

EFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA POTENCIACIÓN DE LAS FORTALEZAS Y LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO, OPTIMISMO, QUEJAS DE SALUD SUBJETIVAS Y LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

EDUARDO REMOR*, MONTSERRAT AMORÓS GÓMEZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, ESPAÑA

Recibido, mayo 14/2012

Concepto de evaluación, noviembre 6/2012

Aceptado, noviembre 26/2012

Resumen

El estudio presenta la aplicación del Programa de Intervención Manualizado para la Potenciación de las Fortalezas y los Recursos Psicológicos en una muestra de estudiantes universitarios. Las variables de resultado evaluadas fueron: satisfacción con la vida, estrés percibido, optimismo disposicional, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión, autoestima y quejas de salud subjetivas. También se evaluaron indicadores de implementación de la intervención y medidas de satisfacción con el programa. Se utilizó una metodología cuasi-experimental haciendo uso de un diseño pre-post con un solo grupo (n= 25). El programa fue implementado correctamente y la valoración de la intervención por parte de los participantes fue muy satisfactoria. Los resultados obtenidos por el programa sobre las variables de resultado, indicaron que el programa logró un incremento significativo en el estado de ánimo percibido en las sesiones del programa, así como un incremento en la satisfacción con la vida y el optimismo disposicional, y una reducción de los síntomas pseudoneurológicos y de las quejas de salud subjetivas. En las demás variables de resultado no se observaron diferencias estadísticamente significativas. En conjunto, la información obtenida con este estudio avala la continuidad de la aplicación del programa en otras muestras y contextos.

Palabras clave: intervención, adultos, potenciación, fortalezas.

EFFECT OF AN INTERVENTION PROGRAM AIMED AT EMPOWERING STRENGTHS AND PSYCHOLOGICAL RESOURCES ON MOOD, OPTIMISM, SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINTS AND LIFE SATISFACTION IN UNIVERSITY STUDENTS

Abstract

This paper describes the application of an Intervention Program aimed at enhancing personal strengths and psychological resources in a sample of college students. The variables assessed to detect the changes produced by the program were: life satisfaction, perceived stress, dispositional optimism, somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction, depression, self-esteem and subjective health complaints. Also, indicators for the implementation of the intervention program and measures of satisfaction with the program were assessed. A quasi-experimental methodology was employed, using a pre-post non-experimental design with only one intervention group (n= 25). The program was delivered and implemented correctly. According to the participants' subjective evaluation the program was very satisfactory. Results showed that the intervention program produced an improvement in the participants' perceived mood after most of the program sessions. Likewise, the intervention produced an increase on the variables life satisfaction and dispositional optimism and a decrease on pseudo-neurological symptoms and subjective health complaints. No significant effects were found for the other variables. In summary, the information obtained from this study supports the continued implementation of the program in other samples and settings.

Key words: intervention, adults, empowerment, strengths

* Prof. Dr. Eduardo Remor. Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología. C/ Ivan Pavlov n 6, Universidad Autónoma de Madrid, 28049 Madrid, España eduardo.remor@uam.es

EFEITO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A POTENCIAÇÃO DAS FORTALEZAS E DOS RECURSOS PSICOLÓGICOS SOBRE O ESTADO DE ÂNIMO, OTIMISMO, QUEIXAS DE SAÚDE SUBJETIVAS E A SATISFAÇÃO COM A VIDA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.

Resumo

O estudo apresenta a aplicação do Programa de Intervenção Manualizado para a Potenciação das Fortalezas e os Recursos Psicológicos em uma mostra de estudantes universitários. As variáveis de resultado avaliadas foram: satisfação com a vida, estresse percebido, otimismo disposicional, sintomas somáticos, ansiedade e insônia, disfunção social, depressão, autoestima e queixas de saúde subjetivas. Foram avaliados também indicadores de implementação da intervenção e medidas de satisfação com o programa. Utilizou-se uma metodologia quase-experimental usando um desenho pré-pós com somente um grupo (n=25). O programa foi implementado corretamente e a valoração da intervenção por parte dos participantes foi muito satisfatória. Os resultados obtidos pelo programa sobre as variáveis de resultado, indicaram que o programa obteve um aumento significativo no estado de ânimo percebido nas sessões do programa, assim como um aumento na satisfação com a vida e o otimismo disposicional, e uma redução dos sintomas pseudoneurológicos e das queixas de saúde subjetivas. Nas outras variáveis de resultado não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Em conjunto, a informação obtida com este estudo avaliza a continuidade da aplicação do programa em outras mostras e contextos.

Palavras chave: intervenção, adultos, potenciação, fortalezas

Desde sus inicios, el campo de la Psicología de la Salud (Matarazzo, 1982) reconoció la necesidad de enfatizar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y el bienestar. Y muchos de los avances actuales en el ámbito de la prevención proceden en gran parte del esfuerzo realizado por esta disciplina. Por otra parte, cuando se trata de prevención de los aspectos relacionados con la salud mental, los enfoques centrados en la construcción de fortalezas y competencias personales, y no en la corrección de debilidades, han sido los que mayor éxito han tenido (Bloom, 1996; López, Snyder y Rasmussen, 2003). En este sentido, la literatura científica refiere que existen fortalezas y virtudes humanas que actúan como factores de protección contra la enfermedad física y mental (p. ej., Aspinwall y Tedeschi, 2010; Keyes, 2002; Peterson y Seligman, 2004). Como ejemplos de dichas fortalezas y virtudes tenemos las *habilidades sociales* y *asertividad* (Segrin y Taylor, 2007), la *empatía* (Wei, Liao, Ku y Shaffer, 2011), el *optimismo* (Carver et al., 1993), la capacidad de *expresión emocional* (Baiké y Wilhelm, 2005) y de experimentar *emociones positivas* (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels y Conway, 2009; Veronese, Castiglioni, Barola y Said, 2011), la capacidad de *perdonar* (Enrigh, 2001), la *gratitud* (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005), el *afrentamiento positivo* (Scheier y Carver, 1985; Schwarzer y Knoll, 2003), y la *resiliencia* (Quiceno, Vinacia y Remor, 2011; Vinacia, Quiceno y Remor, 2012), por citar algunas dentro la amplia lista de características descritas y clasificadas en la literatura. Por lo tanto, para algunos autores (Sheldon y King, 2001; Peterson y Seligman, 2004; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005), gran parte de la

tarea de prevención estaría en crear una “ciencia” de las fortalezas dirigida a comprender y aprender cómo promover estos valores personales. Quizá por ello, en los últimos años se ha visto un aumento significativo del interés y de la literatura científica respecto al desarrollo y promoción de las fortalezas y competencias personales; sin embargo, la literatura en lengua española es aún escasa comparada con la difusión que se observa en lengua inglesa. En trabajos previos (Remor, 2008; Remor, Amorós-Gómez y Carrobbles, 2010; Quiceno, Vinacia y Remor, 2011) hemos revisado programas de intervención que se dirigen de forma explícita a los factores de protección y fortalezas psicológicas de las personas, como medio para alcanzar mayor satisfacción con la vida y bienestar.

Nos parece que dichas intervenciones se podrían clasificar en aquellas dirigidas a variables promotoras (mediadoras o moderadoras) del cambio en el bienestar y la felicidad (p.ej., Ryff, 1989; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005), y aquellas centradas directamente en el resultado, sea el bienestar (p. ej., Fordyce, 1977) o la felicidad (p.ej., Seligman, Rashid y Parks, 2006).

La intervención descrita en el presente estudio se ubica entre aquellas intervenciones dirigidas a las variables promotoras del cambio en los indicadores de bienestar y satisfacción con la vida. Los antecedentes relacionados con este estudio, publicados previamente (Remor, Amorós y Carrobbles, 2010), describieron los resultados de la eficacia de un nuevo programa de intervención que se plantea como objetivo principal facilitar la identificación y promover la utilización de los recursos y fortalezas psicológicas, para incrementar la experiencia de bienestar y

salud. La intervención, que fue denominada *Programa de Intervención Manualizado para la Potenciación de las Fortalezas y los Recursos psicológicos* (Amorós-Gómez y Remor, 2006), consiste en diez sesiones de noventa minutos de duración con periodicidad semanal. A lo largo de estas sesiones se persigue identificar, clarificar y potenciar la utilización de algunos recursos psicológicos, tales como: comunicación asertiva y empatía, expresión de sentimientos y emociones positivas, pensar de forma más optimista (reevaluación), afrontamiento positivo de circunstancias adversas, experiencia de vitalidad y entusiasmo, expresión del perdón y de la gratitud. Para el referido estudio inicial de eficacia del nuevo programa se aplicó la intervención en tres muestras distintas ($N = 60$), en concreto, una primera muestra constituida por 22 estudiantes universitarios madrileños de edades comprendidas entre los 20 y 27 años; una segunda muestra constituida por 14 personas diagnosticadas con esclerosis múltiple de edades comprendidas entre 23 y 54 años; una tercera muestra constituida por 24 estudiantes universitarios salvadoreños de edades comprendidas entre 20 y 29 años. Los efectos del programa se evaluaron en una serie de indicadores de resultado: estado de ánimo percibido (medido al inicio y final de cada sesión), recursos psicológicos autoevaluados, estrés percibido, optimismo disposicional, satisfacción con la vida, salud mental general, y quejas de salud subjetivas. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de este programa mostraron un incremento significativo del estado de ánimo al finalizar cada una de las sesiones, observándose este efecto en las tres muestras del estudio (Remor, Amorós-Gómez y Carrobles, 2010). Concluida la intervención, en el caso de la primera muestra se observó un incremento significativo en el optimismo, sentido del humor, amar y dejarse amar y vitalidad, evaluados por un autoinforme diseñado ad hoc para el estudio. Además se produjo una reducción de la disfunción social (evaluada por el GHQ-28), aunque estos efectos no se mantuvieron en el seguimiento.

En cuanto a la segunda muestra compuesta por pacientes con esclerosis múltiple, tras la aplicación del programa se observó un incremento en el autocontrol que se mantuvo en el seguimiento. También se observó una disminución del estrés, depresión y quejas subjetivas de salud aunque esta disminución no se mantuvo en el seguimiento.

En el caso de la tercera muestra formada por estudiantes universitarios salvadoreños, se encontró un incremento significativo del optimismo, sentido del humor, vitalidad, solución de problemas y autocontrol todos evaluados por el autoinforme diseñado ad hoc para el estudio. También se produjo un aumento significativo del optimismo disposicional y la satisfacción con la vida. Y, por otra

parte, una reducción significativa de las quejas subjetivas de salud, el estrés percibido, la ansiedad y el insomnio, la disfunción social, la depresión y los síntomas somáticos.

En síntesis, el programa fue eficaz para influir sobre una serie de indicadores de resultado que hacen referencia a la salud física y mental, aunque dichos resultados no fueron homogéneos entre las diferentes muestras del estudio. Los autores, atribuyeron los diferentes resultados observados a las características individuales de cada grupo intervenido y el contexto de intervención (Remor, Amorós-Gómez y Carrobles, 2010, p. 56). Por otra parte, se asumió que los cambios favorables logrados por el programa estarían asociados, por una parte, al incremento del estado de ánimo, y por otra, a la potenciación de los recursos psicológicos entrenados por el programa.

De modo que partiendo de la idea y necesidad de seguir valorando la capacidad del programa manualizado en generar cambios en las fortalezas y recursos psicológicos, antes de aplicarlo a poblaciones clínicas, se diseñó el presente estudio. Además, se incluye como aspecto novedoso en este trabajo en relación a lo publicado anteriormente, a) la evaluación únicamente mediante instrumentos validados, b) la valoración de indicadores de implementación de la intervención (transmisión y generalización de la información) y satisfacción con el programa, no evaluados en el estudio anterior. Por lo tanto, aquí se pretende replicar la aplicación del programa y valorar los resultados del mismo en una muestra de estudiantes universitarios saludables.

MÉTODO

Muestra

La muestra participante en el programa de potenciación estaba formada por 25 universitarios madrileños que accedieron voluntariamente al programa (Previo a la evaluación inicial se solicitó la firma del consentimiento informado para acceder al estudio). En el momento de la aplicación de la intervención estaban cursando segundo año de la licenciatura de psicología. El grupo estaba compuesto por 22 mujeres (88%) y 3 hombres (12%) de edades comprendidas entre 18 y 26 años con una media de 20,04 (DT 1,69). El 36% de los participantes compaginaba trabajo y estudios, mientras que el 64% restante tenía como única ocupación los estudios, conviviendo la mayoría del grupo (88%) con los padres, mientras que los demás compartían casa con amigos.

Diseño

Con el objetivo de valorar la eficacia del programa de potenciación de recursos psicológicos, el presente

estudio ha utilizado una metodología cuasi-experimental, empleando un diseño pre-post con un solo grupo (León y Montero, 2003). Por otra parte, ya que la intervención estuvo a cargo del equipo investigador, para que los investigadores fuesen ciegos a los resultados, la tabulación de la información de los cuestionarios de evaluación y el análisis de los datos no se realizó hasta que finalizaron las sesiones de intervención.

Variables e instrumentos

Las variables de resultado utilizadas para valorar el efecto del programa de potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos, así como los instrumentos empleados para la medición de las mismas, han sido los siguientes (entre paréntesis se presenta el coeficiente alfa de Cronbach para la presente muestra, correspondiente a la medida pretest en el grupo de intervención):

Medidas de resultado

Estado de ánimo percibido, se ha evaluado el estado de ánimo al inicio y al final de cada sesión mediante una escala visual analógica (Remor, Amorós-Gómez y Carrolles, 2010). La pregunta inicial de la sesión era ¿cómo te sientes hoy? Y la pregunta final ¿cómo te sientes ahora? En ambas preguntas las opciones de respuesta oscilan entre 1 (mal) y 10 (bien).

Satisfacción con la vida (alfa = 0,88), evaluado con la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS, 5 ítems) versión española y validación de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). Es una escala de cinco ítems que evalúa el juicio global que hace la persona sobre la satisfacción con su vida, utilizando para ello sus propios criterios para valorar los distintos aspectos de su vida. Aunque en la versión original los valores de respuesta oscilan entre 1 y 7, en la versión al castellano las opciones se han reducido a cinco, donde 1 equivale a totalmente en desacuerdo y 5 a totalmente de acuerdo.

Optimismo disposicional (alfa = 0,75), evaluado con el Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R 10 ítems), versión española y validación de Ferrando, Chico y Tous (2002). El LOT-R consta de diez ítems en escala Likert de 5 puntos. De los diez ítems, seis miden la dimensión de optimismo disposicional y los cuatro restantes tienen como objetivo hacer menos evidente el contenido del test. La escala muestra una estructura clara, con dos factores parcialmente independientes, uno de los factores está formado por los ítems de optimismo y el otro, por los ítems de pesimismo.

Estrés percibido (alfa = 0,88), evaluado con la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), versión española y validación de Remor (2006). Esta escala evalúa el nivel de

estrés percibido por la persona durante el último mes, en concreto, valora el grado en que la persona considera que su vida es impredecible, incontrolable o sobrecargada. En este estudio se ha utilizado la versión corta que consta de diez ítems con opciones de respuesta que van desde 0 (nunca) a 4 (muy a menudo).

Salud mental general (subescala síntomas somáticos: alfa = 0,78; subescala ansiedad e insomnio: alfa = 0,55; subescala disfunción social: alfa = 0,77; subescala depresión: alfa = 0,95), evaluada con el Cuestionario de Salud General en su versión de 28 ítems (GHQ-28), versión española y validación de Lobo y Muñoz (1996). Esta escala evalúa la salud autopercebida, esto es, la evaluación que hace el propio individuo de su estado de bienestar general. Los valores de respuesta se presentan en escala Likert con opciones que oscilan entre 0 y 3. El GHQ se compone de cuatro subescalas: disfunción social, ansiedad-insomnio, depresión y síntomas somáticos.

Autoestima (alfa = 0,88), evaluado con la Escala de Autoestima de Rosenberg, versión española y validación de Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004). La escala consta de 10 ítems que evalúan los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems se presentan con un enunciado positivo y la otra mitad, negativo. La puntuación del cuestionario se realiza en escala tipo Likert, con valores de respuesta que oscilan entre 1 (muy de acuerdo) a 4 (totalmente en desacuerdo).

Quejas de salud subjetivas (alfa = 0,87), evaluado con el Inventario de Quejas de Salud Subjetivas (SHC), versión española y validación de Remor (2010). Esta escala está compuesta por 29 ítems que evalúan las quejas psicológicas y somáticas experimentadas en los últimos treinta días, debiendo indicar en cada uno de los ítems tanto la intensidad como el número de días que se ha experimentado dicho síntoma durante este periodo. Cada ítem se valora en una escala que oscila entre 0 (nada) y tres (grave). El SHC se compone de cinco subescalas: dolores musculares, síntomas pseudoneurológicos, problemas gastrointestinales, alergia y problemas gripales.

Medidas de implementación de la intervención

Transmisión de la información [Claridad (alfa = 0,90) y Comprensión (alfa = 0,86) de los contenidos del programa], se han evaluado mediante una escala visual analógica. Para evaluar la claridad, la pregunta fue: ¿Han sido claros los contenidos desarrollados en la sesión?, con opciones de respuesta que oscilan entre 1 (no) y 10 (sí). En el caso de la comprensión, la pregunta fue: ¿Se han entendido bien los contenidos y las actividades tratados en la sesión?, con opciones de respuesta que oscilan entre 1 (nada) y 10 (todo).

Generalización de la intervención [Utilización (alfa = 0,80) de los contenidos del programa], se ha evaluado mediante una escala visual analógica con la pregunta: ¿Has utilizado los contenidos trabajados en la sesión anterior?, oscilando las opciones de respuesta entre 1 (no) y 10 (sí).

Medidas de satisfacción con el programa

Satisfacción con la intervención (alfa = 0,64), se ha evaluado mediante un conjunto de diez preguntas elaboradas ad hoc. Las preguntas 1 al 4 [¿Cómo te has sentido en el programa?, ¿Cómo valoras el programa?, ¿Cómo valoras a la terapeuta del programa?, ¿Cómo valoras tu aprendizaje en el programa?] con opciones de respuesta entre 0 (mal) y 3 (muy bien). Las preguntas 5 al 8 [¿Te ha resultado difícil asistir a las sesiones del programa?, ¿Te ha resultado adecuado el horario de las sesiones?, ¿Te han gustado las actividades en el grupo?, ¿Has entendido los contenidos de las sesiones?] con opciones de respuesta de 0 (no) y 1 (sí). La pregunta 9 (¿Cómo se te han hecho las sesiones?) con opciones de respuesta entre 0 (muy largas) y 3 (muy cortas). Y la pregunta 10 (¿Se han producido cambios a nivel de tus recursos psicológicos?) con opciones de respuesta entre 1 (no) y 10 (sí).

Programa de intervención

La intervención, denominada Programa de Intervención Manualizado para la Potenciación de las Fortalezas y los Recursos psicológicos (Amorós-Gómez y Remor, 2006) consistió en 10 sesiones de 90 minutos de duración con periodicidad semanal. Las sesiones se llevaron a cabo en grupo, con 12 y 13 participantes, respectivamente. El periodo de desarrollo de la intervención comprendió los meses de febrero a mayo. El programa ha sido aplicado por una psicóloga entrenada para la administración del programa y siguiendo el manual del mismo. Después del desarrollo de cada sesión se realizaba una supervisión de la sesión con el objetivo de asegurar que se estaba siguiendo las directrices especificadas en el manual. En cada una de las sesiones, el objetivo planteado fue la enseñanza de aquellas habilidades que favorecen la identificación, aprendizaje y potenciación de los recursos psicológicos, haciendo uso para ello de técnicas cognitivas y conductuales. En concreto, los contenidos tratados a lo largo de las diez sesiones fueron los siguientes: a) Conocer qué son los recursos psicológicos así como su relación con la salud y el bienestar (sesiones 1, 2 y 3); b) Aprender a desarrollar un estilo de comunicación asertivo y empático (sesión 2 y 7); c) Aprender estrategias de afrontamiento positivo de los problemas (sesión 4 y 6); d) Aprender a diferenciar entre pensamientos positivos y negativos así como conocer su efecto en el bienestar (sesión 4);

e) Aprender estrategias para el desarrollo del entusiasmo y la vitalidad, a través del cambio en el estado de ánimo (sesión 6); f) Aprender a identificar y evaluar los propios logros así como las capacidades para conseguirlos (sesión 5, 9 y 10); g) Conocer la importancia de perdonar (sesión 8); h) Entrenamiento en estrategias de relajación (todas las sesiones).

Para más detalles sobre el proceso de desarrollo del programa el lector puede consultar Remor (2008) y Remor, Amorós-Gómez y Carrobles (2010). Para obtener el manual de la intervención se puede contactar con los autores del programa.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la transmisión de la información y generalización de los contenidos trabajados en cada sesión

Para evaluar la calidad de la implementación de la intervención, se valoró descriptivamente el grado de claridad, comprensión y utilización de los contenidos trabajados por el programa, al término de cada sesión, a través de la valoración subjetiva de los participantes. Los datos aparecen en detalle en la tabla 1.

Respecto a la claridad de los contenidos tratados en cada sesión, la media de las puntuaciones fue de 8,7 y el rango de puntuaciones osciló entre 8,20 obtenido en la segunda sesión (valor mínimo) y 9,04 obtenido en la sesión 7 (valor máximo). En lo que se refiere a la comprensión de los contenidos tratados en cada sesión, se ha obtenido una puntuación media de 8,8, siendo la puntuación mínima de 8,56 en la sesión 2 y la puntuación máxima de 9,08 en la sesión 5. En cuanto a la utilización de los contenidos trabajados en la sesión anterior, se ha encontrado que la puntuación media es de 6 y el rango de puntuaciones oscila entre 5,64 en la sesión 9 (valor mínimo) y 7,79 en la sesión 5 (valor máximo).

Por tanto, los datos obtenidos nos permiten concluir que los participantes han valorado positivamente tanto la claridad, como la comprensión y utilidad práctica de los contenidos trabajados en las diferentes sesiones. Asumiéndose que la intervención se ha implementado correctamente.

Análisis descriptivo de la satisfacción con el programa

Una vez finalizada la aplicación del programa, los participantes cumplieron un cuestionario mediante el cual se valoraban diferentes aspectos de la intervención en términos de satisfacción.

Respecto a la valoración del programa por parte de los participantes, y a cómo se habían sentido en el mismo

Tabla 1

Estadísticos descriptivos en relación con la claridad, comprensión y utilización del contenido de las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
N	25	25	23	22	24	25	25	24	25	25
Claridad, ¿Han sido claros los contenidos desarrollados en la sesión? EVA (0-10)										
Mín.-Máx.	5/10	4/10	5-10	6-10	7-10	6-10	6-10	6-10	7-10	7-10
Media (DT)	8,60 (1,32)	8,20 (1,29)	8,61 (1,30)	8,82 (1,00)	9,00 (0,93)	8,84 (0,98)	9,04 (1,17)	8,83 (1,04)	8,96 (0,97)	8,88 (0,97)
Comprensión, ¿Se ha entendido bien los contenidos y las actividades tratadas en la sesión? EVA (0-10)										
Mín.-Máx.	6-10	6-10	6-10	7-10	7-10	6-10	7-10	6-10	6-10	7-10
Media (DT)	8,76 (1,23)	8,56 (1,15)	8,91 (1,08)	9,05 (0,84)	9,08 (0,92)	8,92 (1,03)	8,92 (0,95)	8,75 (0,98)	9,00 (1,08)	8,88 (0,83)
Utilización, ¿Has utilizado los contenidos trabajados en la sesión anterior?# EVA (0-10)										
Mín.-Máx.	-	1-10	1-9	1-10	1-10	1-9	1-10	1-10	1-10	1-10
Media (DT)	-	7,00 (2,27)	6,57 (2,35)	6,64 (2,92)	7,79 (2,60)	7,36 (2,03)	6,52 (2,83)	6,29 (2,61)	5,64 (2,76)	6,84 (2,68)

Nota: EVA: Escala Visual Analógica; DT: Desviación Típica; # Aplicado a partir de la segunda sesión.

(ambas preguntas), el 68% respondió bien y el 24% muy bien. La valoración respecto a la terapeuta se situó en bien para el 64% y muy bien para el 32%. En cuanto a la valoración del aprendizaje obtenido a través de la intervención, el 44% de los participantes consideraron que el aprendizaje obtenido fue bueno y un 32% lo valoraron como muy bueno. En lo referente a la comprensión del contenido de las sesiones, el 100% de los participantes manifestaron haber entendido los contenidos, y en cuanto

a la valoración del trabajo en grupo, el 96% lo describieron como satisfactorio. Finalmente, la valoración media de los sujetos respecto a los cambios percibidos en sus recursos psicológicos (escala de 1 al 10) fue de 6,4 (DT = 1,7; Moda = 7). El 20% de los participantes puntuó el cambio en sus recursos en un rango comprendido entre 2 y 5 (pequeño), el 56% consideró que se habían producido cambios en sus recursos psicológicos, valorando dicho cambio con una puntuación entre 6 y 7, y el 24% lo valoró

Tabla 2

Comparación del estado de ánimo percibido antes y después de cada sesión.

	Media Antes sesión	Media Después sesión	Estadísticos Z (p)
Sesión 1	6,56	6,92	-2,09 (0,047)*
Sesión 2	6,36	6,88	-3,64 (0,001)**
Sesión 3	6,56	7,20	-2,78 (0,010)*
Sesión 4	6,28	6,96	-2,97 (0,007)**
Sesión 5	6,72	7,72	-4,47 (0,000)**
Sesión 6	7,04	8,04	-6,12 (0,000)**
Sesión 7	6,32	7,92	-5,78 (0,000)**
Sesión 8	7,40	7,00	1,63 (0,116)NS
Sesión 9	7,04	7,64	-3,93 (0,001)**
Sesión 10	7,24	7,52	-2,06 (0,050)*

Nota: **p<.01; *p<.05; NS = No significativo

Tabla 3

Comparación de las variables de resultado antes y después de la intervención

	Pre (n=25)	Post (n=25)	Estadísticos Z (p)
	Media (DT)	Media (DT)	
Satisfacción con la vida	13,44 (3,72)	14,32 (3,95)	-2,063 (0,039)*
Estrés percibido	20,44 (2,34)	20,64 (2,28)	-0,393 (0,695) NS
Optimismo disposicional	14,48 (3,78)	15,88 (4,45)	-2,630 (0,009)**
Síntomas somáticos (GHQ-28)	6,60 (3,32)	5,52 (3,50)	-1,913 (0,056) NS
Ansiedad e insomnio (GHQ-28)	5,24 (2,68)	5,60 (4,36)	-0,433 (0,665) NS
Disfunción social (GHQ-28)	7,20 (2,38)	7,64 (3,10)	-0,741 (0,459) NS
Depresión (GHQ-28)	1,92 (2,99)	1,92 (3,91)	-0,106 (0,916) NS
Autoestima	20,56 (4,95)	19,56 (5,81)	-1,518 (0,129) NS
Quejas de salud subjetiva (SHC)	15,76 (9,64)	12,89 (6,35)	-2,101 (0,036)*
Dolores musculoesqueléticos (SHC)			
Severidad	5,08 (3,75)	3,89 (1,95)	-1,393 (0,164) NS
Duración	11,12 (11,39)	9,96 (9,26)	-0,526 (0,599) NS
Severidad*Duración	8,14 (12,04)	5,12 (7,22)	-0,929 (0,353) NS
Síntomas pseudoneurológico (SHC)			
Severidad	5,56 (3,54)	4,24 (2,72)	-2,560 (0,010)**
Duración	17,80 (18,78)	15,52 (18,77)	-1,416 (0,157) NS
Severidad*Duración	15,48 (29,31)	10,40 (20,55)	-2,247 (0,025)*
Problemas gastrointestinales (SHC)			
Severidad	2,72 (2,73)	2,12 (2,66)	-1,259 (0,208) NS
Duración	6,80 (11,01)	6,84 (14,41)	-0,881 (0,378) NS
Severidad*Duración	4,19 (10,33)	4,38 (10,98)	-1,345 (0,179) NS
Problemas alérgicos (SHC)			
Severidad	1,08 (1,38)	1,24 (1,26)	-0,884 (0,377) NS
Duración	6,52 (11,40)	6,96 (9,27)	-0,853 (0,394) NS
Severidad*Duración	1,90 (4,09)	1,56 (2,31)	-0,711 (0,477) NS
Problemas gripales (SHC)			
Severidad	1,32 (1,67)	1,40 (1,29)	-0,267 (0,789) NS
Duración	3,68 (5,83)	4,32 (5,08)	-0,182 (0,856) NS
Severidad*Duración	1,28 (2,61)	1,14 (1,67)	-0,342 (0,732) NS

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$, ^{NS} = No significativo.

con una puntuación de 8 y 9. En resumen, el programa fue valorado satisfactoriamente en todos los indicadores evaluados, pudiendo asumirse que en conjunto el programa resulta muy satisfactorio.

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

Con el objeto de analizar los efectos sobre el estado de ánimo percibido de las diferentes sesiones, al inicio y al final de cada una de ellas, se pidió a los participantes

que valorasen su estado de ánimo en una EVA de 1 a 10 al inicio y al final de cada sesión.

Para evaluar los resultados, se ha realizado un contraste utilizando una prueba no paramétrica para dos muestras relacionadas mediante el estadístico Wilcoxon. Como se observa en la Tabla 2, la intervención produjo un incremento significativo del estado de ánimo percibido en la mayoría de las sesiones, a excepción de la octava sesión.

Análisis de las variables de resultado antes y después de la intervención

Para evaluar el efecto producido por la intervención en las variables de resultado, se ha realizado un contraste utilizando una prueba no paramétrica para dos muestras relacionadas mediante el estadístico Wilcoxon. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 3. Como se puede observar, se ha logrado un efecto estadísticamente significativo en las variables satisfacción con la vida (incremento) y optimismo disposicional (incremento), así como en la variable síntomas pseudoneurológicos (reducción) y en la puntuación total del cuestionario quejas de salud subjetivas (reducción). En cuanto a las variables estrés percibido, autoestima, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión, los resultados indican que no se han establecido diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después del programa.

DISCUSIÓN

El presente estudio se ha propuesto como objetivo replicar la aplicación del programa de intervención manualizado para la potenciación de las fortalezas y los recursos psicológicos en una muestra distinta a la descrita en un anterior estudio (Remor, Amorós-Gómez y Carroble, 2010) con el objetivo de valorar su efecto. La replicación ha consistido en una nueva aplicación del programa utilizando un diseño pre-post con un solo grupo en población universitaria.

De acuerdo con los resultados obtenidos, en resumen, podemos asumir que el programa se ha implementado adecuadamente, y ha logrado obtener buenos índices de satisfacción según la opinión de los participantes. También ha sido efectivo en lograr un cambio en el estado de ánimo de los participantes a lo largo del programa, ha incrementado el grado de optimismo y satisfacción con la vida, y ha reducido los síntomas pseudoneurológicos y las quejas de salud subjetivas.

Específicamente, cabe destacar respecto a la valoración del proceso terapéutico e implementación de la intervención, que los resultados obtenidos indicaron que los participantes han valorado positivamente los contenidos tratados a lo largo de las diferentes sesiones, tanto en lo referente a la utilidad práctica de los mismos como a su claridad. Así mismo afirmaron haber comprendido adecuadamente los contenidos, y utilizado en cierta medida las estrategias aprendidas. Lograr una buena implementación del programa es uno de los requisitos que se deben atender antes de poder asumir que los resultados observados se deben a éste (Moncher y Prinz, 1991). Cree-

mos además que al tratarse de un programa manualizado, permite asegurar la fidelización de la aplicación del programa en los diferentes grupos intervenidos, y facilita el estudio de los efectos potenciales sobre la conducta o indicadores psicológicos (Michie y Johnston, 2004). Por otra parte, los participantes han valorado de forma positiva, tanto el programa de potenciación en su conjunto, como el aprendizaje obtenido a través del mismo, y la utilidad de los contenidos trabajados para la vida diaria. Otro aspecto evaluado ha sido la percepción de cambios en los recursos psicológicos por parte de los participantes. Todos los participantes manifestaron haber experimentado algún grado de cambio en sus recursos personales una vez finalizada la intervención. La valoración positiva de los aspectos precedentes por parte de los participantes en el programa resulta de gran importancia, pues dichos factores pueden repercutir en una mayor implicación en el tratamiento así como un mayor cumplimiento del mismo (Norcross y Wampold, 2011).

Además, los participantes han informado de un incremento del estado de ánimo al finalizar cada una de las sesiones del programa. Este efecto positivo se ha observado en la mayoría de las sesiones, a excepción de la octava. La sesión ocho estuvo dedicada a trabajar el concepto de perdón (Enright, 2001), tanto a otras personas como a uno mismo. El trabajo sobre tales aspectos probablemente llevaría a los participantes a recordar experiencias negativas tanto de su vida pasada como presente, lo cual podría explicar parcialmente por qué en esta sesión no se haya observado un incremento del estado de ánimo al término de la misma. Además, el procedimiento utilizado para trabajar sobre los contenidos fue la escritura expresiva de pensamientos y sentimientos. Con relación a esta técnica, existe evidencia de que la expresión emocional escrita produce en un primer momento un incremento del estrés, del afecto negativo y de síntomas físicos así como una reducción del afecto positivo (p.ej., Baikié y Wilhelm, 2005; Fernández y Páez, 2008; Quiceno, Vinaccia y Remor, 2011), observándose no obstante, los beneficios del procedimiento a largo plazo. Este aspecto podría contribuir a explicar también por qué no se ha incrementado el estado de ánimo una vez finalizada dicha sesión. Por otra parte, aunque también relacionado con el estado de ánimo percibido, hemos observado que las sesiones donde se incrementa en mayor medida esta variable fueron las sesiones donde se realizan ejercicios promotores de emociones positivas, tales como, la planificación de actividades gratificantes (sesión 5), la confección de un cartel con imágenes, frases y autoinstrucciones positivas (sesión 6), y la identificación y expresión verbal de cualidades personales positivas observadas en el otro (sesión 7).

Por tanto, y en síntesis, los resultados obtenidos en el presente estudio confirman los obtenidos en el estudio previo (Remor, Amorós-Gómez y Carroble, 2010), en el cual el programa incrementa el estado de ánimo de los participantes.

Por otra parte, el programa ha producido un efecto sobre el optimismo disposicional y la satisfacción con la vida, observándose un incremento en estas variables al término del programa. Los resultados apoyan y se encuentran en concordancia con la literatura existente, respecto al planteamiento de que la realización de ejercicios dirigidos a la potenciación de los recursos psicológicos incrementa el nivel de felicidad (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005) y, que los ejercicios dirigidos a construir optimismo aumentan y promueven las emociones positivas y la satisfacción vital.

El programa también generó un efecto amortiguador en el autoinforme de síntomas psiconeurológicos, y en la puntuación global de quejas de salud subjetivas, observándose una reducción. Estas variables se refieren a la percepción subjetiva del individuo de su propio estado de salud, de forma que el incremento del bienestar subjetivo, que se infiere del aumento del optimismo disposicional y la satisfacción con la vida, puede haber repercutido en un incremento del bienestar físico y una percepción más positiva del estado de salud. Por otra parte es posible que el contenido del programa actué como un potenciador para un mejor manejo de las situaciones valoradas como difíciles y que afrontan los estudiantes (p.ej., exámenes, presentaciones en público, situaciones sociales, etc.), que contribuiría, a su vez, como una protección frente a la experiencia de molestias de salud.

Así mismo, el incremento del optimismo disposicional puede haber conllevado una reducción de las quejas de salud subjetivas, en tanto que el optimismo supone adoptar una disposición positiva ante la vida, en la cual la persona muestra una mayor confianza en sus posibilidades de éxito así como estrategias de afrontamiento activas ante las posibles adversidades (Avia y Vázquez, 1998; Carver y cols., 1993). En la línea de este argumento, podemos citar los estudios de Scheier y colaboradores (p. ej., Scheier y Carver, 1985, Scheier, Weintraub y Carver, 1986) en el que se encontró que el nivel de optimismo era un predictor del grado de síntomas físicos experimentados durante un periodo de estrés, indicando además que en el informe de síntomas físicos podía influir no sólo el estado fisiológico subyacente sino también otros factores de tipo cognitivo o cultural, resultando por tanto una medida subjetiva del estado de salud.

No obstante, parece importante destacar algunas limitaciones del presente estudio. Estas limitaciones están

asociadas, por una parte, con la metodología del estudio descrito (cuasi-experimental), la ausencia de seguimiento, la muestra elegida por conveniencia, y la ausencia de un grupo control de comparación; y por otra, con la ausencia de efecto de cambio en algunas variables de resultado del estudio, tal y como cabía esperar. Específicamente, el programa no ha producido efecto significativo (las puntuaciones se mantienen estables) en las variables estrés percibido, autoestima e indicadores de salud mental (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión). De acuerdo con la literatura (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005), cabía esperar cambios en dichas variables si se hubieran incrementado significativamente los recursos psicológicos.

Algunas de las explicaciones alternativas para la ausencia de efectos de mejoría significativos en dichas variables y que podrían justificar lo observado son: a) el programa no es esencialmente un programa dirigido al manejo del estrés; b) los cambios en la autoestima están asociados a programas que intervienen más directamente sobre el autoconcepto, la evaluación que hacen de sí mismos y el desarrollo de una actitud de aceptación; c) la muestra estaba compuesta por personas saludables, cuyos valores de las puntuaciones en el cuestionario GHQ-28 se encuentran dentro del rango de la normalidad (cf., Lobo y Muñoz, 1996), y por lo tanto, no cabía esperar que la intervención produjera modificación alguna en estas variables. Por otra parte, existen estudios que demuestran que la práctica continuada de los ejercicios dirigidos a potenciar los recursos psicológicos incrementa los beneficios a largo plazo (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005); sin embargo, la ausencia de seguimiento en el presente estudio no permite valorar esta hipótesis. Más allá de las explicaciones alternativas, la incógnita respecto a la ausencia de efecto significativo en dichas variables permanece. Para contestar a esta cuestión parece necesario en el futuro, evaluar específicamente las variables manipuladas en el programa – asertividad, empatía, afrontamiento positivo, entusiasmo y vitalidad, y perdón – con el objetivo de identificar hasta qué punto el efecto en las variables de resultado está mediado por la cantidad de cambio en los recursos psicológicos a que se dirige el programa.

No obstante, y a modo de conclusión, los resultados aquí presentados son alentadores, y en resumen, suman información a las evidencias de eficacia previas del programa, como una intervención potencialmente útil para incrementar el bienestar físico y psicológico. Se asume como necesario el seguimiento del estudio sobre la eficacia de la intervención a través de un diseño experimental, y que incluya la evaluación directa de los recursos psicológicos a que hace referencia el programa.

REFERENCIAS

- Amóros-Gómez, M. & Remor, E. (2006). *Manual del Programa de intervención en grupo para la potenciación de los recursos psicológicos*. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Documento policopiado.
- Aspinwall, L.G., & Tedeschi, R.G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 4-15. doi:10.1007/s12160-009-9153-0.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida. *Psicothema*, 12 (2), 314-319.
- Avia, M.D. & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Alianza Editorial.
- Baikie, K.A. & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 338-346.
- Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Carver, C.S. Pozo, C., Harris S. D., Noriega, V., Scheier, M. F. & Robinson, D. S. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2), 375-390.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361-368. doi:10.1037/a0015952.
- Enright, R.D. (2001). *Forgiveness is a choice: a step-by-step process for resolving anger and restoring hope*. American Psychological Association: Washington, D.C.
- Fernández, I. & Páez, D. (2008). The benefits of expressive writing after the Madrid terrorist attack: implications for emotional activation and positive affect. *British Journal of Health Psychology*, 13, 31-34.
- Ferrando, P.J., Chico, E. & Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14 (3), 673-680.
- Fordyce M.W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24 (6) 511-521.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- León, O. & Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Ed. Mc Graw Hill.
- Lobo, A., & Muñoz, P.E. (1996). *Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Lopez, S.J., Snyder, C.R. & Rasmussen, H.N. (2003). Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S.J. Lopez y C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, pp. 3-20, Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *The American psychologist*, 37(1), 1-14.
- Michie, S., & Johnston, M. (2004). Changing clinical behaviour by making guidelines specific. *BMJ: British Medical Journal*, 328 (7435), 343-345. doi:10.1136/bmj.328.7435.343.
- Moncher, F. J., & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67: 127-132. doi: 10.1002/jclp.20764.
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC, US: American Psychological Association; New York, NY, US: Oxford University Press.
- Quiceno, J.M., Vinaccia, S. & Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (1), 27-47.
- 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. (2008). Contribuciones de la psicología positiva al ámbito de la psicología de la salud y medicina conductual. En Vázquez C. y Hervás G. *Psicología positiva aplicada*, ed. Desclée de Brouwer.
- Remor, E. (2010). The Spanish versión of the Subjective Health Complaint Inventory. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (Suppl 1): S152. DOI 10.1007/s12529-010-9106-9.
- Remor, E., Amorós-Gómez, M. & Carrobbles, 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.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6) 1069-1081.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and Health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K. & Carver, C.S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1257-1264.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S.J. Lopez, C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 393-409). doi:10.1037/10612-025.
- Segrin, C. & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43 (4), 637-646.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-410.

- Seligman, M.E.P., Rashid, T. & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61 (8), 772-788.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. doi:10.1037/0003-066X.56.3.216.
- Vázquez, A.J., Jiménez, R. & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Veronese, G., Castiglioni, M., Barola, G., & Said, M. (2011). Living in the shadow of occupation: Life satisfaction and positive emotion as protective factors in a group of Palestinian school children. *Children and Youth Services Review*. doi:10.1016/j.chidyouth.2011.10.002.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377. doi:10.6018/analesps.28.2.148821.
- Wei, M., Liao, K. Y., Ku, T., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191-221. doi:10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x.