecto amortiguador del estrés (Fredrickson, Mancuso, Branigan, y Tugade, 2000), como han demostrado diversos estudios de laboratorio sobre, por ejemplo, la reactividad cardiovascular (Fredrickson y Levenson, 1998).

Por otro lado, también los recursos personales han demostrado estar asociados con mejor nivel de actividad general y satisfacción vital, por lo que a mejores recursos personales mayor bienestar personal, como ya proponían otros

estudios previos como el de Sydney y López (2002), dónde detectaron que una de las variables con mayor poder amortiguador dentro de los recursos son los psicológicos, llegándose a establecer fuertes relaciones entre la presencia de éstos con la salud y el bienestar .

Se realizaron los mismos análisis para los estudiantes y trabajadores así como en conjunto y no se detectaron relaciones significativas.

H5.3

En general, es esperable que las potencialidades psicológicas óptimas (fortalezas y recursos) se asocien con una afectación escasa en síntomas psicopatológicos (síntomas de ansiedad, depresión y estrés).

Los resultados (ver Tabla 51) indican que las fortalezas mantienen una relación significativa negativa con sintomatología de ansiedad, depresión y estrés percibido ($r=-.244$, $p=.035$ y $r=-.498$, $p=0.000$; $r=-.442$, $p=.000$, respectivamente). De idéntico modo ocurre con respecto a los recursos personales y las variables psicopatológicas de niveles de ansiedad, depresión y estrés ($r=-.354$, $p=.002$; $r=-.500$, $p=0.000$ y $r=-.451$, $p=.000$ respectivamente).

Tabla 51

Análisis de correlación entre recursos (IRP), número de fortalezas (VIAN) y psicopatología.

		BAI	BDI	PSS
VIAN	<i>Pearson</i>	-.244*	-.498**	-.442**
	<i>p</i>	,035	,000	,000
IRP	<i>Pearson</i>	-.354**	-.500**	-.451**
	<i>p</i>	.002	.000	.000

Nota. Síntomas de ansiedad (BAI), depresión (BDI) y estrés (PSS)

** Significación $p \leq .01$

La hipótesis, por tanto, se acepta dado que sí están relacionados: a mayores fortalezas y recursos, con menor sintomatología de ansiedad, depresión y estrés percibido.

Estos resultados con respecto a los niveles de ansiedad y depresión son coherentes con lo aportado en otras investigaciones recientes que han demostrado que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas (Vázquez, 2006; Vera, 2004); y además, como afirma Fredickson (1998), pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que siguen a la experimentación de dichas circunstancias. Por otro lado con respecto al estrés percibido, se detecta una disminución del mismo como era esperable dado que, como por ejemplo, propone el modelo de Labrador y Crespo (1993), desde el punto de vista del organismo se encuentra como clave principal la interpretación que hace el individuo de la situación y la decisión que toma al respecto para afrontarla, dependiendo ésta en gran medida de la evaluación secundaria, donde el individuo determina su capacidad de actuación y valora la posesión de las habilidades suficientes para el afrontamiento, que en este caso queda patente en el hecho de que, al aumentar la percepción de recursos y fortalezas personales, esta evaluación secundaria de la situación se realice desde una perspectiva más manejable y, por tanto, disminuya la valoración total de estrés percibido.

Resumen Objetivo 5:

Se pretende conocer cuál es la relación entre las variables de las distintas áreas de cambio (optimismo y motivación); de salud (actividad general, funcionamiento social y satisfacción); psicopatológica (síntomas de ansiedad, depresión y estrés) y potencialidades (fortalezas y recursos) ((ver Tabla 52)

Tabla 52

Resumen de los resultados para el objetivo 5.

Hipótesis		Resultado	
5.1	Relación significativa entre	Relación significativa entre	
Optimismo	↑Actividad general, ↓Disfunción social	Optimismo	↑Actividad general ↑Satisfacción
Motivación al cambio	↑Satisfacción ↓Ansiedad ↓Depresión ↓Estrés ↑Fortalezas ↑Recursos		↓Ansiedad ↓Depresión ↑Recursos
		Motivación al cambio	No sig.
5.2	Relación significativa entre	Relación significativa entre	
Fortalezas	↑Actividad general, ↓Disfunción social	Fortalezas	↑Actividad general, ↑Satisfacción
Recursos	↑Satisfacción	Recursos	
5.3	Relación significativa entre	Relación significativa entre	
Fortalezas	↓Ansiedad ↓Depresión	Fortalezas	↓Ansiedad ↓Depresión
Recursos	↓Estrés	Recursos	↓Estrés

Nota. ↑=aumento significativo; ↓= disminución significativa
Significación $p \leq .05$

Objetivo 6.

Predecir qué tipo de variables explican mejor el bienestar psicológico tras la aplicación del programa.

H6.1

Se predice que la variable optimismo, así como los síntomas depresivos y ansiosos serán los que ejerzan un mayor peso sobre el bienestar psicológico en todos los grupos.

Para comprobar esta hipótesis se llevaron a cabo análisis de regresión por cada tipo de muestra, tal y como se expone a continuación.

Grupo A, estudiantes.

Antes de aplicar la regresión lineal para conocer cuáles son las variables que predicen la satisfacción de los estudiantes posteriormente a la intervención (SWLS), se comprobaron los supuestos que la técnica exige (tal y como se detalla en el apartado de metodología) para que las conclusiones sean potentes e insesgadas. Así, puede decirse que: todas las variables incluidas fueron cuantitativas; la varianza era distinta de 0 en la variable predictora; hubo ausencia de multicolinealidad (tan solo se incluyó una VI); se controló la homocedasticidad realizando modelos predictivos para cada grupo; y hubo independencia de los errores (valores de Durbin-Watson más próximos a 2 que a 4, (Ferran, 1996). Respecto a la normalidad puede decirse que todas las variables siguieron una distribución aproximadamente normal, según la prueba de Shapiro-Wilk (satisfacción, $p=.05$; sintomatología depresiva, $p=.18$; ansiedad, $p=.26$; y optimismo, $p=.14$).

Como paso previo al análisis de regresión, se testaron las correlaciones entre la VD y las posibles VII. Así, tan solo resultó significativa la correlación entre la satisfacción y la sintomatología depresiva, por lo que ésta sería la única variable utilizada en el análisis de regresión como variable independiente (ver Tabla 53). También podemos comprobar cómo ninguna de las relaciones supera el .70 que indicaría la posibilidad de problemas de colinealidad entre las variables, restando potencia al análisis.

Tabla 53

Relación entre satisfacción y síntomas de depresión, ansiedad y optimismo después de la aplicación del programa en estudiantes

	BDI	BAI	LOT
SWLS	-.695**	-.324	.414
<i>p</i>	.006	.259	.141
<i>n</i>	14	14	14

** Significación $p \leq .01$; *n*= número de participantes del grupo.

A continuación se ejecutó el análisis de regresión lineal simple, ya que solo teníamos una VI (la sintomatología depresiva), a través del método introducir. A nivel descriptivo, se observa que los estudiantes ($n=14$) tienen una media en la satisfacción post-intervención de 13.50 ($DT=4.74$) y un nivel de sintomatología depresiva de 6.36 ($DT=4.50$)

El modelo final se define con la satisfacción como variable dependiente y la sintomatología depresiva como variable independiente. La R^2 fue de .44, lo cual se interpreta como que una baja sintomatología depresiva explica un 44% de la varianza de la satisfacción posteriormente a la intervención. El valor de Durbin-Watson fue de 2.6, lo que sugiere la existencia de independencia de los errores. Así mismo, el modelo resultó significativo ($F(1, 12)=11.21, p=.006$); Tabla 54. Como sólo se ha introducido una VI, no es necesario valorar la colinealidad entre las variables.

Tabla 54

Anova para la satisfacción en estudiantes tras la intervención

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	140.784	1	140.784	11.21	.006b
1 Residual	150.716	12	12.560		
Total	291.500	13			

Nota. gl = grados de libertad

a. Variable dependiente: SATISFACCION Post

b. Variables predictoras: (Constante), BDI pos

** Significación $p \leq .01$

Por otra parte, la sintomatología depresiva ($p = .006$) resultó significativa para predecir la satisfacción (ver Tabla 51).

En relación a los coeficientes de la recta de regresión, sabemos que cuando la sintomatología depresiva vale 0, el nivel de satisfacción parte de 18.15 puntos. Además, por cada unidad que aumente la sintomatología depresiva, disminuye en .73 puntos la satisfacción (ver Tabla 55).

Tabla 55.

Significación de los coeficientes de regresión para el grupo de estudiantes

Modelo	Coeficientes no estandarizados			Coeficientes <i>t</i> tipificados	<i>p</i>	Intervalo de confianza de 95.0% para B		Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior	Tolerancia	FIV
(Constante)	18.15	1.681		10.797	.000	14.487	21.812		
1 BDI post	-.731	.218	-.695	-3.348	.006	-1.207	-.255	1.000	1.000

Nota. Significación $p \leq .01$

La recta de regresión para la satisfacción en los estudiantes sería:

Satisfacción = 18.15 - .73* sintomatología depresiva (Tabla 55)

Grupo B, trabajadores.

Al igual que anteriormente, antes de aplicar la regresión lineal, se comprobaron los supuestos que la técnica exige.

En los aspectos que pueden ser diferentes respecto al grupo anterior, mencionar que no hubo multicolinealidad (tan solo se incluyó finalmente una VI); así como independencia de los errores (valores de Durbin-Watson más próximos a 2 que a 4, concretamente, 1.15 (Ferran, 1996). Respecto a la normalidad puede decirse que las variables satisfacción ($p=.25$) y optimismo ($p=.24$) se distribuyen normalmente, según la prueba de Shapiro-Wilk; no así las otras dos variables. La ansiedad, puede considerarse que, aunque no llega a los límites de la normalidad, se encuentra dentro de los estándares permitidos de asimetría y curtosis. Se testaron diversas transformaciones de la variable sintomatología depresiva para ajustarla a la normalidad, pero en ningún caso mejoró el ajuste ni el resultado de la regresión, por lo que se decidió mantenerla en un estado original.

Posteriormente, y como paso previo al análisis de regresión, se testaron las correlaciones entre la VD y las posibles VII. Se observó que son significativas la

correlaciones entre la satisfacción de los trabajadores con la sintomatología depresiva y, sobre todo, con la ansiedad; por lo que éstas fueron las variables utilizadas en el análisis de regresión como predictoras (ver Tabla 56). Podemos comprobar cómo ninguna de las relaciones supera el .70 que indicaría la posibilidad de problemas de colinealidad entre las variables.

Tabla 56

Relación entre satisfacción y síntomas de depresión, ansiedad y optimismo después de la aplicación del programa en trabajadores

	BAI	LOT	BDI
SWLS	-.654**	.334	-.555*
p	.006	.206	.026
N	16	16	16

** Significación $p \leq .01$

* Significación $p \leq .05$

A continuación se ejecutó el análisis de regresión lineal múltiple, ya que teníamos dos VVll, a través del método pasos sucesivos, que nos permite introducir todas las variables que inicialmente habían mostrado tener relación con la satisfacción, y finalmente, elegir un modelo con las variables que muestran una relación más fuerte y significativa.

A nivel descriptivo, los trabajadores (n=16) mostraron una media en la satisfacción post-intervención de 13.81 (DT=3.06), un nivel de sintomatología depresiva de 4.19 (DT=7.24), y un valor medio de ansiedad de 8.69 (DT=10.35).

Como indicábamos anteriormente, el método elegido ha sido por pasos, el criterio de significación de entrada ha sido $p \leq .05$, y de salida $p \geq .10$. Siguiendo este criterio, se excluye del análisis la variable sintomatología depresiva como predictora de la satisfacción, ya que no resultó significativa ($p=.92$).

El modelo final se define con la satisfacción post intervención como variable dependiente y ansiedad como variable independiente. La R^2 fue de .39, lo cual se interpreta como que una baja ansiedad explica un 39% de la varianza de la

satisfacción posteriormente a la intervención en los trabajadores. Así mismo, el modelo resultó significativo ($F(1, 14) = 10.49, p = .006$); Tabla 57.

Tabla 57

Anova para la satisfacción post intervención en trabajadores tras la intervención

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
	Regresión	60.147	1	60.147	10.489	.006b
1	Residual	80.291	14	5,735		
	Total	140.438	15			

Nota. gl = grados de libertad

a. Variable dependiente: SATISFACCION Post

b. Variables predictoras: (Constante), BDI pos

** Significación $p \leq .01$

Por otra parte, la ansiedad ($p=.006$) resultó significativa para predecir la satisfacción.

En relación a los coeficientes de la recta de regresión, sabemos que cuando la ansiedad vale 0, el nivel de satisfacción parte de 15.49 puntos. Además, por cada unidad que aumente la ansiedad, disminuye en .19 puntos la satisfacción (ver Tabla 58).

Tabla 58

Significación de los coeficientes de regresión en trabajadores

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		t	p	Intervalo de confianza de 95.0% para B	
	B	Error típ.	Beta				Límite inferior	Límite superior
	(Constante)	15.49	.792		19.555	.000	13.794	17.192
1	BAI post	-.193	.060	-.654	-3.238	.006	-.322	-.065

Nota. Variable dependiente: SATISFACCION Post

Significación $p \leq .01$

Así, la recta de regresión para la satisfacción en los trabajadores sería:

Satisfacción = 15.49 - .193* ansiedad

Grupo C, subclínico.

Igualmente, se comprobaron los supuestos previos de la técnica. Mencionar que no hubo multicolinealidad (tan solo se incluyó finalmente una VI); así como independencia de los errores (valores de Durbin-Watson más próximos a 2 que a 4, concretamente, 1.78. Respecto a la normalidad puede decirse que las variables satisfacción ($p=.28$) y optimismo ($p=.12$) se distribuyeron normalmente, según la prueba de Shapiro-Wilk; no así las otras dos variables. Se testaron diversas transformaciones de las variables sintomatología depresiva y de la ansiedad para ajustarlas a la normalidad, pero en ningún caso mejoró el ajuste ni el resultado de la regresión (R^2).

Mediante un análisis de correlaciones previo, se comprobó que son significativas las correlaciones entre la satisfacción del grupo subclínico con la sintomatología depresiva y con el optimismo, y tendencial con ansiedad ; por lo que éstas fueron las variables utilizadas en el análisis de regresión como predictoras (ver Tabla 59). Podemos comprobar cómo ninguna de las relaciones supera el .70 que indicaría la posibilidad de problemas de colinealidad entre las variables, restando potencia al análisis.

Tabla 59

Relación entre satisfacción y síntomas de depresión, ansiedad y optimismo después de la aplicación del programa en grupo clínico

	BDI	BAI	LOT
SWLS	-.629**	-.392	.513**
p	.001	.053	.009
N	25	25	25

** Significación $p \leq .01$

A continuación se ejecutó el análisis de regresión lineal múltiple, a través del método pasos sucesivos, que nos permite introducir todas las variables que

inicialmente habían mostrado tener relación con la satisfacción, y finalmente, elegir un modelo con las variables que muestran una relación más fuerte y significativa.

A nivel descriptivo, el grupo clínico ($n=25$) tienen una media en la satisfacción post-intervención de 14.12 ($DT=3.23$), un nivel de sintomatología depresiva de 2.84 ($DT=4.48$), y un valor medio de optimismo de 23.28 ($DT=4.65$).

Como indicábamos anteriormente, el método elegido ha sido por pasos, el criterio de significación de entrada ha sido $p \leq .05$, y de salida $p \geq .10$. Siguiendo este criterio, se excluye del análisis la variable optimismo como predictora de la satisfacción, ya que no resulta significativa ($p=.15$).

El modelo final se define con la satisfacción post-intervención como variable dependiente y la sintomatología depresiva como variable independiente. La R^2 fue de .37, lo cual se interpreta como que una sintomatología depresiva explica un 37% de la varianza de la satisfacción posteriormente a la intervención en el grupo clínico. Así mismo, el modelo resultó significativo ($F(1, 23) = 15.07, p = .001$); Tabla 60.

Tabla 60

Anova para satisfacción en grupo clínico tras la intervención

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
1					
Regresión	60.147	1	99.200	15.066	.001 ^b
Residual	80.291	23	6.584		
Total	140.438	24			

Nota. gl = grados de libertad

a. Variable dependiente: SATISFACCION Post

b. Variables predictoras: (Constante), BDI post

Significación $p \leq .01$

Por otra parte, la sintomatología depresiva ($p = .001$) resultó significativa para predecir la satisfacción.

En relación a los coeficientes de la recta de regresión, sabemos que cuando la sintomatología depresiva vale 0, el nivel de satisfacción parte de 15.41 puntos. Además, por cada unidad que aumente la sintomatología depresiva, disminuye en .45 puntos la satisfacción (ver Tabla 61).

Tabla 61

Significación de los coeficientes de regresión en grupo clínico

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p	Intervalo de confianza de 95.0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	15.41	.611		25.207	.000	14.145	16.674
BDI post	-.454	.117	-.629	-3.882	.001	-.696	-.212

Nota. Variable dependiente: SATISFACCION Post
Significación $p \leq .01$

Así, la recta de regresión para la satisfacción en el grupo clínico sería:

Satisfacción = 15.41 - .454* sintomatología depresiva.

Se realizaron análisis de regresión complementarios pero no se obtuvieron resultados relevantes.

En relación a la hipótesis 6.1 se acepta parcialmente dado que no se cumple que variables como el optimismo expliquen la satisfacción posterior en ninguno de los tres grupos. Por otro lado la sintomatología depresiva sí explica la satisfacción para estudiantes y grupo clínico, y la sintomatología ansiosa para los trabajadores.

El planteamiento se realiza desde la aportación teórica de autores como Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez (2009), que definen los componentes del bienestar subjetivo como un alto afecto positivo (alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño, felicidad y éxtasis) y bajo afecto negativo (culpa, tristeza, enfado, estrés, depresión, envidia y ansiedad), entre otros. Por lo que era previsible que factores como el optimismo, la baja depresión y ansiedad explicasen una mayor satisfacción, como aportan los datos. Dependiendo del grupo de referencia el factor explicativo es diferente, pero podemos decir que menor psicopatología explica mayores índices de satisfacción y que el optimismo no explica mayores niveles de bienestar, aunque sí que esté relacionado con experiencias emocionales, como el afecto positivo (Carr, 2004a).

Resumen Objetivo 6:

Se espera que la variable optimismo, los síntomas depresivos y ansiosos serán los que ejerzan un mayor peso sobre el bienestar psicológico:

Tabla 62

Resumen de los resultados para el objetivo 6.

Grupo	Variable Independiente	Relación con satisfacción	R²	Conclusión
A	Sintomatología ansiosa	No sig.	-	La sintomatología ansiosa no explica la satisfacción en estudiantes.
	Sintomatología depresiva	Sig.	.44	Los síntomas depresivos explican el 44% de la varianza de la satisfacción en estudiantes.
	Optimismo	No sig.	-	El optimismo no explica la satisfacción en estudiantes
B	Sintomatología ansiosa	Sig.	.39	Los síntomas ansiosos explican el 39% de la varianza de la satisfacción en trabajadores.
	Sintomatología depresiva	Sig.	-	La sintomatología depresiva no explica la satisfacción en trabajadores.
	Optimismo	No sig.	-	El optimismo no explica la satisfacción en trabajadores
C	Sintomatología ansiosa	No sig.	-	Los síntomas de ansiedad no explican la satisfacción en el grupo clínico
	Sintomatología depresiva	Sig.	.37	Los síntomas depresivos explican el 37% de la varianza de la satisfacción en grupo clínico.
	Optimismo	Sig.	-	El optimismo no explica la satisfacción en el grupo clínico.

Nota. * Significación $p \leq .05$

5 Limitaciones y propuestas

LIMITACIONES:

El presente estudio plantea limitaciones, como se señala a continuación:

1. Respecto a los instrumentos de evaluación:
 - Para la valoración de la motivación al cambio, se ha recurrido a un instrumento extensamente difundido, basado en el modelo transteórico propuesto por Prochaska y DiClemente mediante Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island URICA] (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992). Dicho instrumento no se ajusta al modelo teórico, al incorporar cuatro de los cinco estadios. En esta investigación, ha afectado a que no ha permitido valorar con exactitud, en los diferentes grupos, la decisión de iniciar el cambio, el estadio intermedio entre precontemplación y acción. Consecuentemente, ha dificultado la detección de cambios significativos en la motivación.
 - Para la valoración del estrés se realizó mediante la escala de estrés percibido [PSS] (Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983), instrumento validado en España por Remor y Carrobles (2001), dicho instrumento de fácil aplicación y comprensión, presenta deficiencias en la difusión, tanto en composición de los ítems como en el sistema de corrección, por lo que es necesario considerar su idoneidad en este estudio donde la variable estrés es un factor tan importante.

2. Respecto a la muestra:

- La ausencia de un grupo control medido antes de la intervención y después que no pasase por el programa, limita las comparaciones a posteriori, así como con el resto de grupos que lo han recibido.
- El tamaño de la muestra, que si bien en el diseño del estudio se contempló un número homogéneo y manejable (para llevar a cabo las actividades y tareas de las sesiones) en torno a 30 participantes por grupo, la muerte experimental ha supuesto un desafío para obtener resultados relevantes y fiables.

3. Respecto a la eficacia del programa:

- Dada la heterogeneidad de los participantes en cuanto a procedencia y edad, así como las motivaciones para participar en el Programa, ha resultado inviable llevar a cabo evaluaciones de seguimiento, con la finalidad de determinar el mantenimiento de los logros obtenidos a largo plazo.

4. Respecto a los estudios previos:

- A pesar que la psicología positiva está en auge y existen numerosas publicaciones al respecto, aún es difícil encontrar estudios que redunden en asuntos concretos que puedan servirnos para explicar y contrasta los resultados obtenidos.

PROPUESTAS:

Con el objeto de mejorar el conocimiento en el área investigada se plantean los siguientes planteamientos:

- Replicar el estudio con grupos clínicos más homogéneos diferenciándolos por psicopatologías específicas.

- Examinar la validez del programa en pacientes que se encuentren en lista de espera a ser atendidos por los servicios de salud para comprobar su eficacia con puntuaciones de partida elevadas.
- Generar programas más breves en base al interés y utilidad expresado por los diferentes grupos para generar programas específicos más eficientes en tiempo y recursos.
- Examinar la influencia de los distintos tipos de recursos, así como las fortalezas en base a la categorización por virtudes para determinar que subconjunto está más relacionado e influye en mayor medida en las áreas de salud y psicopatología.

6 Conclusiones

Dado que nuestro objetivo general consistía en determinar la eficacia de un programa de intervención basado en estrategias de psicología positiva, así como identificar los factores implicados en los cambios emocionales más relevantes en un grupo de estudiantes universitarios, otro de trabajadores de la universidad y un último grupo de participantes con alta clínica tras haber superado un trastorno psicológico, de los resultados expuestos, obtenemos las siguientes conclusiones.

1. En general, con respecto a los grupos antes de la intervención:
 - Los tres grupos se encuentran en un estado similar de contemplación del cambio.
 - Con respecto a la salud el grupo que parte con mayor afectación es el que proviene de un tratamiento psicológico previo en cuanto a nivel de actividad, funcionamiento psicosocial y satisfacción vital se refiere.
 - El grupo clínico es el que presenta mayor afectación sintomática en ansiedad, depresión y estrés.
 - Todos los participantes se autoperciben con similares potencialidades psicológicas.

2. En general ,con respecto a los cambios producidos en los grupos al final de la intervención:
 - Los grupos, tras el programa, se sitúan en estadios de motivación similares, contemplación y acción.
 - Se observa una mejoría importante en la sintomatología depresiva.

- Con respecto a la salud, el grupo clínico que presentaba mayor afectación antes de la intervención, es el que mejor beneficio obtiene en actividad general y satisfacción tras el programa.
 - Así mismo, este grupo clínico obtiene muestra niveles de fortalezas y recursos que estudiantes y trabajadores.
3. El programa en general, ha mostrado eficacia en los participantes del estudio en las diferentes áreas:
- No se detecta un efecto sobre el cambio en el estadio de motivación, así como tampoco en los niveles de optimismo.
 - Ejerce cambios favorables en la salud, en el nivel de actividad general, en el funcionamiento psicosocial y en la satisfacción vital.
 - Genera efectos favorables en sintomatología ansiosa, depresiva y en estrés percibido.
 - Actúa sobre las potencialidades psicológicas, aumentando la percepción de recursos y fortalezas.
4. En general, se observan semejanzas en la evolución de los grupos, a pesar de la existencia de diferencias por grupos:
- Todos los grupos obtienen beneficios de la intervención aunque en distintas variables.
 - Los estudiantes consiguen mantenerse en puntuaciones similares a las previas a pesar de las condiciones estresantes específicas previas a terminación de sus estudios en Psicología ,vididas durante la aplicación del programa. Junto a esto, en el momento de la evaluación inicial, en general, reflejaba una menor afectación en las distintas áreas evaluadas, propio de la edad de la población de estudiantes, quienes

aún no se han visto expuestos a la mayoría de vivencias que los adultos experimentan a partir de los 35-40 años.

- Los trabajadores experimentan cambios significativos con respecto a que aumentan su funcionamiento psicosocial, disminuyen sus puntuaciones en sintomatología ansiosa y depresiva, a la vez que ven aumentada su percepción de fortalezas y recursos psicológicos.
 - El grupo proveniente de un tratamiento psicológico, es el que más beneficios alcanza. Los cambios reflejan que se ve favorecida su salud, aumentando el nivel de actividad general, su funcionamiento psicosocial y su satisfacción vital; también reducen la sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés percibido y, por último, obtienen beneficios en el área de potencialidades al aumentar su percepción de posesión de un mayor número de fortalezas y recursos.
5. En general, los participantes valoran de alto interés y utilidad para su vida cotidiana los contenidos de las sesiones planteadas. En concreto, y a pesar de la valoración favorable, cada grupo señala preferencias en cuanto a los contenidos, de cara a su vida cotidiana:
- A los estudiantes le resulta más relevante la sesión dedicada a la relajación.
 - A los trabajadores la sesión dedicada a la Psicoeducación.
 - En cuanto al grupo clínico, los contenidos que destacan son los de psicoeducación, autocontrol emocional, comunicación positiva, asertividad, agradecimiento y perdón, optimismo y revisión de las técnicas.

6. En general, en cuanto a la relación entre las variables tomadas en consideración, destacamos que:

- El estadio previo de motivación no se muestra relevante de cara a alcanzar una mejoría en el estado de salud, ni con la psicopatología estudiada, así como tampoco con las potencialidades psicológicas.
- El optimismo influye de un modo directo y positivo en el funcionamiento mostrando una mejor actividad general, experimentando una mayor satisfacción y más recursos percibidos y, finalmente, presentando menos síntomas depresivos y ansiosos.
- Las fortalezas percibidas previas presentes se relacionan, por un lado, de un modo directo y positivo con una mejor salud, con un nivel de actividad general más saludable, así como con una mejor satisfacción personal. Y por otro lado, con menores niveles de estrés, depresión y ansiedad.

Por tanto, el programa de intervención basado en estrategias de psicología positiva aplicado en tres grupos heterogéneos se ha mostrado eficaz, logrando beneficios en diferentes áreas de la vida tras la aplicación, en función de las características específicas previas de cada grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80(1-37).
- Aldao, A., Nolen, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(217-237).
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. & Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- Antonuccio, D., Akins, W. T., Chatham, P. M., Monagin, J. A., Tearnan, B. H. & Ziegler, B. L. (1984). An exploratory study: the psychoeducational group treatment of drug refractory unipolar depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15(4), 309-313.
- Aragonés, E., Piñol, J. L., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 41(10), 545-551.
- Arnau, J. (1995). Metodología de la investigación psicológica. En M. T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 23-43). Madrid: Síntesis.
- Association, A. P. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (Vol. 4Th Ed. Rev.). Washington D.C: APA.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2º ed.). Nueva York: Guilfors Press.

- Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(205-230).
- Barlow, D. H. & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of Panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Esler, J. L. & Vitale, A. E. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Beach, S. R. & O'Leary, K. D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23(507-528).
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic.
- Beck, A. T. & Steer, T. A. (1993a). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. & Steer, T. A. (1993b). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables.
- Berlanga, C. (1993). La comorbilidad de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, V(1).
- Bonanno, G. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*.

- Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
- Brown, R. A. & Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: comparison of group, individual and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 774-783.
- Buss, D. M. (2000). The Evolution of Happiness. *American Psychologist*, 51, 15-23.
- Butler, G., Fenell, M., Robson, P. & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M. & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety disorders*, 26, 468-479.
- Carr, A. (2004a). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. New York Brunner-Routledge.
- Carr, A. (2004b). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner-Routledge.
- Carver, C. & Scheier, M. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory research and practice*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A. & Gatz, M., (2001). 136-151. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136-151.
- Chico, E. L. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.

- Chikszentmihalyi, M. (1997). *Finding Flow: The Psychology of Engagement with Everyday Life*. New York: Basic Books.
- Clark, D. & Salkovkis, P. (1989). *Cognitive therapy for panic and hipocondriasis*. Oxford: Pergamon.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *ournal of Abnormal Psychology*, 100(316-336).
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. doi:10.1037/0033-2909
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- Crespo, M. y Labrador, F. J. (1993). *Estrés: trastornos psicofisiológicos / Francisco J. Labrador y María Crespo* ([1a ed.]. Madrid: Eudema.
- Crespo, M. y Labrador, F. J. (2003). *El estrés*. Madrid: Temas de Hoy.
- Csikszentmihalyi, M. & Csikszentmihalyi, I. S. (1988). *Optimal Experience*. London: Cambridge: University Press.
- Davison, G. G. y Neale, J. M. (1983). *Psicología de la conducta anormal: enfoque clínico-experimental*. México: Limusa.
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Diclemente, C. & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velasques, M. & Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(295-305).

- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 120-129.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *J. Personal. Assess*, 49(1), 71-75.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1979). Recent Findings on Subjective Well-Being.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *annual Review Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Egan, S. J., Wade, T. D. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(203-212).
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Emmons, R. A. & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective wellbeing in daily life. *Journal of Personality*, 84(2), 377-389.
- Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum Press.
- Extremera, N. & 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.
- Eysenck, H. J. (1959). *Maudsley Personality Inventory*. London: University of London.
- Fava, G. A. (1996). The concept of recovery in affective disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 2-13.
- Fava, G. A. (1999). Subclinical symptoms in mood disorders: Pathophysiological and therapeutic implications. *Psychological Medicine*, 29, 47-61.

- Ferran, A. M. (1996). SPSS para Windows, programación y análisis estadísticos. McGraw-Hill: Mexico, D. F.
- Field, A. (2009). Discovering statistic using SPSS (And sex, and drugs and rock'n'roll). London: Sage Publications.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*(45), 1207-1221.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1998). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto .CA. Consulting Psychologist Press.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase the personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*., 24, 511-520.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: further studies. *Journal of Counseling Psychology*., 30, 483-498.
- Fordyce, M. W. (1988). A review of research on the happiness measures: a sixty-second index of happiness and mental health. *Soc. Indic. Res.*, 20(4), 355-381.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 128(2), 170-193.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C. & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.
- Fredrickson, B. & Tugade, M. M. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-327.

- Fredrickson, B. L. & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Fredrickson, B. L. (2002). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention and Treatment*, 3(1).
- Fredrickson, B. & Tugade, M. M. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-327.
- García, M., Muñoz, E., Mingote, J. C., Isla, I., Denia, F. y Hernández, J. M. (2012). El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la depresión puerperal. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*(103), 9.
- García-Hernández, C., Ramos, Serrano-Encinas, D. M., Sotelo-Castillo, M., Flores-Ivich, G. y Reynoso-Eraza-L. (2009). Estilos de vida y riesgos en los profesores universitarios: un estudio descriptivo. *Psicología y Salud*, 19-1, 141-149.
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169-173.
- Girden, E. R (1992). *Anova: Repeated Measures*. Sage Publications.
- Goldberg, D. P. (1996). *Cuestionario de Salud General de Goldberg*. Barcelona: Masson.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. Hove, Uk: Psychology Press.
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hernández-Beltrán, M. C. (2014). *Optimismo, felicidad, bienestar y Síntomas Psicopatológicos en estudiantes universitarios*. Universidad de Jaén.

- Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M. & Thase, M. E. (1984). Effects of Social Skill Training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
- Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M. & Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 393-398.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(119-151).
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 109(156-176).
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmaling, K. B. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Jacobson, N. S., Fruzzetti, A. E., Dobson, K., Whisman, M. & Hops, H. (1993). Couple therapy as a treatment for depression: II. The effects of marital relationship quality and therapy on depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 516-519.
- Justel, N., Bentosela, M. y Mustaca, A. (2009). Comportamiento sexual y ansiedad. *Revista latinoamericana de psicología*, 41(3), 429-444.
- Klerman, G. L., DiMascio, A., Weissman, M. M., Prusoff, B. A. & Paykel, E. S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131, 186-191.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*.
- Labbate, L. A. & Doyle, M. E. (1997). Recidivism in major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(145-149).
- Labrador, F. J. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.

- Lachman, S. (1972). *Psychosomatic disorders: A behavioristic Interpretation*. Nueva York: John Wiley.
- Larson, R. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55, 170-183.
- Lazarus, R., S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R., S. Folkman, S., Zaplana, M. y Valdés, M. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (2003). The Lazarus manifesto for positive psychology and psychology in general. *Psychological Inquiry*, 14, 173-189.
- Lewinsohn, P. M. (1974). *A behavioral approach to depression*. Washington, D.C: Winston/Willey.
- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. In E. E. Beckham y W. R. Leber (Eds.), *Handbook depression* (pp. 352-375). Nueva York: Guilford.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academic Press.
- Lykken, D. (2000). *The nature and nurture of joy and contentment*. New York: St. Martin s Griffin.
- Lyubomirsky, S. & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Soc. Indic. Res*, 46(2), 137-155.
- Martinez 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)*. Universidad Autónoma, Madrid.
- Martinez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A. y Gonzalez-jareño, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 2006(18), 66-72.

- Marujo, H. y Neto, L. M. (2009). Programa VIP: hacia una psicología Positiva Aplicada. In C. Vázquez y C. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (2º ed.). España.
- Mayers, P. (1978). *Flow in adolescence and its relation to school experience*. University of Chicago.
- McLean, P. D. & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1982). Stress, coping and disease. In R. Neufeld (Ed.), *Psychological Stress and Psychopatology*. Nueva York: McGraw Hill.
- Miller, W. R. & Rollnicks, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. . Nueva York: Guilford Press.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A. & Patel, U., B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surviveys. 2007, 370, 851-858.
- Mowrer, O. H. (1939). Stimulus response theory of anxiety. . *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D. & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.
- Myers, D. (2000). The Funds, friends and faith of happy people. *American Psychological*, 55(56-67).
- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. In C. R. Snyder y L. S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 89–105): Oxford University Press.

- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 196-202.
- Nezu, A. M. (1987). A problemsolving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review, 7*(121-144).
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Blissett, S. E. (1988). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 520-525.
- Oakley-Brwne, M. & Joyce, P. (1992). New perspectives for the epidemiology of anxiety disorders. In G. Burrows, M. Roth & R. Noyes (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol. V). Amsterdam: Elsevier.
- Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. In L. Oblitas y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México.
- OMS. (1946). *Official Records of the World Health Organization*. Paper presented at the Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York.
- Ortiz, J., Ramos, N., Rojas, D. y Vera-Villaruel, P. (2002). *Evaluación de ansiedad síntomas depresivos, nivel de optimismo y sistema inmune en mujeres en fase diagnóstica inicial de patología mamaria*. Paper presented at the XV Congreso Nacional de Psicología Clínica y VII Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, Santiago, Chile.
- Ortiz, J., Ramos, N. y Vera-Villaruel, P. (2003). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicología, 10*(1), 119-134.
- Öst, L., Salkovkis, P. & Hellström, K. (1991). One-session therapist directed exposure vs self-exposure in the treatment for spider phobia. *Behavior Therapy, 22*, 407-422.
- Park, N. & Peterson, C. (2005). Assessment of character strengths among youth: the Values in Action Inventory of Character Strengths among Youth. In K. Moore y

- L. Lippman (Eds.), *Conceptualizing and Measuring Indicators of Positive Development: What Do Children Need to Flourish?* (In press ed.). New York: Kluwer Acad./Plenum.
- Pérez , M. y García, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez-Sales, P. (2008). Psicoterapia positiva en situaciones adversas. In C. Vázquez y C. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Peterson, C., Ruch, W., Beerman, U., Park, N. & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149-156. doi:10.1080/17439760701228938
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Washington, DC: Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N. & Seligman, M. E. P. (2004). Assessment of character strengths. In G. P. Koocher, J. C. Norcross & S.S. Hill, III (Eds.). *Psychologists ´ desk reference*. (2nd ed., 93-98). New York: Oxford University Press. In G. P. Koocher, J. C. Norcross & Hill.S.S. (Eds.), *Psychologists ´ desk reference* (III ed., pp. 93-98). New York: Oxford University Press.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. . In M. Hersen, R. M. Eisler & M. P.M (Eds.), *Progress in behavior modification*. Newbury Park, California: Sage
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1029-1054).
- Rafanelli, C., Park, S. K., Ruini, C., Ottolini, F. & Cazzaro, M. (2000). Rating well-being and distress. *Stress Medicine*, 16, 55-61.
- Ramana, R., Paykel, E. S., Cooper, Z., Hayburst, H., Saxty, M. & Surtees, P. G. (1995). Remission and relapse in major depression. *Psychological Medicine*, 25, 1161-1170.

- Real Academia Española, d. l. l. E. A. d. A. (Ed.) (2014) Diccionario de la lengua española (23 ed.). Planeta Publishing Corporation.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. P., Kaslow, N. J. & Rabin, A. S. (1987). Cognitive and behavioral targets in a self-control therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 60-67.
- Rehm, L. P., Kornblith, S. J., O'Hara, M. W., Lamparski, D. M., Romano, J. M. & Volkin, J. (1981). An evaluation of major components in a self-control behavior therapy program for depression. *Behavior Modification*(5), 459-489.
- Reiss, S. & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). Nueva York: NY: Academic Press.
- 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 Carrobes, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de psicología*, 26(1), 49-57.
- Rojas, M. y Ramos, N. (2013). Salud, optimismo y afrontamiento en trabajadores, profesionales y no profesionales, que trabajan con personas en riesgo social. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 149-157.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom. A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guilford.
- Ruiter, C., Rijken, H., Garssen, B., van Schaik, A. & Kraaimaat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety disorders*, 3, 57-68.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials. A review of research on hedonic and eudamonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

- 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(6), 1069-1081.
- Sánchez, I. (2002). *Insomnio, estrés y depresión nerviosa*. España: Editorial Lisboa.
- Sánchez, O., Martín-Brufau, R., Méndez, F. X., Corbalán, F. J. y Limiñana, R. (2010). Relación entre optimismo, creatividad y síntomas psicopatológicos, en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1151-1178.
- Sanderson, W. & Wetzler, S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. In R. Rapee y D. H. Barlow (Eds.), *Chronic Anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 119-135). Nueva York: Guilford.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1986). Cuestionario de ansiedad estado rasgo. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 2, 39-53.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2009). *Manual de psicopatología*. (Vol. II). Madrid: Mc Graw Hill.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sarafino, E. P. (1999). *Health psychology: biopsychosocial interactions* (3º ed.). Nueva York: Wiley.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996). *Psicología anormal. El problema de la conducta desadaptada* (7ª ed.). México: Trillas.
- Scheier, M. F. & 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., Carver, C. S. & 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, 1.063-1.078. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

- Schwartz, G. E. (1979). The brain as a health care system. In C. G. Stone, I. P. Cohen & N. E. Adier (Eds.), *Health psychology a handbook: Theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care systems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Aprenda Optimismo*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P. & Christopher, P. (2000). Positive Clinical Psychology.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A. & Peterson, C. (2005). Positive psychology in progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seyle, H. (1956). *The stress of life* (2º ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shafran, R., Thordarson, D. & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(379-39).
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K. & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal- attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70, 5-31.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of Positive Psychology*. New York.

- Spielberg, C., Pollans, C. & Worden, T. (1984). Anxiety disorders. In S. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). Nueva York: Wiley.
- Sternbach, R. A. (1966). *Principles of psychophysiology*. Nueva York: Academic Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Thunedborg, K., Black, C. H. & Bech, P. (1995). Beyond the Hamilton depression scores in long-term treatment of manic-melancholic patients: Prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 131-140.
- Trull, T. J., Nietzel, M. T. & Main, A. (1988). The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 19, 527-538.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(320-333).
- Tyrer, P. J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester: Wiley.
- Valdés, M. y Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Van Balkom, A. J., Van Oppen, P., Vermeulen, A., Van Dyck, R., Nauta, M. C. & Vorst, H. C. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 5, 359-381.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo*, 1(enero-abril), 1-2.
- Vázquez, C., Hervás, C. & Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones Clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.

- Vázquez, C., Hervás, C., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(2009), 15-28.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (2009). Trastornos del estado del ánimo: aspectos clínicos. In A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. II). Madrid: McGraw Hill.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 231-254.
- Vera, B. (2004). Resistir y Rehacerse: Una Reconceptualización de la Experiencia Traumática desde la Psicología Positiva. *Revista de Psicología Positiva*. Retrieved from <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>.
- Watson, D. (2002). Positive affectivity: The disposition to experience positive emotional states. In R. S. S. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 106-119). New York: Oxford University Press.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(221-247).
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. & Tellegan, A. (1995). Two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820-838.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Dimascio, A., Goklaney, M. & Klerman, G. L. (1979). Efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of depressive episodes. *American Journal of Psychiatry*, 136(4B), 555-558.
- Widiger, T. A. & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126(946-963).
- Wittchen, H. & Essau, C. (1993). Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatry*, 27(4768).
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Penguin.

Wolpe, J. (1979). *Neurosis*. Madrid: Ruidrejo.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

MARCO TEÓRICO

Figuras:

Figura 1 Relación entre los distintos estados de los recursos personales	13
Figura 2 Modelo tripartito de Clark y Watson.	23

Tablas:

Tabla 1 Clasificación de virtudes y fortalezas.....	14
Tabla 2 Instrumentos de medición en psicología positiva.	20
Tabla 3 Modelo transdiagnóstico de trastornos del estado del ánimo y ansiedad.....	24
Tabla 4 Prevalencia del trastorno depresivo.	28
Tabla 5. Relación de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. .	30
Tabla 6. Prevalencia del trastorno de ansiedad.....	32
Tabla 7 Porcentaje promedio de comorbilidad en los trastornos de ansiedad.....	33
Tabla 8 Relación de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión ...	34
Tabla 9 Cuadro resumen de los modelos de estrés.....	35
Tabla 10 Efectos del estrés según eje de afectación.	38

MARCO EMPÍRICO

Figuras:

Figura 1 Distribución de género del Grupo A	Figura 2 Distribución de tipo de estudios del Grupo A.....	51
Figura 3 Distribución de la ocupación principal para el Grupo A.....		52
Figura 4 Distribución de la cohabitación del Grupo A.		52
Figura 5 Distribución de personas bajo tratamiento médico del Grupo A.		52
Figura 6 Distribución de motivos por los que han sido tratados médicamente en el Grupo A.....		52
Figura 7 Distribución de género del Grupo B	Figura 8 Distribución del estado civil del Grupo B.....	53
Figura 9 Distribución de los estudios realizados del Grupo B.....		53
Figura 10 Distribución de la cohabitación del Grupo B.....		53
Figura 11 Distribución de personas bajo tratamiento médico del Grupo B.....		54
Figura 12 Distribución de motivos por los que han sido tratados médicamente en el Grupo B.....		54
Figura 13 Distribución de género Grupo C	Figura 14 Distribución de tipo de estudios Grupo C.....	54
Figura 15 Distribución de los estudios realizados del Grupo C.....		55
Figura 16 Distribución de la ocupación del Grupo C.....		55
Figura 17 Distribución de la cohabitación del Grupo C.....		55
Figura 18 Distribución de personas bajo tratamiento médico del Grupo C.....		55
Figura 19 Distribución de motivos por los que han sido tratados médicamente en el Grupo C.....		56
Figura 20 Distribución de motivos por los que han sido tratados psicológicamente en el Grupo C.....		56
Figura 21 Distribución de la duración del tratamiento en el Grupo C.		56

Figura 22 Distribución de las recaídas en el Grupo C	56
Figura 23 Evolución de las medias por grupos en optimismo (LOT)	101
Figura 24 Evolución de las medias por grupos de estado de actividad general (EEAG)	105
Figura 25 Evolución de las medias por grupos en funcionamiento psicosocial (GHQ-C)	108
Figura 26 Evolución de las medias por grupos en satisfacción (SWLS).....	110
Figura 27 Evolución de las medias por grupos en síntomas de ansiedad (BAI)	114
Figura 28 Evolución de las medias por grupos en síntomas de depresión (BDI)	116
Figura 29 Evolución de las medias por grupos en estrés percibido (PPS)	118
Figura 30 Evolución de las medias por grupos en número de fortalezas (VIA N)	122
Figura 31 Evolución de las medias por grupos en recursos personales (IRP) ..	125
Figura 32 Evolución de las medias por grupos de interés en las sesiones.	129
Figura 33 Evolución de las medias por grupos de utilidad en las sesiones.....	132

Tablas:

Tabla 1 Descripción pormenorizada de las sesiones y sus componentes.....	68
Tabla 2 Porcentaje de participantes por estadio de motivación al cambio (URICA)	79
Tabla 3 Estadísticos descriptivos por grupos de indicadores de salud: actividad general (EEAG), satisfacción vital (SWLS), funcionamiento psicosocial (GHQ-C).....	81
Tabla 4 Estadísticos descriptivos por grupos de área psicopatológica: síntomas de depresión (BDI), ansiedad (BAI), estrés (PSS).....	82

Tabla 5 Estadísticos descriptivos por grupos de área de potencialidades: en número de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP).	84
Tabla 6 Resumen de los resultados para el objetivo 1	85
Tabla 7 Porcentaje de participantes por estadio de motivación al cambio (URICA) tras la intervención.	87
Tabla 8 Contraste antes de la intervención de actividad general (EEAG), funcionamiento psicosocial (GHQ-C), satisfacción vital (SWLS)	89
Tabla 9 Contraste después de la intervención de actividad general (EEAG), funcionamiento psicosocial (GHQ-C), satisfacción vital (SWLS)	89
Tabla 10 Estadísticos descriptivos de actividad general (EEAG), funcionamiento psicosocial (GHQ-C), satisfacción vital (SWLS)	90
Tabla 11 Contraste antes de la intervención en síntomas de de ansiedad (BAI), depresión (BDI), estrés (PSS)	92
Tabla 12 Estadísticos descriptivos antes de la intervención por grupos en síntomas de depresión (BDI).....	92
Tabla 13 Estadísticos descriptivos antes de la intervención por grupos en síntomas de ansiedad (BAI)	92
Tabla 14 Contraste después de la intervención en síntomas de de estrés(PSS), depresión (BDI) y ansiedad (BAI)	93
Tabla 15 Estadísticos descriptivos después de la intervención por grupos en síntomas de de depresión (BDI)	93
Tabla 16 Contraste antes de la intervención de número de fortalezas (VIAN)y recursos personales (IRP) previo a la intervención	95
Tabla 17 Estadísticos descriptivos antes de la intervención por grupos de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP).....	96
Tabla 18 Contraste antes de la intervención de número de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP)	97
Tabla 19 Estadísticos descriptivos después de la intervención por grupos de fortalezas (VIAN) y recursos personales (IRP) posterior a la intervención....	97
Tabla 20 Resumen de los resultados para el objetivo 2.....	98

Tabla 21 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en optimismo(LOT)	101
Tabla 22 Descriptivos y prueba de Friedman para motivación al cambio (URICA).....	103
Tabla 23 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en actividad general (EAG)	105
Tabla 24 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en disfunción social (GHQ- C)	107
Tabla 25 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en satisfacción (SWLS).....	110
Tabla 26 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en síntomas de ansiedad (BAI).....	113
Tabla 27 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en síntomas de depresión (BDI).....	116
Tabla 28 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en estrés (PSS)	118
Tabla 29 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en número de fortalezas (VIAN)	122
Tabla 30 Estadísticos descriptivos y ANOVA mixto en recursos (IRP)	124
Tabla 31 Resumen de los resultados para el objetivo 3.....	127
Tabla 32 Media de puntuaciones de interés en las sesiones por grupos	128
Tabla 33 Contraste entre grupos según nivel de interés en las sesiones.....	130
Tabla 34 Comparación del interés en las sesiones entre trabajadores y estudiantes.....	130
Tabla 35 Comparación del interés en las sesiones entre estudiantes y grupo clínico.	131
Tabla 36 Comparación del interés en las sesiones entre trabajadores y grupo clínico.	131
Tabla 37 Media de puntuaciones de utilidad en las sesiones por grupos.....	132
Tabla 38 Contraste entre grupos según nivel de utilidad en las sesiones.....	133
Tabla 39 Comparación de la utilidad en las sesiones en trabajadores y estudiantes.....	133

Tabla 40 Comparación de la utilidad en las sesiones entre estudiantes y grupo clínico.....	134
Tabla 41 Comparación del interés en las sesiones entre trabajadores y grupo clínico	134
Tabla 42 Análisis de correlación entre interés y utilidad por sesiones.....	136
Tabla 43 Análisis de correlación entre interés y satisfacción personal (SWLS) en estudiantes y trabajadores.....	137
Tabla 44 Análisis de correlación entre la utilidad y la satisfacción personal (SWLS) en estudiantes y trabajadores.....	138
Tabla 45 Análisis de correlación entre interés y satisfacción personal (SWLS) en el grupo clínico.....	139
Tabla 46 Análisis de correlación entre utilidad y satisfacción personal (SWLS) en el grupo clínico.....	139
Tabla 47 Resumen de los resultados para el objetivo 4.....	141
Tabla 48 Análisis de correlación entre optimismo (LOT) y las áreas de salud, psicopatológicas y de potencialidades antes del programa.....	143
Tabla 49 Análisis de correlación entre motivación al cambio (URICA) y las áreas de salud, psicopatológicas y de potencialidades.....	144
Tabla 50 Análisis de correlación entre recursos (IRP), número de fortalezas (VIAN) y salud.....	146
Tabla 51 Análisis de correlación entre recursos (IRP), número de fortalezas (VIAN) y psicopatología.....	147
Tabla 52 Resumen de los resultados para el objetivo 5.....	149
Tabla 53 Relación entre satisfacción y síntomas de depresión, ansiedad y optimismo después de la aplicación del programa en estudiantes	150
Tabla 54 Anova para la satisfacción en estudiantes tras la intervención.....	151
Tabla 55 Significación de los coeficientes de regresión para el grupo de estudiantes.....	152
Tabla 56 Relación entre satisfacción y síntomas de depresión, ansiedad y optimismo después de la aplicación del programa en trabajadores.....	153

Tabla 57 Anova para la satisfacción post intervención en trabajadores tras la intervención	154
Tabla 58 Significación de los coeficientes de regresión en trabajadores	154
Tabla 59 Relación entre satisfacción y síntomas de depresión, ansiedad y optimismo después de la aplicación del programa en grupo clínico	155
Tabla 60 Anova para satisfacción en grupo clínico tras la intervención	156
Tabla 61 Significación de los coeficientes de regresión en grupo clínico.....	157
Tabla 62 Resumen de los resultados para el objetivo 6.....	158

ANEXOS

ANEXOS:

Anexo 1: Declaración de compromiso

Anexo 2:

a) Hoja de información

b) Consentimiento informado

Anexo 3: Datos descriptivos

Anexo 4: Evaluación del estado presente antes y después de cada sesión. [EEAIF-5]

Anexo 5: Cuestionario de salud general [GHQ-28]

Anexo 6: Escala de evaluación de la actividad general [EEAG]

Anexo 7: Inventario de recursos personales [IPR-77]

Anexo 8: Test de orientación vital- Revisado [LOT-R-10]

Anexo 9: Escala de satisfacción con la vida [SWLS-5]

Anexo 10: Escala de estrés percibido [PSS-10]

Anexo 11. Inventario de depresión [BDI-21]

Anexo 12. Inventario de ansiedad [BAI-21]

Anexo 13: Test breve de fortalezas [VIA-24]

Anexo 14: Escala de evaluación del cambio [URICA-32]

Anexo 15: Ejemplo de cuaderno de trabajo de sesiones.

Anexo 16: Ejemplo de presentación de sesiones de trabajo.

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Anexo 1

Declaración de compromiso

DECLARACIÓN DE COMPROMISO CON EL DESARROLLO DE MIS RECURSOS PSICOLÓGICOS:

Yo, _____, en mi carácter de Persona Natural, me comprometo a realizar periódicamente las actividades propuestas así como a implicarme completamente en el desarrollo de mis recursos psicológicos con el objetivo de potenciarlos.

En el día ____ del mes de _____ del año 2013 en la ciudad de _____.

Firma

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Anexo 2
HOJA DE INFORMACIÓN

Título del proyecto de investigación **“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN PSICOLOGÍA POSITIVA PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR”**.

A efectos de cumplir con el deber de informar suficientemente a los participantes sobre los objetivos y la metodología empleada en el estudio, como requisito previo a solicitar su colaboración voluntaria en el mismo, se presentan a continuación los objetivos y características del proyecto mencionado.

1. OBJETIVO

- a) Valorar la eficacia de un programa de intervención basado en la metodología aplicada de la Psicología Positiva para la promoción del bienestar.

2. METODOLOGÍA EMPLEADA

Se evaluarán en medidas pre y post intervención y seis meses después de la finalización del mismo.

La evaluación estará constituida por una batería de tests psicológicos a la que los participantes irán respondiendo, según las indicaciones de la investigadora.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), todos los datos personales recabados de los participantes serán tratados con absoluta confidencialidad, no siendo revelados en modo alguno ni la identidad ni ningún indicio de la misma.

En Sevilla, a de 2013

V.B. Mercedes Borda Mas
Profa. Titular. Universidad de Sevilla
Responsable del Grupo de Investigación CTS-432
“Intervención clínica en Medicina Comportamental y Psicología de la Salud”

Fdo. Carmen Párraga Gallardo
Doctoranda del Programa “Psicología Clínica y de la Salud”. Universidad de Sevilla

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña:

he leído la hoja de información que se me ha entregado. He sido suficientemente informado y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y la metodología aplicada en el programa de intervención que forma parte del Proyecto de Investigación "EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN PSICOLOGÍA POSITIVA PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR".

He hablado con la investigadora Dña. Carmen Párraga Gallardo y comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo igualmente que puedo retirarme, si así lo deseo:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones ni exponer mis motivos.

Por todo lo cual PRESTO MI CONSENTIMIENTO para participar en el programa.

En Sevilla, a _____ de 2013

Fdo: _____

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Anexo 3 **DATOS DESCRIPTIVOS**

Marca con una cruz la opción que mejor se ajuste a ti. Muchas Gracias

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

- a) Hombre
- b) Mujer

3. Estado Civil.

- a) Solter@
- b) Casad@
- c) Separad@
- d) Viud@

4. Estudios:

- a) Ninguno
- b) Primarios
- c) Secundarios
- d) Formación profesional
- e) Universitarios
- f) Doctorados y tercer ciclo

5. Ocupación:

- a) Inactivo
- b) Estudiante
- c) Trabajador/a
- d) Pensionista

6. ¿Con quién vives?

- a) Sol@
- b) Padres
- c) Pareja
- d) Compañer@ de piso
- e) Institución

7. ¿Has recibido algún tratamiento médico en los últimos doce meses?:

- a) si
- b) no

Si la respuesta es afirmativa, señala por qué motivo:

8. ¿Has recibido tratamiento psicológico en los últimos doce meses?:

- a) si
- b) no

Si la respuesta es afirmativa, señala por qué motivo:

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Anexo 4
EVALUACIÓN DEL ESTADO PRESENTE ANTES Y DESPUÉS DE CADA
SESIÓN. [EEAIF-5]

Nos gustaría conocer cómo te sientes antes y después de cada sesión.

Hoy nos encontramos en la sesión ... (tacha la casilla correspondiente)

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Al inicio de la sesión

Señala, a continuación, marcando con un aspa (X)

¿Cómo te sientes hoy?

	Mal		Bien						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Al final de la sesión

¿Cómo te sientes ahora?

Mal									Bien
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Te han resultado *interesantes* los contenidos desarrollados en la sesión?

No									Sí
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Consideras útiles los contenidos y las actividades tratados en la sesión de hoy?

Nada									Todo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Para la sesión de hoy, te han resultado de utilidad los contenidos trabajados en la sesión anterior?

No									Sí
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Anexo 5

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL [GHQ-28]

Nos gustaría conocer cómo es tu estado de salud en general.

A continuación, te presentamos una serie de frases que hacen referencia al estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) la opción de respuesta que, según tu criterio, mejor se adapte a tu situación.

ÚLTIMAMENTE

A

1. ¿Te has 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. ¿Has tenido la sensación de que necesitabas un reconstituyente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

3. ¿Te has sentido una persona agotada y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

4. ¿Has tenido la sensación de que estabas enfermo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

5. ¿Has padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

6. ¿Has tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza te va a estallar?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

7. ¿Has tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

B.

1. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

2. ¿Has 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. ¿Te has 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. ¿Te has 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. ¿Te has asustado o has tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Has tenido la sensación de que "todo se me viene encima"?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

8. ¿Te has 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. ¿Te las has arreglado para mantenerte ocupado y activo?

Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
----------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------

2. ¿Te cuesta más tiempo hacer las cosas?

Menos tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
------------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------

3. ¿Has tenido la impresión, en conjunto, de que estás haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

4. ¿Te has sentido satisfecho con tu manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho que lo habitual
--------------------------------	-----------------------	----------------------------------	--

5. ¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?

Más útil que lo habitual	Igual de útil que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------------------

6. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

7. ¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

D.

1. ¿Has pensado que eres una persona que *"no valgo para nada"*?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

2. ¿Has 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. ¿Has 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. ¿Has pensado en la posibilidad de *"quitarme de en medio"*?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	---------------------------

5. ¿Has notado que, a veces, no puedes hacer nada porque tienes los nervios desquiciados?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Has notado que deseas estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

1. ¿Has notado que *"la idea de quitarme la vida"* te viene repentinamente a la cabeza?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	---------------------------

IDENTIFICADOR PERSONAL:

FECHA

Anexo 6

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GENERAL [EEAG]

Nos gustaría conocer cuál es tu nivel de funcionamiento y actividad general.

En esta escala del 0 al 100, rodea el número que refleje mejor tu estado de funcionamiento y actividad general en los últimos doce meses.

100 Sin síntomas	Me siento plenamente satisfecho con carácter general. Los problemas de la vida cotidiana nunca me superan y me siento valorado por los demás a causa de mis muchas cualidades.
90 Síntomas ausentes o mínimos	Me siento generalmente satisfecho con mi vida, con un buen nivel de actividad física en todas las áreas, interesado e implicado en gran cantidad de actividades, socialmente eficaz, sin más problemas que los cotidianos.
80 Si existen algunos síntomas, sólo provocan una ligera alteración.	Percibo un malestar temporal, esperable ante los problemas estresantes cotidianos. Mi funcionamiento social, laboral o académica es prácticamente normal, con muy poca alteración.
70 Existen algunos síntomas pero en general funciona bastante bien.	Noto algunos síntomas leves (p.ej., tristeza, problemas ligeros de sueño) o alguna dificultad social, laboral o académica, pero generalmente me manejo bastante bien.
60 Existen síntomas o dificultades moderados	Percibo síntomas moderados (p.ej., dificultad para expresar emociones, doy muchas vueltas hasta saber cómo contar algo) o dificultades sociales, laborales o académicas moderadas (p.ej., conflictos con compañeros o amigos).
50 Síntomas graves o alteración grave de la actividad.	Percibo síntomas graves (p.ej., he pensado en hacerme daño, repito una misma actividad muchas veces hasta quedarme tranquilo) y alteraciones sociales, laborales o académicas graves (p.ej., sin amigos, incapaz de mantener una actividad).
40 Existe alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación o alteración importante en varias áreas.	Me cuesta distinguir si una situación es real o no. Me cuesta mucho comunicarme o tengo alteradas áreas importantes de mi vida como la relación con la familia, el estado del ánimo, en la toma de decisiones o en la reflexión personal.
30 Conducta considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones. Alteración grave de la comunicación o el juicio, o incapacidad	Mi comportamiento está considerablemente influido por ideas raras. Percibo cosas que no pertenecen a ninguna situación externa, sintiéndolas como reales. Tengo ideas suicidas. Me siento incapaz para funcionar en casi todas las áreas.
20 Algún peligro de causar lesiones a otros/ sí mismo o alteración importante de la comunicación.	Siento peligro de dañarme a mí mismo u a otros. Estoy absolutamente descuidado en mi higiene personal. Soy incapaz de comunicarme.
10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.	Existe el peligro persistente de lesionarme gravemente a mí o a otros. He cometido un intento de suicidio.
0 Información inadecuada.	Información imprecisa.

IDENTIFICADOR PERSONAL:

FECHA

Anexo 7**INVENTARIO DE RECURSOS PERSONALES [IRP-77]****Nos gustaría conocer cómo eres en general.**

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre situaciones que podemos experimentar a lo largo de nuestra vida. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) si refleja lo que generalmente piensas sobre cómo te sientes o eres, de la siguiente manera:

0	1	2	3				
Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo				
				Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de
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			

IDENTIFICADOR PERSONAL:

FECHA

	Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de
12. Soy capaz de darme cuenta de cuando alguien está pasando por un momento difícil.	0	1	2	3
13. Soy consciente de los sentimientos que provoco en los demás.	0	1	2	3
14. Soy consciente de mis cualidades.	0	1	2	3
15. Sé reconocer en mí cuando estoy triste y porqué.	0	1	2	3
16. Soy consciente 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
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

IDENTIFICADOR PERSONAL:

FECHA

	Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de
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
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

IDENTIFICADOR PERSONAL:

FECHA

	Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de
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
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

Anexo 9

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA [SWLS-5]

Nos gustaría conocer cuánto de satisfecho te sientes con tu vida en general.

A continuación, te presentamos una serie de frases que hacen referencia a si te sientes satisfecho en tu vida, en general. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) si estás de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. Utiliza para ello la siguiente escala.

	0	1	2	3	4
	Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
				Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
				Estoy en desacuerdo	Estoy de acuerdo
				No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	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

IDENTIFICADOR PERSONAL:

FECHA

Anexo 10

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO [PSS-10]

Nos gustaría conocer si te sientes estresado en el momento presente.

A continuación, te presentamos una serie de frases que hacen referencia al nivel de estrés percibido. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) con qué frecuencia has experimentado las siguientes afirmaciones, en general, en último mes. Utiliza para ello la siguiente escala.

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Frecuentemente	casi siempre

Durante el mes pasado, ¿cuántas veces...

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Con frecuencia	Casi siempre
1... ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2 ... se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ... se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4 ... ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. ... ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6...ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7... ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8... ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
9... ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10... ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

IDENTIFICADOR PERSONAL:

FECHA

Anexo 11 INVENTARIO DE DEPRESIÓN [BDI-21]

Nos gustaría conocer tu estado de ánimo en el momento presente.

A continuación, te presentamos agrupadas una serie de frases que hacen referencia al estado de ánimo. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) la afirmación en cada grupo que describe mejor cómo te sientes, en general, en los últimos ocho días.

1.

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

2.

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

3.

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

4.

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

5.

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

6.

- 0 No creo que esté siendo castigado.
 1 Siento que quizás pueda ser castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que estoy siendo castigado.

7.

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

8.

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

9.

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

10.

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

11.

- 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

- 2 Me siento irritado continuamente.
- 3 No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- 3 He perdido todo interés por los demás.

13.

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

14.

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

15.

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

16.

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

17.

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

18.

- 0 Mi apetito no ha disminuido.

- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

19a

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

19b. Estoy bajo dieta para adelgazar:

- Sí No

20.

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

21.

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

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Anexo 12 INVENTARIO DE ANSIEDAD [BAI-21]

Nos gustaría conocer si te sientes ansioso en el momento presente.

A continuación, te presentamos una serie de frases que hacen referencia a diferentes síntomas de ansiedad. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) la afirmación que describe mejor en qué medida sientes cada uno de ellos, en general, en el momento actual. Utiliza para ello la siguiente escala.

0	1	2	3						
Nunca	Levemente, no me molesta mucho	Moderadamente, es desagradable pero puedo soportarlo	Severamente, casi no puedo soportarlo						
	Nunca	Levemente, no me molesta mucho	Moderadamente, es desagradable pero puedo soportarlo	Severamente, casi no puedo soportarlo					
					13. Temblor generalizado o estremecimiento.	0	1	2	3
					14. Miedo a perder el control.	0	1	2	3
					15. Dificultad para respirar.	0	1	2	3
					16. Miedo a morirme.	0	1	2	3
					17. Sobresaltos.	0	1	2	3
					18. Molestias digestivas o abdominales.	0	1	2	3
					19. Palidez.	0	1	2	3
					20. Rubor facial.	0	1	2	3
					21. Sudoración (no debida al calor).	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento.	0	1	2	3					
2. Sensación de calor.	0	1	2	3					
3. Temblor de piernas.	0	1	2	3					
4. Incapacidad de relajarme.	0	1	2	3					
5. Miedo a que suceda lo peor.	0	1	2	3					
6. Mareo o aturdimiento.	0	1	2	3					
7. Palpitaciones o taquicardia.	0	1	2	3					
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.	0	1	2	3					
9. Terrores.	0	1	2	3					
10. Nerviosismo.	0	1	2	3					
11. Sensación de ahogo.	0	1	2	3					
12. Temblores de manos.	0	1	2	3					

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Anexo 13

TEST DE FORTALEZAS - BREVE [VIA - B - 24]

Nos gustaría conocer cómo has actuado en las últimas semanas ante diferentes situaciones.

A continuación, te presentamos una serie de frases que hacen referencia a posibles situaciones reales experimentadas en los últimos meses con la finalidad, de que señales la frecuencia has reaccionado de la forma señalada en el enunciado. Las preguntas se refieren a comportamientos que la mayoría de la gente considera deseables. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) en función de lo que hayas hecho. Utiliza para ello la siguiente escala. Si no se ha producido alguna situación, marca la opción "no ha ocurrido".

0	1	2	3	4	5				
No ha ocurrido	Nunca / Rara vez	De vez en cuando	La mitad de las veces	casi siempre	Siempre				
				No ha ocurrido	Nunca/rara vez	De vez en cuando	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
1. Piensa en situaciones reales en las que has tenido la oportunidad de hacer algo nuevo o innovador. ¿Con qué frecuencia has mostrado CREATIVIDAD o INGENIO en estas situaciones?				0	1	2	3	4	5
2. Piensa en situaciones reales en las que has tenido la oportunidad de explorar algo nuevo o de hacer algo diferente. ¿Con qué frecuencia has mostrado CURIOSIDAD o INTERÉS?				0	1	2	3	4	5
3. Piensa en situaciones reales en las que has tenido que tomar una decisión importante y compleja. ¿Con qué frecuencia has mostrado PENSAMIENTO CRÍTICO, APERTURA DE MENTE, o BUEN JUICIO?				0	1	2	3	4	5

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

	No ha ocurrido	Nunca/rara vez	De vez en cuando	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
4. Piensa en situaciones reales en las que has tenido la oportunidad de aprender más sobre un tema, dentro o fuera del lugar de estudios o trabajo. ¿Con qué frecuencia has mostrado PASIÓN POR APRENDER en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5
5. Piensa en situaciones reales en las que has tenido la oportunidad de aconsejar a otra persona que lo necesitaba. ¿Con qué frecuencia en estas situaciones has visto las cosas con PERSPECTIVA o SABIDURÍA?	0	1	2	3	4	5
6. Piensa en situaciones reales en las que has experimentado miedo o amenaza. ¿Con qué frecuencia has mostrado VALENTÍA o CORAJE?	0	1	2	3	4	5
7. Piensa en situaciones reales en las que te has enfrentado a una tarea difícil que requería mucho tiempo. ¿Con qué frecuencia has mostrado PERSEVERANCIA, PERSISTENCIA, EFICIENCIA, o CAPACIDAD DE TRABAJO en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5
8. Piensa en situaciones reales en las que fue posible para tí dar una visión falsa de quién eres o de lo que había sucedido. ¿Con qué frecuencia has mostrado HONESTIDAD o AUTENTICIDAD en esas situaciones?	0	1	2	3	4	5
9. Piensa en tu vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia has mostrado VITALIDAD o ENTUSIASMO cuando era posible hacerlo?	0	1	2	3	4	5
10. Piensa en tu vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia has expresado tu AMOR o AFECTO hacia otros (amigos, familia) cuando era posible hacerlo?	0	1	2	3	4	5
11. Piensa en tu vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia has mostrado AMABILIDAD o GENEROSIDAD cuando era posible hacerlo?	0	1	2	3	4	5
12. Piensa en situaciones reales en las que era necesario entender y responder a motivaciones de otras personas. ¿Con qué frecuencia has mostrado INTELIGENCIA SOCIAL o HABILIDADES SOCIALES en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

	No ha ocurrido	Nunca/rara vez	De vez en cuando	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
13. Piensa en situaciones reales en las que has sido un miembro de un grupo que necesitaba su ayuda y lealtad. ¿Con qué frecuencia has mostrado TRABAJO EN EQUIPO?	0	1	2	3	4	5
14. Piensa en situaciones reales en las que has tenido algún poder e influencia sobre dos o más personas. ¿Con qué frecuencia has mostrado JUSTICIA en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5
15. Piensa en situaciones reales en las que has sido un miembro de un grupo que necesitaba orientación. ¿Con qué frecuencia has mostrado LIDERAZGO en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5
16. Piensa en situaciones reales en las que has sido herido por otra persona. ¿Con qué frecuencia has mostrado PERDÓN o PIEDAD en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5
17. Piensa en tu vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia has mostrado MODESTIA o HUMILDAD cuando era posible hacerlo?	0	1	2	3	4	5
18. Piensa en situaciones reales en las que ha sido tentado de hacer algo de lo que podrías haberte arrepentido después. ¿Con qué frecuencia has mostrado PRUDENCIA, DISCRECIÓN, o CUIDADO en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5
19. Piensa en situaciones reales en las que has experimentado antojos, deseos, impulsos, o emociones que deseabas controlar. ¿Con qué frecuencia has mostrado AUTOCONTROL o AUTORREGULACIÓN en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5
20. Piensa en tu vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia has mostrado ASOMBRO y APRECIO POR LA BELLEZA Y LA PERFECCIÓN cuando era posible hacerlo?	0	1	2	3	4	5
21. Piensa en situaciones reales en las que alguien te ayudó o te hizo un favor. ¿Con qué frecuencia has mostrado GRATITUD o AGRADECIMIENTO en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

	No ha ocurrido	Nunca/rara vez	De vez en cuando	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
22. Piensa en situaciones reales en las que has experimentado un fracaso o un contratiempo. ¿Con qué frecuencia has mostrado ESPERANZA u OPTIMISMO en estas situaciones?	0	1	2	3	4	5
23. Piensa en tu vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia has mostrado SER JUGUETÓN o SENTIDO DEL HUMOR cuando era posible hacerlo?	0	1	2	3	4	5
24. Piensa en tu vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia has mostrado RELIGIOSIDAD o ESPIRITUALIDAD cuando era posible hacerlo?	0	1	2	3	4	5

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

Anexo 14
ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO [URICA-32]

A continuación, te presentamos una serie de frases que hacen referencia a cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) la afirmación que describe mejor tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Utiliza para ello la siguiente escala.

1 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 Bastante de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo	
				Totalmente en desacuerdo	
				Bastante en desacuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				Bastante de acuerdo	
				Totalmente de acuerdo	
1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.	1	2	3	4	5
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.	1	2	3	4	5
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.	1	2	3	4	5
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.	1	2	3	4	5
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.	1	2	3	4	5

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

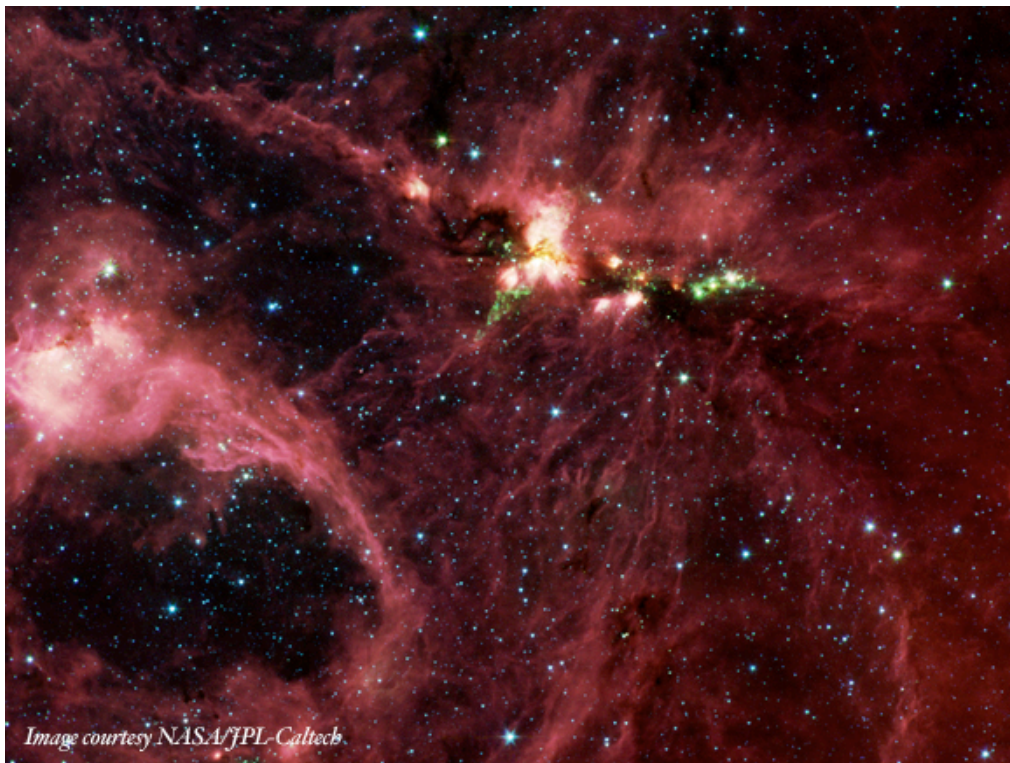
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.	1	2	3	4	5
9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.	1	2	3	4	5
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.	1	2	3	4	5
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.	1	2	3	4	5
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.	1	2	3	4	5
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.	1	2	3	4	5
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.	1	2	3	4	5
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.	1	2	3	4	5
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.	1	2	3	4	5
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.	1	2	3	4	5
20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.	1	2	3	4	5
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.	1	2	3	4	5
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios.	1	2	3	4	5

IDENTIFICADOR PERSONAL: _____ FECHA _____

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.	1	2	3	4	5
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.	1	2	3	4	5
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.	1	2	3	4	5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?.	1	2	3	4	5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.	1	2	3	4	5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿por qué perder el tiempo pensando en ellas?.	1	2	3	4	5
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.	1	2	3	4	5
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.	1	2	3	4	5

Anexo 15

CUADERNO DE TRABAJO



Mercedes Borda Mas
Carmen Párraga Gallardo
Curso 2012-2013

SESIÓN 1 TAREA

Reflexiona y escribe al menos dos puntos fuertes o herramientas que usas para comunicarte y hacer amigos.

Listado:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____

Recuerda algunos nombres y escribe una breve descripción de algunos de tus compañeros.

Listado:

- _____
- _____
- _____
- _____

SESIÓN 2 TAREA

Diario de ideas personales y autoaplicaciones acerca de las fortalezas individuales y relajación.

Diario:

fecha:
fortaleza y comentarios:

fecha:
fortaleza y comentarios:

fecha:
fortaleza y comentarios:

fecha:
fortaleza y comentarios:

fecha:
fortaleza y comentarios:

fecha:
fortaleza y comentarios:

Relax

DÍA.....
Antes Después
Después

DÍA.....
Antes Después

DÍA.....
Antes

DÍA.....
Antes Después
Después

DÍA.....
Antes Después

DÍA.....
Antes

SESIÓN 3. TAREA

Realizar los pasos para conseguir a CP:

-
-
-
-
-

Acciones positivas.

acción:

reacción:

acción:

reacción:

acción:

reacción:

acción:

reacción:

acción:

reacción:

acción:

reacción:

acción:

reacción:

SESIÓN 4. TAREA

Saboreo:

Fecha:

Experiencia:

Fecha:

Experiencia:

Fecha:

Experiencia:

Fecha:

Experiencia:

Fecha:

Experiencia

Día perfecto.

Realizarlo, describirlo y anotar las complicaciones encontradas.

(Costa Cabanillas, Miguel)

SESIÓN 5. TAREA.

Reflexión de la entrevista positiva y cambio de palabra negativa:

Aplicar la conversación positiva con alguien de nuestro entorno:

Palabra negativa.

Escoge una palabra personal y cámbiala.

SESIÓN 6. TAREA:

Punto fuerte:

Registrar uno al día y como se pone en practica al día:

Fecha:

comentario:

Fecha:

comentario:

Fecha:

comentario:

Fecha:

comentario:

SESIÓN 7 TAREA

Reflexión

Reflexiona acerca de los momentos asertivos de los demás y porque un elemento puede convertirse en relevante. Señalar los más significativos.

SESIÓN 8.TAREAS.

Pensamiento positivos:

Fecha

idea:

Fecha

idea:

Fecha

idea:

Fecha

idea:

Fecha

idea:

SESIÓN 9.TAREA

Perdón:

¿Qué sentí antes? ¿durante? ¿después?

SESIÓN 10. TAREA.

Memoria y cambio

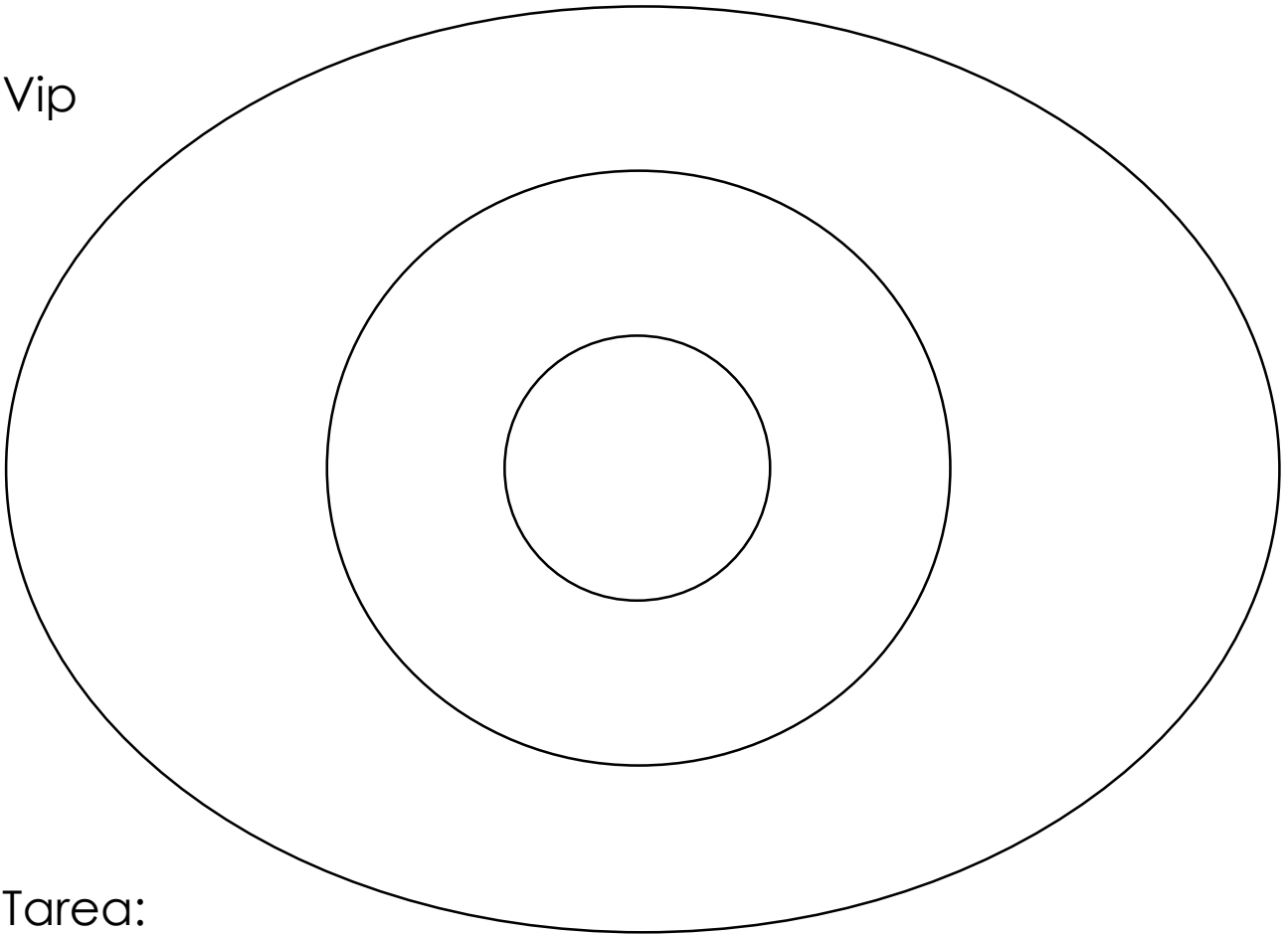
Situación:

Alternativa:

SESIÓN 11.TAREA.

Vip

Vip



Tarea:

reflexiona sobre tu Vip y el de tus compañeros plantear un plan para conseguir el propio.

(Marujo, Neto, Caetano y Rivero en prensa)

SESIÓN 11. TAREAS.

¿Qué herramienta me ha sido más útil?

¿Cuál era mi objetivo?

¿Cuál va a ser mi objetivo?

¿Cuándo lo comprobaré?

Anexo 16

Ejemplo de diapositivas presentadas en el curso:

SESIÓN 1

Ejemplo de presentación de fortalezas.

Pensamiento crítico

- .Análisis.
- .Cambio de opinión.

“NORMALMENTE MIRO LAS DOS CARAS DE LAS SITUACIONES”

Diapositiva 1 sesión 1 pensamiento crítico

SESIÓN 2

Ejemplo de búsqueda y aplicación de soluciones ante situaciones problemáticas



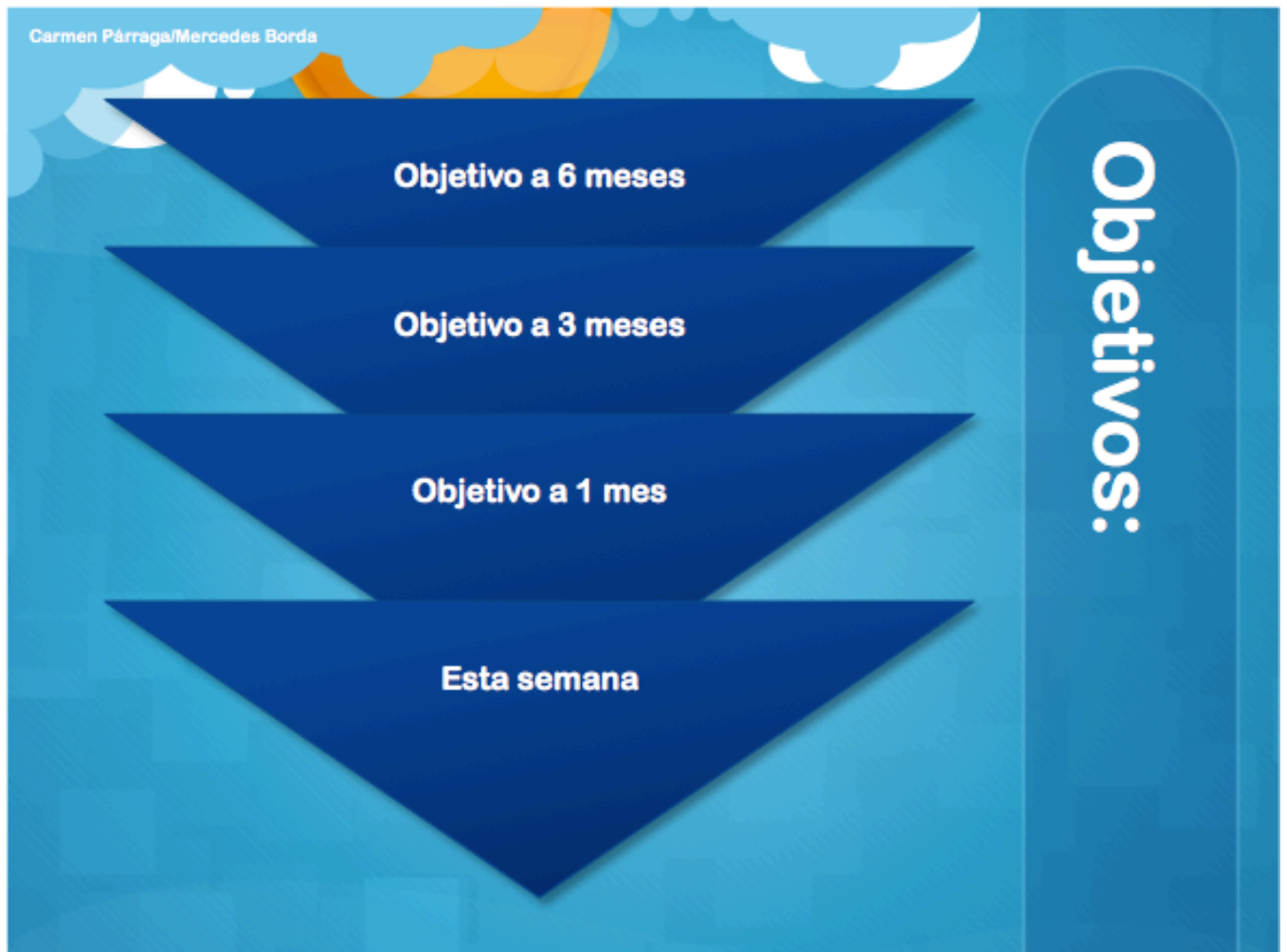
"Haré frente a la situación, con la ayuda de un profesional"

5. Poner en práctica

Diapositiva _ sesión 2 ejercicio de afrontamiento.

SESIÓN 3

Ejemplo de diapositiva sesión 3



Diapositiva sesión 3 planificación de objetivos personales.

SESIÓN 4

Ejemplo actividad para aprender a disfrutar y saborear

Carmen Párraga/Mercedes Borda



Grabar mis canciones preferidas en el mp3 y tenerlas a mano.
Ver varias películas seguidas sin preocuparme por la hora.

Diapositiva 4. Sesión 4 actividades placenteras.

SESIÓN 5

Ejemplo de actividad de comunicación positiva.

Carmen Párraga/Mercedes Borda

Producir optimismo:

Familiarmente:	Alternativa:
<p>P: “¿qué tal ha ido el día?”</p> <p>R: “ Bien... / Nada interesante.../ como siempre... / fatal ... he tenido un problema...”</p>	<p>P: “¿Qué ha habido de bueno hoy? / ”Cuéntame algo bueno que te haya pasado hoy”</p>

Diapositiva 5. Sesión 5 ejemplo de conversación positiva.


SESIÓN 6

Ejemplo actividad para mejorar el autoconcepto

Carmen Párraga/Mercedes Borda

Boceto:

- Piensa en ti, y dibújate a ti mismo.
- Enséñale el dibujo a tu compañero y comentadlo.
- Reflexiona: ¿hemos caído en la trampa de la imagen? ¿en el deseo de representarnos más como queremos ser que como somos? ¿me he dibujado resaltando sobre todo lo negativo?

A smiling man with dark hair, wearing a dark shirt, is holding a large, blank white rectangular board in front of him. The background is a blue gradient with stylized white and yellow clouds.

Diapositiva 6. Sesión 6. Autoconcepto.

SESIÓN 7

Ejemplo actividad de autoconocimiento del tipo de comunicación habitual.

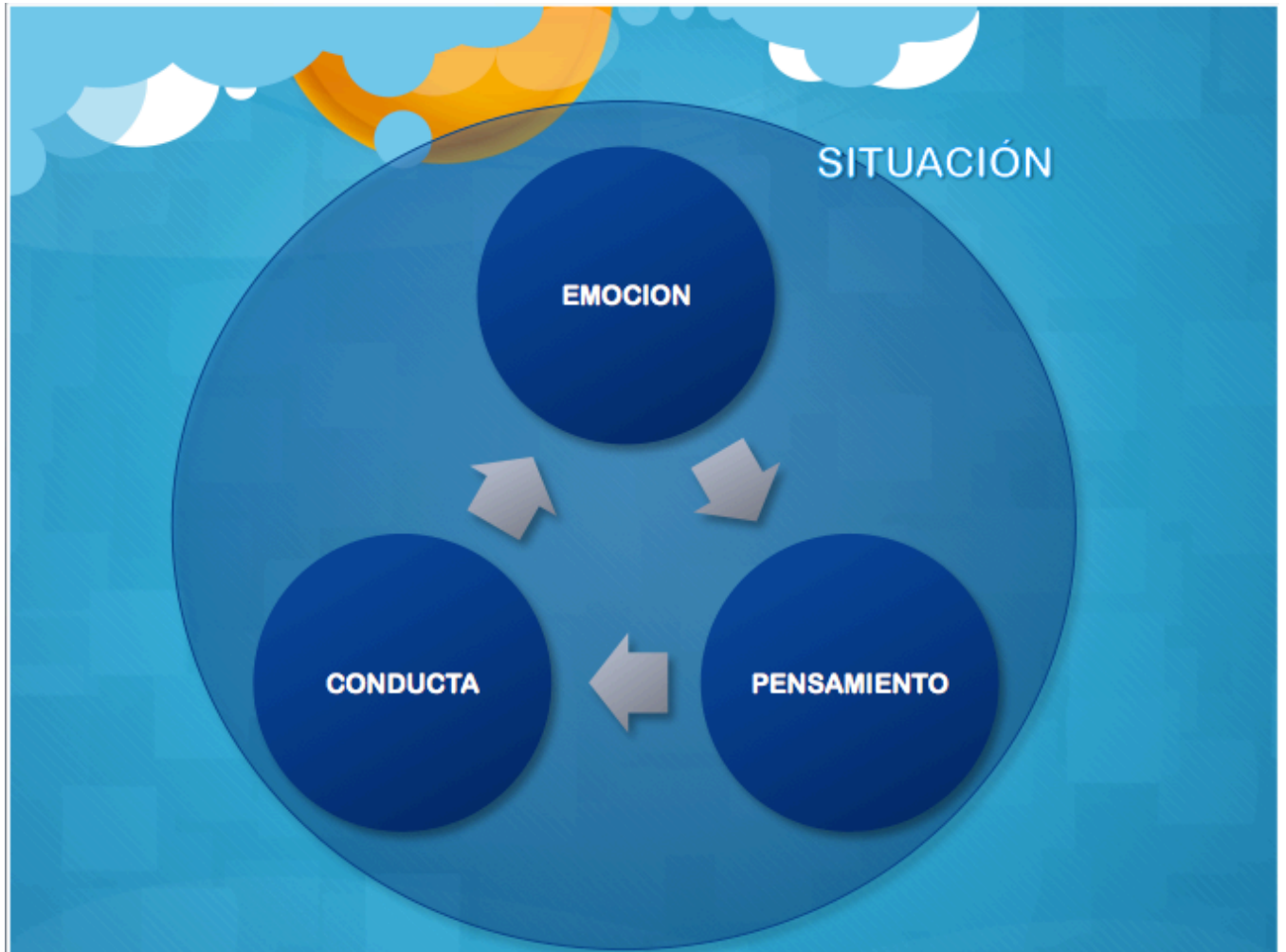
ADAPTADO DEL CUESTIONARIO ASERTIVO (R.Lazarus,1980)

1. Cuando una persona es abiertamente injusta, ¿tiende usted a no decirle nada al respecto ?
2. ¿Siempre hace lo posible por evitar problemas con otras personas?
6. Cuando un empleado en un comercio atiende primero a una persona que llegó después de usted, ¿se lo hace notar?
7. ¿Conoce pocas personas con las que pueda sentirse relajado y pasarlo bien?
8. ¿Dudaría antes de pedirle a un amigo dinero?
9. Si usted prestó una suma de dinero de importancia a una persona que parece habersele olvidado de ello, ¿se lo recordaría?
11. ¿Prefiere permanecer de pie al fondo de un salón de actos con tal de no buscar asiento adelante?
12. Si alguien pateara continuamente el respaldo de su butaca en el cine, ¿le pediría que dejara de hacerlo?
13. Si un amigo o amiga le llamara todos los días a altas horas de la noche , ¿le pediría que no llamara mas tarde de cierta hora?
14. Si usted estuviera hablando con otra persona que de pronto interrumpe la la conversación para dirigirse a un tercero, ¿expresaría su irritación?
15. Si usted está en un restaurante elegante y su bistec está demasiado crudo, ¿le pediría al camarero que lo pida cocinar un rato más?
17. ¿Devolvería una prenda con errores que compró unos días antes?
19. ¿Puede decir "no" cuando le piden cosas poco razonables?

Diapositiva 7. Sesión 7. Asertividad.

SESIÓN 8

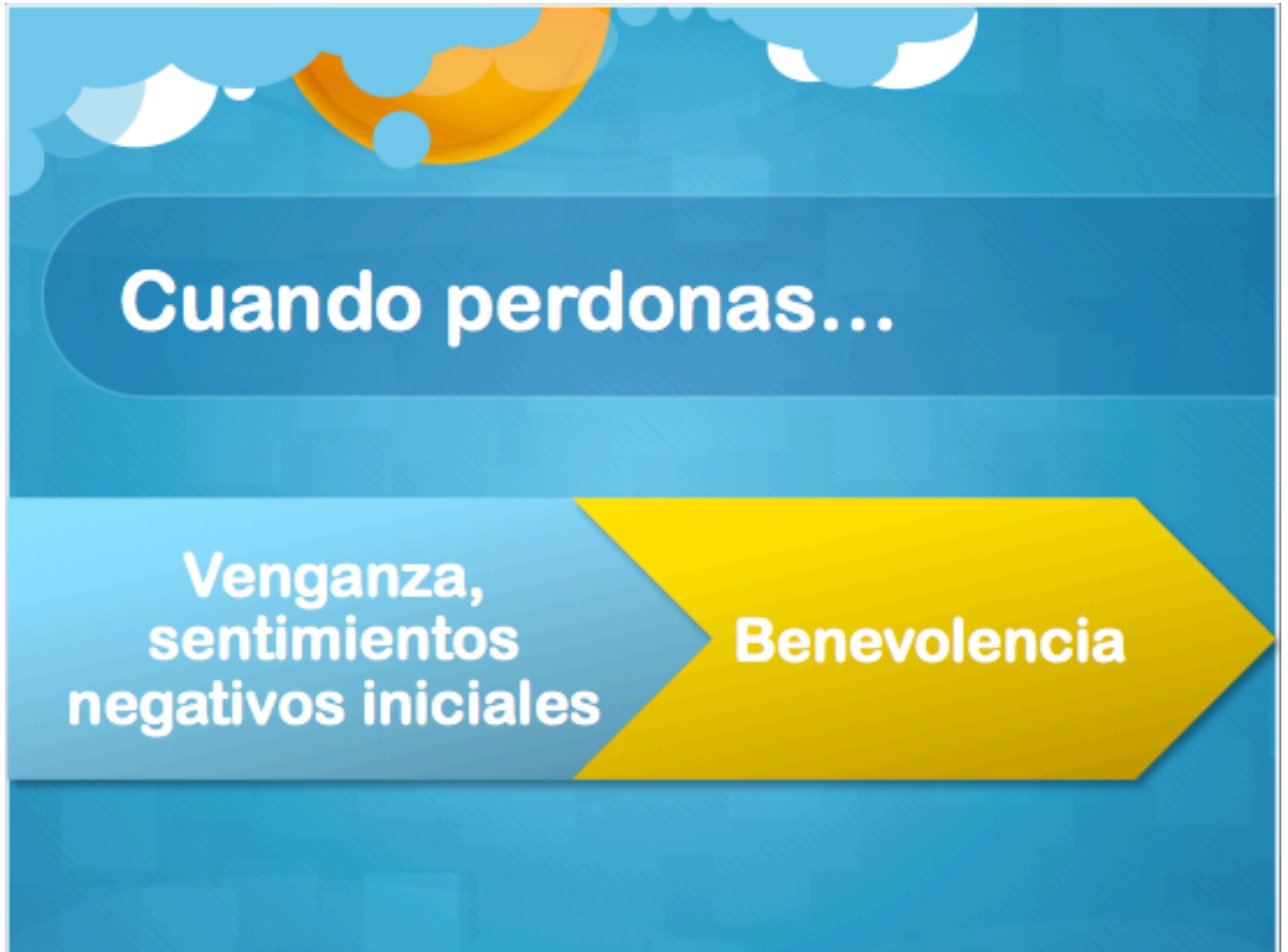
Ejemplo actividad de comprensión del modelo ABC.



Diapositiva 8. Sesión 8. Pensamiento positivo.

SESIÓN 9

Ejemplo actividad de Psicoeducación de los efectos del perdón.



Diapositiva 9. Sesión 9. Perdón y gracias

SESIÓN 10

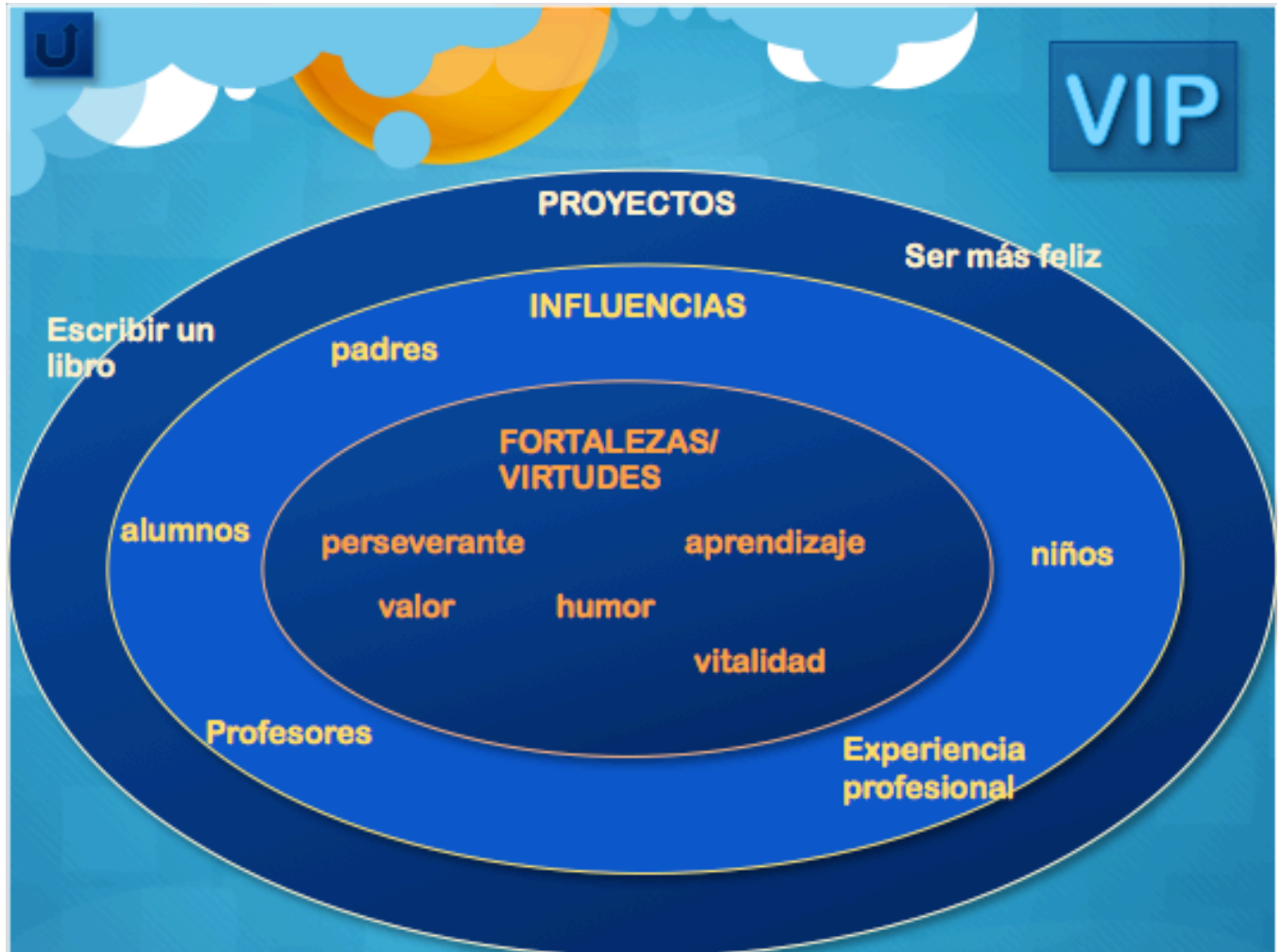
Ejemplo actividad de acerca de cómo generar expectativas positivas.



Diapositiva 10. Sesión 10. Esperanza.

SESIÓN 11

Ejemplo actividad de mejora del autoconocimiento.



Diapositiva 11. Sesión 11. Perspectiva vital.

