



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

TESIS DOCTORAL



**RELACIÓN Y EFECTOS DE UN
ENTRENAMIENTO BASADO EN
FORTALEZAS PERSONALES SOBRE LA
SALUD Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO
EN ADOLESCENTES**

PRESENTADA POR:

JUAN MOLINA HERNÁNDEZ

DIRIGIDA POR:

ANA MARÍA GARCÍA LEÓN

JAÉN, JUNIO DE 2021

ISBN

AGRADECIMIENTOS

No quisiera comenzar este trabajo, sin expresar mi agradecimiento a todas las personas que, con su apoyo emocional e intelectual, han hecho, que este trabajo, sea posible.

En primer lugar, quisiera agradecer a la Dra. Ana María García León, directora de esta tesis y amiga, su inestimable apoyo y ayuda que han sido imprescindibles para que este trabajo se convierta, para mí, en una experiencia gratificante y enriquecedora, tanto a nivel profesional como personal.

En segundo lugar, a mi pareja Eva y a mis hijas (Celia y Eva). A Eva, por su infinita confianza en mí y por su inagotable cariño y ánimo constante. A mis hijas Celia y Eva por ser mi mayor motivación y el mayor regalo que me podía dar la vida, gracias a las tres por sacar lo mejor de mí.

A toda mi familia, especialmente a mis padres, por su confianza en mí y por su cariño y ánimo constante, ya que han sido mi fuente de alimentación en todo momento.

Asimismo, quiero agradecer encarecidamente a los alumnos de los I.E.S Ruradia (Rus), Iula Salaria (Sabiote) y Los Cerros (Úbeda) su colaboración y cariño, ya que sin ellos todo esto habría sido imposible. Especialmente quiero transmitir mi gratitud a Directores, Orientadores, Profesores, que me abrieron las puertas de su tiempo, de sus instalaciones, de sus recursos materiales con todo su cariño, depositando en mí toda su confianza.

A mis compañeras y compañeros de la Universidad de Jaén, por su ayuda y confianza y al resto de profesores, amigos y compañeros con los que he tenido el placer de coincidir en el espacio y el tiempo.

Por último, no me gustaría olvidarme de mi hermano José al cual le mando todo mi cariño y apoyo para que pueda superar el obstáculo de salud que la vida le ha puesto en el camino.

A todos de corazón, ¡Muchas gracias!

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA POSITIVA	1
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	1
2. INICIO FORMAL DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA	3
3. DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA COMO DISCIPLINA	4
4. ÁREAS DE INTERÉS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA.....	6
4.1. Bienestar psicológico/bienestar subjetivo.....	6
4.2. Emociones positivas	12
4.3. Rasgos positivos de las personas	14
4.4. Instituciones positivas.....	16
CAPÍTULO 2. OPTIMISMO, SALUD/ENFERMEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	19
1. INTRODUCCIÓN.....	19
2. OPTIMISMO-PESIMISMO DISPOSICIONAL	20
2.1. Optimismo Disposicional, salud y sintomatología física y psicológica	21
2.2. Optimismo Disposicional y Rendimiento Académico	28
3. ESTILO EXPLICATIVO OPTIMISTA/PESIMISTA.....	29
3.1. Estilo explicativo, salud y síntomas físicos y psicológicos	32
3.2. Estilo Explicativo y Rendimiento Académico.....	33
CAPITULO 3. BIENESTAR, SALUD/ENFERMEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	36
1. INTRODUCCIÓN.....	36
2. DEFINICION DEL BIENESTAR DESDE LAS PERSPECTIVAS HEDÓNICA Y EUDAIMÓNICA	37
2.1. Perspectiva hedónica o bienestar subjetivo	37
2.2. Perspectiva eudaimónica o bienestar psicológico.....	40
3. BIENESTAR SUBJETIVO Y PSICOLÓGICO, SALUD Y SINTOMATOLOGÍA FISICA Y PSICOLÓGICA	44
4. BIENESTAR SUBJETIVO Y PSICOLOGICO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO	47
CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES .	50
1. INTRODUCCIÓN.....	50
2. PROGRAMAS PARA MEJORAR LA ADAPTACIÓN DEL ADOLESCENTE	53
2.1. Programas para reducir el estrés, la ansiedad y/o los síntomas depresivos	54
2.2. Programas para mejorar las Habilidades Sociales y de Negociación	55
2.3. Programas para Fomentar Destrezas Básicas para la Vida.....	56
3. PROGRAMAS PARA FOMENTAR EL BIENESTAR.....	57

3.1. Programas para Fomentar el Bienestar Subjetivo.....	58
3.2. Programas para Fomentar el Bienestar Psicológico	59
A) Programa de los 14 rasgos fundamentales.....	60
B) El currículo de Psicología Positiva de Strath Haven	62
C) Aulas Felices	63
D) Bienestar escolar y social: un programa de promoción para adolescentes...	65
4. PROGRAMAS PARA FOMENTAR EL OPTIMISMO	65
A. Programa de Optimismo de Pennsylvania	66
B. Programa para fomentar la Resiliencia y las Actitudes Optimistas (SOAR)	68
C. Programa de Resiliencia de Pennsylvania	69
D. Programa Sonrisa.....	70
E. Programa Australiano de Optimismo (AO)	72
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA Y RESULTADOS DEL ESTUDIO 1	74
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	74
2. METODOLOGÍA.....	74
2.1. Participantes	74
2.2. Instrumentos	75
2.3. Procedimiento.....	78
3. RESULTADOS	79
3.1. Estadísticos descriptivos.....	79
3.2. Análisis Correlacional	81
3.3. Análisis de Regresión	84
3.3.1. Síntomas físicos	84
3.3.2. Síntomas Psicopatológicos.....	88
CAPITULO 6. DISCUSIÓN ESTUDIO 1.....	95
1. RELACIONES ENTRE OPTIMISMO Y FELICIDAD Y SINTOMATOLOGÍA FÍSICA Y PSICOPATOLÓGICA.....	95
2. PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA FÍSICA Y PSICOPATOLÓGICA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE.....	100
3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA	102
CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA Y RESULTADOS DEL ESTUDIO 2	103
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	103
1.1. Objetivos.....	103
1.2. Hipótesis	104
2. METODOLOGÍA.....	105
2.1. Participantes	105
2.2. Instrumentos	108

2.3. Diseño.....	109
2.4. Procedimiento.....	109
2.5. Programas de Intervención	111
2.6. Análisis estadístico	116
3. RESULTADOS	117
3.1. Resultados de la eficacia del programa de entrenamiento en Fortalezas Personales	117
3.1.1. Sintomatología Física	117
3.1.2. Sintomatología Psicopatológica.....	122
3.1.3. Rendimiento Académico.....	129
3.2. Efectos de las tres sesiones de entrenamiento en optimismo.....	131
3.2.1. Sintomatología Física	131
3.2.2. Sintomatología Psicopatológica.....	134
3.3. Efectos del programa de entrenamiento en otras fortalezas	137
3.3.1. Sintomatología Física	137
3.3.2. Sintomatología Psicopatológica.....	140
3.4. Efectos del programa de entrenamiento en fortalezas personales en comparación con los otros grupos	142
3.4.1. Sintomatología Física	142
3.4.2. Sintomatología Psicopatológica.....	151
3.4.3. Rendimiento Académico.....	161
CAPITULO 8. DISCUSIÓN ESTUDIO 2.....	166
1. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN FORTALEZAS PERSONALES	166
1.1. Sintomatología física y psicopatológica	166
1.2. Rendimiento Académico	169
2. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN ESTILO EXPLICATIVO OPTIMISTA	171
3. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN OTRAS FORTALEZAS.....	173
4. EFICACIA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN FORTALEZAS PERSONALES EN COMPARACIÓN CON LOS OTROS GRUPOS	175
5. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA	181
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES GENERALES	184
1. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 1	184
2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 2.....	184
CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	186
ANEXO 1: AUTORIZACIONES	245
Autorización para participar en la investigación	245

Autorización para utilizar los resultados académicos del alumnado participante en la investigación	246
ANEXO 2: AUTOINFORMES DE EVALUACIÓN	247
CASQ-T.....	247
BFQ-NA	253
LOT-R	255
SCL-R-90	256
1 = Un poco	256
ESS-R	260
OHI.....	263
ANEXO 3: ENTRENAMIENTOS.....	267
1. Entrenamiento en optimismo.....	267
2. Entrenamiento en otras fortalezas.....	268
3. Entrenamiento en Reducción del Estrés	270
4. Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	273
ANEXO 4: AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN OPTIMISMO.....	275
1. Autorregistro de pensamientos positivos.....	275
2. Autorregistro de pensamientos negativos	276
3. Autorregistro de cambio de pensamiento	277
ANEXO 5: AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN OTRAS FORTALEZAS.....	278
1. Autorregistro ser uno mismo	278
2. Autorregistro para diseñar objetivos y gestionar adecuadamente el tiempo	279
3. Autorregistro de actividades sociales	280
ANEXO 6: AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	281
1. Autorregistro de conducta verbal y no verbal.....	281
2. Autorregistro de comportamientos asertivos	282
3. Autorregistro de conversaciones y elogios	283
ANEXO 7: AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS PARA REDUCIR EL ESTRÉS	284
1. Autorregistro de respiración diafragmática	284
2. Autorregistro de relajación	285
3. Autorregistro de autoinstrucciones	286

Índice de tablas y figuras

Capítulo 2. Optimismo, salud/enfermedad y rendimiento académico

Tabla 2.1. Ejemplos de internalidad-externalidad.....	29
Tabla 2.2. Ejemplos de estabilidad-inestabilidad.....	30
Tabla 2.3. Ejemplos de globalidad-especificidad	30

Capítulo 5. Metodología y resultados del estudio 1

Tabla 5.1. Medías, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de las variables criterio.....	80
Tabla 5.2. Medías, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de las variables predictoras.....	81
Tabla 5.3. Medías, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de las variables de control o moderadoras.....	81
Tabla 5.4. Correlaciones existentes entre las escalas de síntomas físicos y las variables de extraversión, estabilidad emocional, optimismo disposicional, felicidad y estilo explicativo optimista.....	82
Tabla 5.5. Correlaciones existentes entre las escalas de síntomas psicopatológicos y las variables de extraversión, estabilidad emocional, optimismo disposicional, felicidad y estilo explicativo optimista.....	83
Tabla 5.6. Análisis de Regresión de los síntomas del sistema inmunológico en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	84
Tabla 5.7. Análisis de Regresión de los síntomas del sistema cardiovascular en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	85
Tabla 5.8. Análisis de Regresión de los síntomas del sistema respiratorio en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	85
Tabla 5.9. Análisis de Regresión de los síntomas del sistema gastrointestinal en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	86
Tabla 5.10. Análisis de Regresión de los síntomas del sistema neurosensorial en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	87
Tabla 5.11. Análisis de Regresión de los síntomas del sistema músculo-esquelético en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	87

Tabla 5.12. Análisis de Regresión de los síntomas del sistema piel-alergia en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	88
Tabla 5.13. Análisis de Regresión de los síntomas del sistema genitourinario en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	88
Tabla 5.14. Análisis de Regresión de las somatizaciones en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	89
Tabla 5.15. Análisis de Regresión de las obsesiones en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	90
Tabla 5.16. Análisis de Regresión de la sensibilidad interpersonal en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	90
Tabla 5.17. Análisis de Regresión de la depresión en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	91
Tabla 5.18. Análisis de Regresión de la ansiedad en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	92
Tabla 5.19. Análisis de Regresión de la hostilidad en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	92
Tabla 5.20. Análisis de Regresión de la ansiedad fóbica en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	93
Tabla 5.21. Análisis de Regresión de la ideación paranoide en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	94
Tabla 5.22. Análisis de Regresión del psicoticismo en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio.....	94

Metodología y resultados del estudio 2

Tabla 7.1. Medias, desviaciones típicas y ANOVAS de las variables edad, género, hábitos de estudio, felicidad, estilo explicativo, extraversión, neuroticismo, inteligencia y rendimiento académico en función de los grupos.....	108
Tabla 7.2. Sesiones, objetivos y actividades del entrenamiento en fortalezas.....	114
Tabla 7.3. Sesiones, objetivos y actividades del entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de reducción del estrés.....	116
Tabla 7.4. Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas físicos durante las distintas fases del entrenamiento en fortalezas personales.....	119

Tabla 7.5. Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas psicopatológicos durante las distintas fases del entrenamiento en fortalezas personales.....	125
Tabla 7.6. Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos del rendimiento académico durante las distintas fases del entrenamiento en fortalezas personales.....	130
Tabla 7.7. Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas físicos durante las fases del entrenamiento en estilo explicativo optimista.....	133
Tabla 7.8. Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas psicopatológicos durante las fases del entrenamiento en estilo explicativo optimista...	136
Tabla 7.9. Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas físicos durante las dos fases del entrenamiento con otras fortalezas personales.....	139
Tabla 7.10. Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas psicopatológicos durante las distintas fases del entrenamiento en otras fortalezas personales.....	141
Tabla 7.11. Medias, desviaciones típicas y datos estadísticos de los síntomas físicos en función de los grupos.....	144
Tabla 7.12. Medias y desviaciones típicas en síntomas psicopatológicos en función de los grupos.....	153
Tabla 7.13. Medias y desviaciones típicas en rendimiento académico en función de los grupos.....	162

Figuras de la metodología y resultados del estudio 2

Figura 7.1. Diagrama de flujo de los participantes del estudio.....	107
Figura 7.2. Efectos del entrenamiento sobre las subescalas de los síntomas físicos durante las distintas fases de entrenamiento.....	120
Figura 7.3. Efectos del entrenamiento sobre las escalas de los síntomas psicopatológicos durante las distintas fases del entrenamiento.....	126
Figura 7.4. Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico obtenido en las asignaturas durante las distintas fases del estudio.....	131
Figura 7.5. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema inmunológico durante las tres fases del estudio.....	144
Figura 7.6. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema cardiovascular durante las tres fases del estudio.....	146

Figura 7.7. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema respiratorio durante las tres fases del estudio.....	147
Figura 7.8. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema gastrointestinal durante las tres fases del estudio.....	148
Figura 7.9. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema neurosensorial durante las tres fases del estudio.....	149
Figura 7.10. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema musculoesquelético durante las tres fases del estudio.....	150
Figura 7.11. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema piel alergia durante las tres fases del estudio.....	151
Figura 7.12. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema genitourinario durante las tres fases del estudio.....	152
Figura 7.13. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas somáticos durante las tres fases del estudio.....	154
Figura 7.14. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas obsesivos durante las tres fases del estudio.....	155
Figura 7.15. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas de sensibilidad interpersonal durante las tres fases del estudio.....	156
Figura 7.16. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas depresivos durante las tres fases del estudio.....	157
Figura 7.17. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas ansiosos durante las tres fases del estudio.....	158
Figura 7.18. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas de hostilidad durante las tres fases del estudio.....	159
Figura 7.19. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas de ansiedad fóbica durante las tres fases del estudio.....	160
Figura 7.20. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas de ideación paranoide durante las tres fases del estudio.....	161
Figura 7.21. Efectos del entrenamiento sobre los síntomas psicóticos durante las tres fases del estudio.....	162
Figura 7.22. Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en asignaturas de ciencias durante las fases pre y post del estudio.....	163
Figura 7.23. Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en asignaturas de letras durante las fases pre y post del estudio.....	164

Figura 7.24. Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en otras asignaturas durante las fases pre y post del estudio.....	165
Figura 7.25. Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en general durante las fases pre y post del estudio.....	166

RESUMEN

El presente estudio está centrado en población adolescente. En concreto, en esta investigación se pretende descubrir la relación, directa o indirecta, que se produce entre el optimismo y las fortalezas personales, el rendimiento académico y la salud, controlando la extraversión y el neuroticismo como posibles variables mediadoras. Este objetivo será el objeto del primer estudio de esta Tesis. En un segundo estudio se aplicará, en adolescentes, un programa de intervención basado en el entrenamiento en optimismo y otras fortalezas y se comparará su eficacia diferencial con respecto a otro programa de entrenamiento basado en el entrenamiento en habilidades sociales y reducción del estrés para mejorar la salud y el rendimiento. La población participante serán adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 16 años, todos ellos estudiantes de la ESO en varios centros públicos de la provincia de Jaén. Se espera que el optimismo y otras fortalezas predigan mejor salud física y psicológica y mejor rendimiento académico en estos adolescentes. Igualmente, se espera que un programa de entrenamiento centrado en el desarrollo de otras fortalezas y de un estilo explicativo más optimista sea mejor que otro programa de entrenamiento para mejorar la salud y el rendimiento de la población adolescente.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA POSITIVA

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

En sus inicios, la Psicología se marcó tres objetivos en su desarrollo profesional. Estos objetivos eran (Seligman, 2000):

1. Ayudar a las personas que sufrían una enfermedad mental a superar esa enfermedad.
2. Ayudar a las personas a que su vida fuera más plena en general.
3. Ayudar a las personas a detectar sus talentos y a potenciarlos.

De estos tres objetivos, el único que se ha desarrollado, y en el cual se han hecho muchos y significativos avances, ha sido el de ayudar a las personas cuando sufren una enfermedad mental. Salvo algunas excepciones, los otros dos han sido totalmente olvidados por la Psicología. Según Seligman y Csikszentmihayi (2000), esto puede deberse a que la Psicología es una ciencia que nació de la mano de la medicina y que, al igual que esta, se ha basado en el estudio de la enfermedad mental, olvidando potenciar los talentos y hacer más plena la vida de las personas.

Como ya se ha indicado, la Psicología se ha centrado tradicionalmente en la enfermedad mental; sin embargo, podemos encontrar dentro de la psicología humanista algunos antecedentes claros de la Psicología Positiva (Seligman *et al.*, 2005). Así, las psicólogas y psicólogos humanistas acometen los tres objetivos que tenía la Psicología en sus inicios y que después van a ser retomados por la Psicología Positiva. Abordan la enfermedad mental, pero también se centran en la creatividad, los valores, la responsabilidad y hasta los sueños. Dentro de esta corriente, los representantes que más aportaron al desarrollo de la Psicología Positiva posteriormente fueron Abraham Maslow y Carl Roger.

Maslow fue un claro precursor de la psicología humanista. Su propia historia personal de dificultades en la infancia y adolescencia en el barrio de Brooklyn (New York), siendo un niño judío en un barrio no judío y un niño negro en un colegio de

blancos, le hicieron entender que el ser humano tiene una serie de necesidades que van en orden creciente, de menor a mayor, y que en la cima está la necesidad de autorrealizarse. En su propia historia personal observó que tenía cubiertas las necesidades fisiológicas de alimentación, sueño..., también tenía cubierta la necesidad de seguridad y protección, pero era un muchacho que no se sentía amado y querido por su entorno social. Esta falta de amor le impedía progresar hacia necesidades de orden superior, como la autoestima o la autorrealización. No fue hasta los 16 años cuando su prima Bertha se enamoró de él y Maslow cubrió la necesidad de afecto y amor. Este hecho provocó que Maslow evolucionara y se convirtiera en un reconocido profesor e investigador. En definitiva, Maslow (1973) entendía que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades y que el comportamiento está orientado a cubrir esas insuficiencias. Percibió que el entorno personal o social puede ayudar o impedir que se cubran las necesidades y concibió que la Psicología es una disciplina que debería encargarse de ayudar a la persona a conseguir su autorrealización. Puesto que éste autor pone el centro de atención de la psicología en el desarrollo de las fortalezas y talentos para conseguir ser lo máximo que como persona puedes llegar a ser, se considera a Maslow y su psicología humanista un claro antecedente de la Psicología Positiva.

Otro claro precursor lo encontramos en Carl Rogers y en su terapia centrada en el cliente. En ésta expone la creencia de que la persona tiene dentro de ella misma todo lo que necesita para poder autodesarrollarse y llegar a la autorrealización. Considera que la persona nace con lo necesario para poder desplegar todo su potencial, pero cree que el ambiente es determinante para que este potencial se desarrolle o no. Según este autor, las personas que consiguen actualizarse tienen una mayor comprensión de sí mismos, una mayor satisfacción y manejan mejor su comportamiento (Rogers, 1963). Rogers realizó una gran contribución al estudio del funcionamiento íntegro de la persona, entendiendo el desarrollo pleno como una apertura a la experiencia y una actualización del potencial innato que la persona trae al nacer. Es por ello que también se le considera un antecedente claro de la Psicología Positiva.

En algunas de las aportaciones de estos autores se basará posteriormente el modelo de bienestar psicológico de Ryff (1989), que se centra en elementos no hedónicos como el crecimiento personal y el desarrollo de las capacidades.

2. INICIO FORMAL DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

El inicio formal de la Psicología Positiva se lo debemos a Martin Seligman que, tras dedicarse muchos años a la investigación de la depresión, se dio cuenta de que después de ciertos acontecimientos algunas personas sufren síntomas depresivos mientras que otras adoptan en cambio una actitud más fuerte y resistente (Fernández-Ríos & Novo, 2012). Así, en su teoría de la Indefensión Aprendida, Seligman (1975) propuso que la desesperanza podría explicar la sintomatología depresiva y que era aprendida. Observó que, si un animal era sometido a estímulos aversivos de los que no podía escapar por falta de control, desarrollaba una desesperanza que le dificultaba el aprendizaje de nuevos comportamientos; en cambio, si el animal podía escapar porque tenía control sobre la situación, no desarrollaba esta desesperanza. Esto le llevo a pensar que si la desesperanza podía aprenderse y, por tanto entrenarse, por qué no podía suceder lo mismo con otros recursos y habilidades de las personas (Seligman, 1981).

Sin embargo, Seligman comprobó que los recursos y habilidades que una persona utilizaba para estar equilibrado en la vida eran diferentes a los que se necesitan para desarrollar las fortalezas y talentos (Seligman, 2011). Este hecho fue el que le impulso a cambiar el objeto de estudio desde las habilidades que se requieren para tener una vida ordenada y equilibrada hasta las fortalezas y talentos que se necesitan para alcanzar todo el potencial humano.

Cuando Seligman fue elegido presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA) en 1999, durante su discurso inicial pronunció unas palabras que recogen perfectamente el inicio de lo que considera un nuevo paradigma dentro de la Psicología. Estas palabras fueron: *“La Psicología no es una mera rama del sistema de salud pública, ni una simple extensión de la medicina, nuestra misión es mucho más amplia. Hemos olvidado nuestro objetivo primigenio, que es hacer mejor la vida de todas las personas, no sólo de las personas con una enfermedad mental. Llamo a nuestros profesionales y a nuestra ciencia a retornar a nuestra misión original justo ahora que comienza un nuevo siglo”* (p. 155).

A partir de su nombramiento como presidente, y junto con Fredrickson, Sheldon, Diener, Rathunde, Haidt y Csikszentmihalyi, crea en el año 2000 un centro de investigación dedicado a la Psicología Positiva en la Universidad de Pennsylvania, con el objeto de desarrollarla como una disciplina científica. En la actualidad, llevan a cabo su

actividad en el centro investigadores tan destacados como Pawelski, Duckworth, Robertson-Kraft y Reivich, además del propio Seligman, y se centran fundamentalmente en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales a través de la promoción de recursos de las personas tales como talentos, fortalezas, virtudes, etc.

Por otra parte, y en ese mismo año, se publicó por primera vez un monográfico íntegro de Psicología Positiva en la revista *American Psychologist* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Este monográfico de 15 artículos intentó cambiar el foco de atención de la Psicología desde lo psicopatológico hasta el desarrollo de los talentos y fortalezas. En concreto, el monográfico está dividido en tres ejes. Un primer eje biológico donde se pone el énfasis en la genética; es decir, en cómo determina la herencia genética nuestra forma de disfrutar de las experiencias positivas. Un segundo eje donde se describen cuatro rasgos personales positivos: el bienestar subjetivo, la felicidad, el optimismo y la autodeterminación, como rasgos implicados en la experimentación de situaciones positivas. Y un tercero en el que se incluyen artículos dedicados a características de excelencia de las personas: como la sabiduría, la creatividad y el talento.

Desde entonces el avance de la Psicología Positiva ha sido imparable, llegando a publicarse más de 21.000 artículos científicos en el año 2020 (según la base de datos PsycINFO). Además de estos artículos, se han publicado manuales y libros exclusivos de la materia. Igualmente, se han celebrado numerosos congresos (tanto nacionales como internacionales), jornadas, seminarios, talleres y se han realizado multitud de actividades dedicadas al desarrollo y puesta en marcha de la Psicología Positiva.

3. DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA COMO DISCIPLINA

La Psicología Positiva representa un cambio y una innovación dentro de la Psicología. Aunque, como subraya Peterson (2006), esto no es algo nuevo, ya que la Psicología Positiva tiene un pasado muy corto pero una historia muy larga. Hace más de 2000 años Aristóteles decía que el fin último del ser humano tiene que ser la felicidad y la plenitud. Sin embargo, no solo Aristóteles, sino multitud de autores de todas las disciplinas (filosofía, psicología, historia, literatura), han escrito sobre la importancia del desarrollo del ser humano y de su felicidad.

Esta forma integral de concebir la salud queda reflejada en la definición que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1970. En ella se propone que la salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social. Es precisamente en esta parte del desarrollo completo de la persona donde emerge la Psicología Positiva, como una disciplina que pretende, a través de una metodología científica, conocer, facilitar y promocionar el bienestar psicológico y el funcionamiento humano óptimo (Sheldon, *et al.*, 2000).

En esta línea se sitúan las propuestas de Seligman (2011) y Tarragona (2013) que también ponen el foco de la Psicología Positiva en el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas, pero que además enfatizan su finalidad: descubrir y promover los factores que permitan a los individuos y a las comunidades vivir plenamente.

Otras definiciones que hacen algunas distinciones con respecto a las propuestas anteriormente son las de Linley *et al.* (2006) y la de Casullo (2008), que diferencian entre un nivel metapsicológico y un nivel pragmático. El metapsicológico persigue integrar los aspectos positivos de las personas en la experiencia humana, tratando así de reducir el sesgo que se ha producido en la investigación y la práctica por los aspectos negativos del ser humano. Por otra parte, en el nivel pragmático, estiman que es de gran relevancia conocer cuáles son las condiciones, los procesos y los mecanismos que conducen a los estados subjetivos, sociales y culturales asociados con una buena vida.

Por último, puede afirmarse que el planteamiento de Gazedo (2008) trata de resumir todas las aproximaciones sobre lo que debería comprender la Psicología Positiva como disciplina científica. En este sentido, ésta debería:

- Aumentar el interés desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño hacia el desarrollo de las fortalezas y capacidades.
- Investigar el bienestar psíquico en sujetos, grupos y sociedades con rigor científico.
- Proporcionar un lenguaje compartido para estudiar los estados y rasgos positivos. Esto se hizo en el monográfico de la APA del año 2000, en el que se desarrolló un lenguaje científico para el estudio de temas básicos del desarrollo humano como el optimismo, la creatividad, la sabiduría, etc. También se realizó en el encuentro de investigadores realizado en Akumal (México), donde se acordó el estudio de

las emociones positivas, los rasgos positivos y las instituciones positivas como rasgos centrales de la Psicología Positiva.

4. ÁREAS DE INTERÉS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

4.1. Bienestar psicológico/bienestar subjetivo

En el año 2000, Seligman y Csikszentmihalyi propusieron que los temas centrales de la Psicología Positiva deberían ser los elementos determinantes del bienestar.

Los estudios realizados han comprobado que hay tres modos o vías mediante las cuales las personas pueden lograr el bienestar (Seligman, 2003). Una primera vía que consistiría en aumentar las emociones positivas que se experimentan. Una segunda vía que pretendería fomentar la realización de actividades que pongan en funcionamiento nuestras habilidades y fortalezas. Una tercera vía que se centraría en diseñar actividades y objetivos que vayan más allá de la propia persona y que le den sentido a la vida. Los caminos no son excluyentes entre sí, pero es interesante remarcar que el desarrollo de las vías 2 y 3 estaría más relacionado con el bienestar psicológico, mientras que la consecución de la vía 1 estaría más relacionada con el bienestar subjetivo (Duckworth *et al.*, 2005).

Podemos considerar el bienestar psicológico como un indicador del funcionamiento positivo de una persona, que hace posible el desarrollo de sus talentos, habilidades y fortalezas. El bienestar psicológico incluye la valoración positiva de uno mismo, un sentido de crecimiento personal, un propósito en la vida, buenas relaciones con los demás, y manejar el ambiente para cubrir las necesidades y tener autonomía (Ryff & Singer, 2008).

Son varios los modelos o concepciones que han tratado de explicar el bienestar psicológico. A continuación, se realizará un repaso de las propuestas principales, comenzando por las más antiguas y terminando por las más recientes.

Los inicios del estudio del bienestar psicológico arrancan en 1958 con el *modelo de Marie Jahoda*, que postula seis factores generales y 16 subfactores de salud mental. El primer factor general, denominado actitudes hacia uno mismo, engloba cuatro subfactores: accesibilidad del yo a la conciencia, concordancia entre el yo real y el yo

ideal, autoestima y sentido de identidad; incluye por tanto aspectos que hacen que la persona genere actitudes positivas de sí misma que le hagan tener una buena visión personal y le ayuden a sentirse bien consigo misma. La autora señala la importancia de generar una autopercepción y un autoconcepto adecuados de sí mismo y para ello señala como especialmente significativos a los dos primeros subfactores: acceder en la conciencia a nuestro verdadero yo real y ajustar éste yo real con nuestro yo ideal (que haya congruencia entre lo que soy y lo que quiero ser). El segundo factor general – crecimiento y realización-, contiene los subfactores de motivación por la vida e implicación en la vida, que se consideran básicos para el bienestar psicológico. La autora subraya la importancia de mantenerse actualizado, de formarse, de aprender nuevas formas de hacer y de estar en el mundo, ya que esto es fundamental para crecer y desarrollarse como persona. La actualización y el crecimiento llevan a la persona a implicarse en su propia salud y bienestar y en el de los demás. El tercer factor general – integración-, contiene un solo subfactor (resistencia al estrés) que hace referencia a la capacidad de integrar en la vida todas las experiencias que nos ocurren, tanto positivas como negativas, y de aceptarlas tal y como son. Esta integración está directamente relacionada con el equilibrio psicológico del sujeto, con su capacidad de afrontar el estrés y con su resistencia. El cuarto factor –autonomía- consta de un solo subfactor (conducta independiente). Se considera fundamental encontrar el equilibrio entre ser una persona autónoma, para decidir qué quieres y cómo lo quieres, y al mismo tiempo estar con otras personas y poder compartir objetivos con ellas sin perder la autonomía. Lo importante es establecer buenas y variadas relaciones sin perder nuestra capacidad de decidir por nosotros mismos. El factor quinto es la percepción de la realidad a través del desarrollo de una visión más adecuada de las cosas que suceden, y contiene a su vez a dos subfactores (percepción objetiva y empatía o sensibilidad social). Esto implica percibir la realidad dando cuenta objetivamente de las circunstancias y acontecimientos, evitando hacer juicios y desarrollando la empatía hacia los demás. El sexto y último factor –control ambiental- engloba 6 subfactores (complacencia sexual, ajuste en el amor en el trabajo y en el tiempo libre, adecuación en la relación con los demás, destreza para llevar a cabo las demandas exteriores, adaptación y ajuste y resolución de problemas) y se entendería como básico para saber manejar las situaciones ambientales que nos suceden; para ello, es fundamental comprender que el éxito en una tarea o actividad se obtiene cuando la persona se esfuerza por conseguir los resultados y cuando se adapta a los cambios que se puedan producir durante el proceso.

Este modelo no ha sido contrastado empíricamente; sin embargo, 40 años después, Lluch (1999) construyó un instrumento de medición que se correspondía con la estructura planteada en el modelo hipotético. Los análisis llevados a cabo para probar la estructura factorial del mismo prestaron apoyo empírico para los 6 factores generales, pero no para los subfactores. Estos resultados llevaron a Lluch (2015) a proponer la eliminación de los 16 subfactores y adaptar el modelo a una estructura general más simple de 6 factores generales, que son: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, resolución de problemas, autoactualización y autonomía (Lluch, 1999, 2002, 2015).

Posteriormente *Carol Ryff* desarrolló un modelo de bienestar psicológico que se considera clave en el desarrollo más reciente de la Psicología Positiva. Este modelo se centra también en los elementos no hedónicos. La tradición hedónica concibe el bienestar (subjetivo) como un indicador de la calidad de vida, relacionando las características del contexto y la satisfacción experimentada por las personas (Campbell *et al.*, 1976). En cuanto a la tradición eudaimónica, en la que se enmarca este modelo, ésta se ha centrado en el estudio de los afectos y la calidad de vida, en el desarrollo de las capacidades y en el crecimiento personal (Maslow & Rogers, 1971). En este sentido, se considera que el funcionamiento humano óptimo es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas y placer, y no al revés. En esta línea, Ryff (1989) y Ryff y Keyes (1995) plantean 6 dimensiones básicas del bienestar psicológico: 1) Control ambiental, entendiéndolo como la habilidad para crear ambientes externos idóneos para cubrir las necesidades y deseos. 2) Crecimiento personal, que consistiría en el desarrollo de los talentos y habilidades para alcanzar su máximo potencial y una vida óptima. 3) Propósito en la vida, que englobaría las expectativas, metas y objetivos que tiene la persona para conseguir una maduración y desarrollo. 4) Autonomía, considerada como la habilidad para resistir las presiones sociales que inducen a pensar y actuar de una forma determinada, manteniendo el estilo propio de pensar y actuar. 5) Autoaceptación, que consiste en aceptar nuestra historia personal pasada, tal y como sucedió, y centrarse en vivir y disfrutar el presente. 6) Relaciones positivas con los otros, que se refiere a la habilidad para establecer relaciones sanas y positivas con las personas del entorno. La autora también construyó un cuestionario para evaluar estas dimensiones (que ha sido adaptado al castellano por Díaz *et al.*, 2006).

En sus investigaciones, Ryff (1989, 2008) comprobó que las dimensiones de su modelo se relacionan con una mayor satisfacción vital y bienestar subjetivo, además de

con una mejor salud física (menos estrés, menor número de inflamaciones crónicas, menos problemas cardiovasculares y mejores patrones del sueño).

Otro modelo que trata de explicar el bienestar psicológico es el *modelo de Deci y Ryan (2000)*. En este modelo se plantea que el bienestar psicológico está directamente relacionado con tener o no cubiertas las necesidades básicas del individuo. Según los autores, las necesidades fundamentales para el correcto desarrollo y bienestar son tres: vinculación, competencia y autonomía. Por vinculación, los autores entienden la necesidad de conectarse con otros seres humanos y sentirse querido y aceptado. La competencia es concebida como la necesidad humana de ejercitar nuestras habilidades y mejorarlas. En cuanto a la autonomía, entienden por ella la necesidad que manifiestan las personas de tomar sus propias decisiones. Los autores consideran que estas necesidades son innatas, universales y esenciales para el bienestar psicológico y para la salud. El funcionamiento óptimo de la persona se produce cuando tiene cubiertas estas necesidades; por el contrario, el desajuste psicológico se produce cuando alguna o todas ellas no están cubiertas.

Este modelo presenta un importante apoyo empírico, encontrándose una relación directa entre la motivación autodeterminada y un mayor bienestar psicológico, tanto en el contexto educativo (Button *et al.*, 2006), como en el laboral (Baard *et al.*, 2004) y deportivo (Balaguer *et al.*, 2008).

Un cuarto modelo que parte de la propuesta de Ryff es el *modelo de Keyes (2002)*, aunque en él se pone el acento en el aspecto social. Según Coral Keyes, el bienestar psicológico es un elemento que está directamente relacionado con el ambiente social. Así, se postula que cuando las personas perciben su ambiente social como rico y gratificante mejoran su estado psicológico y su salud (Keyes & Simoes, 2012). En esta línea, la autora plantea cinco dimensiones para el adecuado desarrollo psicológico de las personas: coherencia social, integración social, contribución social, actualización social y aceptación social. La coherencia social consiste en que la persona perciba que su entorno social es coherente y predecible. La integración social está relacionada con sentirse parte de un todo en el que se cuenta y se puede contar con los demás. La contribución social se produce cuando la persona contribuye de manera directa al desarrollo de la sociedad. Con la actualización social la persona siente que la sociedad crece y se actualiza, permitiendo el desarrollo y el avance individual. Por último, la aceptación social tendría lugar cuando

la persona tiene una buena actitud hacia el entorno social y no lo percibe como hostil (Blanco & Díaz, 2005).

Resultados de distintos estudios han mostrado que las dimensiones del modelo presentan una relación positiva significativa con la autoestima y una asociación negativa con la depresión (Keyes, 1998; Blanco & Díaz, 2006).

Por último, sin duda el autor que más ha estudiado el bienestar a lo largo de toda una década es Martin Seligman (2002, 2006, 2009, 2011), que propone un modelo de tres vías de acceso para una vida plena: experimentar emociones positivas, comprometerse con lo que se tiene y con lo que se hace y buscar que la vida tenga un significado y sentido. Este modelo teórico-práctico fue publicado por primera vez en el año 2002 en su libro *la auténtica felicidad*. En él se entiende el bienestar en función del bienestar subjetivo -con la experimentación de placer y emociones positivas a través de las actividades que se realizan en el día a día (como ver una película que nos gusta, comer una buena comida, conducir un buen coche, tomar una ducha, salir con los amigos, etc.)-, , y del bienestar psicológico -que incluye actividades en las que la persona se siente plenamente comprometida (como la educación de los hijos, el cuidado de un negocio, etc.), además de aquellas actividades donde la persona encuentra el propósito o sentido de su vida (como la entrega a los demás, la expansión internacional de su negocio, etc.)-.

De acuerdo con Seligman, la primera vía de acceso al bienestar subjetivo se produce a través del aumento de las emociones positivas que nos producen las situaciones placenteras; es decir, se desarrolla incrementando durante la mayor parte del tiempo la cantidad de emociones positivas que nos proporcionan aquellas situaciones que son etiquetadas como agradables. Esta vía de obtención de bienestar se supone efímera, puesto que una vez que acaba la situación placentera se difumina el bienestar. Seligman propone que esas situaciones satisfactorias se producen en los tres periodos vitales del ser humano: pasado, presente y futuro. Así, el placer en el presente se puede obtener estando atentos al presente y mediante el saboreo. En el futuro se conseguiría mediante fortalezas como el optimismo y la esperanza. En cuanto al pasado, lo fundamental sería ejercer el perdón y la gratitud; es decir, cada vez que nuestra mente viaje al pasado habría que utilizar el perdón para liberarnos de las emociones negativas y utilizar el agradecimiento con lo vivido para experimentar emociones positivas. De acuerdo con su formulación, el bienestar aumenta cuando la persona se centra en el presente a través del mindfulness o

el saboreo, piensa en el futuro con optimismo y esperanza y perdona y agradece en el pasado (Peterson & Seligman, 2004).

La segunda vía, dirigida a conseguir el bienestar psicológico, sería la vida comprometida, cuando la persona se compromete con lo que tiene y con lo que hace. El compromiso con actividades que se desarrollan en la vida (trabajo, ocio...) y/o con las personas que se tienen alrededor (pareja, padres...) produce un sentimiento placentero. La vida comprometida procede de la capacidad de ser conscientes de las fortalezas y habilidades personales y aplicarlas en nuestra vida cotidiana, alcanzando así lo que consideramos el compromiso. En esta vía la persona podría experimentar el estado de flujo (estado mental en el cual la persona está completamente inmersa en la actividad que está desarrollando) (Seligman, 2006). Es el sentimiento que se produce al enfocar toda nuestra atención y energía en el cumplimiento y éxito de la tarea. La experiencia es tan agradable que la persona la llevará a cabo, incluso aunque tenga un gran coste, tan solo por el placer de hacerla.

La tercera vía es la vida con sentido o vida significativa, que englobaría a las dos anteriores (pero no las excluye). Se considera el estadio superior del bienestar psicológico y la más duradera de las tres. Se produce cuando se encuentra el sentido a la propia vida, cuando puede responderse a las preguntas ¿para qué he venido a esta vida? o ¿qué voy a hacer con mi tiempo? La vida significativa consiste en poner nuestras habilidades, talentos y virtudes al servicio de alguna causa superior a uno mismo, pudiendo obtenerse así un significado vital. Por lo tanto, lo que nos produce sentimientos positivos no es la meta o la satisfacción de nuestros deseos o logros sino el camino que nos lleva a esa meta. Este significado vital lo podemos experimentar a través de las organizaciones, de la familia, de la profesión o de cualquier otro tipo de contexto o actividad, siempre que la persona encuentre su sentido de vida ahí.

Distintos trabajos indican que una vida centrada en el sentido es más satisfactoria que una vida centrada en el placer (Peterson *et al.*, 2005); es decir, realizar actividades placenteras (como ver una serie en televisión) tiene menos peso en la satisfacción con la vida que la realización de actividades centradas en el compromiso y en el sentido de la vida (como trabajar en el desarrollo de un producto nuevo para tu negocio) (Brodrick *et al.*, 2009; Rashid, 2009; Seligman, 2011). Además, parece que las personas que consiguen una vida con significado tienen mayor satisfacción personal, mejor autoestima, son más optimistas y presentan menos problemas psicológicos (Park *et al.*, 2010).

4.2. Emociones positivas

Las emociones positivas se describen como reacciones breves que se experimentan cuando sucede algo importante para la persona. Estas emociones positivas favorecen el crecimiento personal y la satisfacción con la vida (Fredrickson, 2001), aumentan la longevidad (Danner *et al.*, 2001) y ayudan en el afrontamiento del estrés y la adversidad (Strumpfer, 2003). El objetivo que se persigue es aumentar el número de emociones positivas que se experimentan para alcanzar el bienestar, teniendo en cuenta que las emociones positivas son experiencias subjetivas muy valiosas para la persona y que se pueden experimentar en distintos momentos temporales; es decir, en el pasado, en el presente o en el futuro.

La emoción experimentada en el presente no tiene por qué coincidir con la emoción sentida en el pasado, por lo que los aspectos emocionales no se encuentran unidos entre sí. Si las emociones son dirigidas en una dirección más positiva, podemos modificar la forma de experimentar los pensamientos sobre el futuro, los sentimientos sobre el pasado y los momentos presentes, ayudando así a la persona a alcanzar una vida más placentera (Marsh *et al.*, 2019).

Para manejar las emociones que experimentamos cuando recordamos el pasado debemos tener en cuenta que el pensamiento y la interpretación dirigen todas las emociones relacionadas con este; por tanto, una vez interpretado un suceso pasado experimentamos una emoción al respecto. Cuando el suceso es favorable, las emociones que se sienten son positivas; en caso contrario serán negativas (Lenger & Gordon, 2019). Si prestamos demasiada atención a las emociones negativas, provocadas por los recuerdos del pasado, esto nos puede llevar a una disminución del bienestar en el presente. Hay dos formas de manejar estos sentimientos sobre el pasado para que no afecten al bienestar subjetivo. La primera forma sería a través de la Gratitud, valorando y disfrutando de los momentos agradables que se han vivido. Se ha demostrado que las personas que aprecian lo que la vida y los demás les han aportado suelen experimentar niveles más elevados de bienestar subjetivo (Smith & Hanni, 2019). La segunda forma sería perdonando; así, utilizar el perdón nos puede ayudar a transformar los malos recuerdos en buenos. El perdón puede neutralizar el sufrimiento e incluso convertirlo en un recuerdo positivo, lo que conlleva una mayor satisfacción y bienestar (Peterson & Park, 2009). Asimismo,

Eaton *et al.* (2014) encontraron que perdonar puede aumentar la calidad de vida de las personas.

En el momento presente podemos utilizar las gratificaciones y los placeres para aumentar el número de emociones positivas que experimentamos. Al hablar de gratificaciones nos estamos refiriendo a las sensaciones que una persona experimenta cuando realiza actividades que para ella son muy importantes y valiosas. Estas actividades requieren la puesta en marcha de las habilidades y fortalezas que tiene el sujeto, además de poner todo su interés y atención. Cuando la persona realiza este tipo de actividades encuentra un compromiso con la actividad y un sentido a su vida. Un ejemplo de gratificación serían las sensaciones que experimenta un montañista aficionado cuando acaba de culminar la subida a la cima del Everest. Además, mientras está subiendo la montaña también puede experimentar flujo, sensación de plenitud al estar inmerso en la tarea donde no hay percepción del paso del tiempo. Estas actividades se consiguen con dedicación y esfuerzo y no siempre son placenteras, ya que existe la posibilidad de fallar; en cambio, con los placeres no existe la posibilidad de fallar ya que son actividades sencillas y fáciles (como comer chocolate o tomar una ducha). Además, los placeres son más efímeros que las gratificaciones: son corporales, sensoriales y emocionales y no conllevan actividad cognitiva. Seligman (2007) los dividió en tres grupos: de intensidad elevada (incluye la dicha, la euforia y el júbilo), de intensidad moderada (incluye el regocijo, la diversión y la alegría) y de intensidad baja (incluye la armonía, la saciedad y el relajamiento). Existen tres estrategias que nos ayudan a experimentar placer en el momento presente. La primera sería evitar la habituación, y para ello es importante espaciar las actividades y tareas. La segunda es el disfrute, que consiste en deleitar los sentidos de la forma más auténtica posible. Fred Bryant y Joseph Veroff (2007) ofrecen cinco estrategias para el disfrute: 1. Compartir con otras personas. 2. Guardarlo en la memoria para posteriormente volverlo a disfrutar. 3. El autoelogio. 4. Agudizar la percepción. 5. Estar pendiente de los pequeños detalles. La tercera vía es la atención plena al momento presente. Ésta se puede obtener a través del Mindfulness, que consiste en un estado mental que se alcanza cuando se presta atención plena a los pensamientos, sensaciones y acciones. Se ha encontrado apoyo experimental para las tres vías. En el caso de la primera vía, se ha comprobado que distribuir en el tiempo la realización de una actividad evita la habituación y produce más placer (Harket & Keltner, 2001). Para la segunda vía se ha encontrado que experimentar placeres en el presente produce mayor

satisfacción, mejores parámetros de inmunoglobulina A (parámetro del sistema inmunológico) y una disminución del cortisol en sangre (Watanuki & Kim, 2005). En lo referente a la tercera vía, en una investigación realizada en la Universidad de Málaga por la profesora Natalia Ramos, se ha encontrado que las personas con mayor inteligencia emocional tienen más conciencia cuando resuelven situaciones emocionales. Es decir, lo que diferencia a las personas emocionalmente exitosas de las que muestran dificultades en este ámbito es que las primeras dirigen su atención al momento presente mientras que las segundas la dirigen hacia el pasado o el futuro (Ramos, 2008).

Por último, experimentar emociones positivas con respecto al futuro nos hace ser más optimistas, tener más seguridad y esperanza. Si somos capaces de interpretar el futuro como un reto y confiar en nuestras capacidades y fortalezas podremos sortear todas las dificultades que se nos presenten con seguridad y confianza (Seligman, 2002). Cuando la persona hace atribuciones positivas con respecto al futuro experimenta más emociones positivas. Las emociones positivas pueden generar a su vez una espiral ascendente que genera en la persona seguridad, confianza y un desarrollo saludable, además de una disminución de conductas desajustadas (Batat *et al.*, 2019).

4.3. Rasgos positivos de las personas

Los rasgos positivos de las personas coinciden con la segunda vía de Martin Seligman: la vía del compromiso. El estudio de los rasgos positivos está relacionado con el análisis de las fortalezas y virtudes y el flujo.

Las virtudes son características personales generales que han sido encontradas en las diferentes culturas a lo largo de la historia, mientras que las fortalezas son los procesos psicológicos que permitirán el desarrollo de las virtudes (Sheldon & King, 2001). Peterson y Seligman (2004) entienden las fortalezas y virtudes como rasgos de personalidad que se presentan a lo largo del tiempo y como características positivas que aportan placer y gratificación. Defienden que las virtudes son más filosóficas, más abstractas, mientras que las fortalezas son más concretas y se pueden medir y evaluar. Los autores proponen que las virtudes serían la Sabiduría, el Valor, la Humanidad, la Templanza, la Justicia y la Trascendencia y sus características son: que se valoran por sí mismas y no por sus resultados, que se promueven a través de la cultura con rituales y

costumbres y que no excluyen a los demás. Hay distintas fortalezas asociadas con cada virtud, un total de veinticuatro que se expondrán en los siguientes párrafos.

La primera de las virtudes es la sabiduría y el conocimiento. Es la virtud que envuelve a la persona en el interés por buscar y compartir información y conocimiento con otras personas. La sabiduría y el conocimiento Esta virtud recoge las fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento, como son: la creatividad, la curiosidad, el amor por el aprendizaje, el juicio y la apertura mental y la perspectiva (Kashdan & Yuen, 2007).

El coraje es la segunda de las virtudes y engloba las fortalezas emocionales relacionadas con el logro de metas en situaciones difíciles, tanto externas como internas. Esta virtud se desarrolla con las fortalezas de autenticidad, valentía, perseverancia y vitalidad (Jiménez *et al.*, 2013).

El amor-humanidad constituye la tercera de las virtudes. Se centra en aquellas fortalezas implicadas en el amor entre personas y la habilidad para establecer relaciones cordiales y cariñosas con los demás. Para trabajar esta virtud podemos desarrollar las fortalezas del altruismo y la compasión, las relaciones con los demás y con nosotros mismos y practicar el amor en general con todos los seres vivos del planeta (Ryan & Deci, 2000; Seligman, 2011; Grinhauz & Castro-Solano, 2014).

La justicia es la cuarta de las virtudes y representa a las fortalezas sociales que conducen a una vida saludable en comunidad. Para ello es fundamental trabajar las fortalezas de imparcialidad, equidad, liderazgo y civismo y responsabilidad social (Garaigordobil, 2006; Giménez *et al.*, 2010).

La moderación-templanza es la quinta virtud y personifica fortalezas como la misericordia, la humildad, la prudencia y la autorregulación, virtudes que nos protegen contra los excesos (Cillessen & Rose, 2005).

La transcendencia es la sexta y última de las virtudes. Esta virtud está relacionada con las fortalezas que crean conexiones que trascienden a la propia persona, que nos conectan con la inmensidad del cosmos y proporcionan un significado a la vida. Éstas son la gratitud, la esperanza y el optimismo, el sentido del humor, la espiritualidad y la apreciación de la belleza (Froh *et al.*, 2009).

En general, se ha encontrado una relación directa y positiva entre las virtudes/fortalezas y el bienestar y la salud (Peterson & Seligman, 2004; Godoy-Izquierdo *et al.*, 2013). Así, la virtud de sabiduría y conocimiento, incluyendo todas sus fortalezas, se ha asociado positivamente con el bienestar psicológico y negativamente con la sintomatología psicológica (Baltes & Staudinger, 2000). Las virtudes de humanidad y templanza y sus distintas fortalezas parece que se relacionan con un comportamiento más altruista con los demás, con un mayor bienestar psicológico y un menor número de síntomas de estrés y ansiedad (Radford *et al.*, 2012). En lo que respecta a la virtud de trascendencia, sus fortalezas han sido las más estudiadas y relacionadas con la evidencia empírica. De este modo, la fortaleza de gratitud se ha hallado que está relacionada con mayor bienestar psicológico (Emmons & McCullough, 2003) y con menos síntomas ansiosos y depresivos (Proyer *et al.*, 2014). En cuanto a la fortaleza de optimismo, parece que ésta actúa como un protector contra los síntomas depresivos (Pratap & Padhan, 2018). Por su parte, la fortaleza de sentido del humor parece actuar como potenciador del estado de ánimo positivo y como inhibidor de los efectos del estrés (Berrios-Martos *et al.*, 2012). Por último, la espiritualidad es un buen predictor del altruismo, la compasión y la amabilidad y tiene efectos positivos en el bienestar psicológico, en la enfermedad y en el estrés psicológico (Park *et al.*, 2013).

4.4. Instituciones positivas

Las instituciones positivas coinciden con la tercera vía formulada por Seligman, la vida con significado. Mientras que las otras vías están más relacionadas con la propia persona, esta tercera vía está relacionada con la búsqueda de identidad, sentido y trascendencia hacia los demás. Mediante ella lo que se pretende es aplicar las fortalezas personales para mejorar la vida de los demás y ayudarles en el desarrollo de sus potencialidades. Este proceso se puede poner en marcha por medio de las instituciones típicas como pueden ser la escuela, el trabajo, la comunidad o la familia; se trata, por lo tanto, de poner las propias capacidades al servicio de los otros para dar sentido a nuestra vida (Peterson *et al.*, 2005).

Desde la Psicología Positiva se proponen una serie de estrategias para que las instituciones sean más positivas y mejoren el bienestar psicológico de la sociedad. Pueden aplicarse en la escuela y las organizaciones.

La escuela. El sistema educativo podría considerar como uno de sus objetivos conseguir aumentar el bienestar psicológico de la población estudiantil. Para ello, el currículo escolar podría incluir actividades de entrenamiento en Inteligencia Emocional, Optimismo, Mindfulness, etc.; es decir, actividades basadas en la Psicología Positiva que han demostrado a lo largo de los años que tienen beneficios para la salud de los estudiantes, su rendimiento y su bienestar psicológico (Fredrickson, 2005; Seligman, 2011; Bisquerra, 2015; Leyton, 2017; Barimani *et al.*, 2018; Cha *et al.*, 2018). Esto se ha comprobado con estudiantes de distintos niveles educativos. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Stewart *et al.* (2018) con estudiantes de medicina de una universidad británica se comprobó que la aplicación de un programa de entrenamiento, realizado durante la totalidad del curso académico y centrado en técnicas de atención (mindfulness), aumentaba la satisfacción psicológica del estudiantado y mejoraba su implicación en las tareas académicas. Resultados parecidos se encuentran en una investigación realizada por Kang *et al.* (2018), en la que la población adolescente que participó en un programa de mindfulness mostró una mejora en la atención, un mejor manejo de sus emociones y un aumento de la compasión.

Estos datos aportados por las investigaciones nos tienen que alentar para que la escuela como institución abra un canal a estas nuevas vías de crecimiento y desarrollo de las personas, para que alcancen su máximo potencial y se sientan plenamente satisfechas (Bisquerra, 2003, 2011, 2012). Hay que pasar del viejo paradigma basado en la revolución industrial, en el cual no se tenían en cuenta las diferencias individuales y las variables emocionales, a un nuevo paradigma centrado en las habilidades y talentos de las personas, convirtiendo la educación en un instrumento al servicio del bienestar y crecimiento de las personas (Punset, 2006; Vázquez, 2009; Bisquerra, 2014).

En definitiva, la educación actual debe ser un instrumento de desarrollo personal, el estudiantado debe poder aplicar sus fortalezas, fomentar sus habilidades y talentos y disfrutar de la experiencia educativa en cada etapa. Esto se puede conseguir a través de la implantación de las técnicas y programas que está desarrollando la Psicología Positiva y que han mostrado efectos positivos tanto en la adaptación y bienestar del estudiante como en su salud y rendimiento (Marina, 2004; Peterson & Seligman, 2011).

Las organizaciones. La aportación más importante que puede hacer la Psicología Positiva a las organizaciones es que las personas que componen dicha organización aumenten su bienestar psicológico. Para ello es fundamental que puedan poner en marcha

sus talentos, capacidades y fortalezas de forma continuada. De hecho, parece que la puesta en marcha de éstas capacidades y fortalezas ayuda a reducir el burnout o síndrome de estar agotado-quemado y a aumentar el bienestar en el trabajo (Bakker, 2012). En este sentido, en un estudio realizado por Chang y Chan (2015), con 314 enfermeras de Taiwán, se comprobó que el optimismo y el afrontamiento activo de los problemas están inversamente relacionados con el burnout; es decir, a mayor optimismo y afrontamiento activo de los problemas menos síntomas de agotamiento en el trabajo. Estos resultados se complementan con lo hallado en el estudio de Barkhuizen *et al.* (2014), en el que el optimismo, además de reducir el agotamiento en el trabajo, aumentaba el compromiso con la organización y reducía las bajas laborales por problemas de salud.

En nuestro país, Fernández *et al.* (2016) han encontrado una relación entre la inteligencia emocional de los profesionales sanitarios y su calidad de vida en el trabajo. En concreto, en el estudio se concluye que la inteligencia emocional de los empleados está directamente relacionada con el bienestar y el compromiso en el trabajo, e inversamente asociada con el estrés y el agotamiento. Estos datos les llevan a afirmar que la promoción y entrenamiento de las emociones debería de ser obligatorio para todos los empleados de las organizaciones, ya que repercute en su salud y satisfacción.

Si las organizaciones toman conciencia de que hay que prestar más atención al lado positivo de las personas, tener en cuenta sus talentos y habilidades, y priorizar su bienestar psicológico, obtendrán unos empleados más comprometidos con la organización y unos mejores resultados económicos. Centrándose en esta perspectiva más positiva, las organizaciones podrán ofrecer nuevas respuestas a las demandas de la sociedad, hacerse más competitivas y aumentar su negocio y beneficio (Salanova *et al.*, 2005). Una vía para conseguir estos resultados puede ser instalar en las organizaciones programas de prevención y tratamiento basados en los principios que aporta la Psicología Positiva.

CAPÍTULO 2. OPTIMISMO, SALUD/ENFERMEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

1. INTRODUCCIÓN

Desde el surgimiento de la Psicología Positiva en el año 2000, la psicología no sólo ha puesto el centro de atención en los aspectos negativos del ser humano, sino que además se ha centrado en el desarrollo de los aspectos positivos. Ha sido este cambio de paradigma lo que ha propiciado el estudio científico de aspectos como la creatividad, la espiritualidad, la esperanza y el optimismo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Aunque el concepto de optimismo ha formado parte de la psicología popular desde hace muchos años, ha sido a raíz del nacimiento de la Psicología Positiva cuando ha empezado a formar parte de la investigación científica, fundamentalmente dentro del marco de la Psicología de la Personalidad (Scheier & Carver, 1985). A pesar de haber empezado tarde su estudio, los trabajos que se han realizado hasta el momento son numerosos e importantes y han tratado de conceptualizarlo y de ver el papel que tiene en la salud física y psicológica (Chang *et al.*, 1994) y en el rendimiento académico (Bressler & Bressler, 2010).

En algún instante de la vida, la mayoría de las personas se enfrentarán a dificultades de salud y la investigación científica sugiere que los factores psicológicos son muy importantes para la mejora y recuperación de la misma (Brossman & López 2011). Uno de estos factores es el optimismo, entendiendo éste como una creencia generalizada de que las cosas van a salir bien (Scheier & Carver, 1985). Según diversas investigaciones, el optimismo mejora el bienestar físico y mental, aumenta la capacidad de lidiar con el estrés y recuperarse de la cirugía, fomenta mejores hábitos de salud, reduce los síntomas físicos de la enfermedad e incluso puede prolongar la vida (Carver *et al.*, 2010; Carver & Scheier, 2014). Sin embargo, a pesar de los claros beneficios, se sabe poco sobre cuándo y cómo las personas cultivan el optimismo cuando se enfrentan con problemas de salud.

Martin Seligman es considerado uno de los principales expertos en el estudio de las diferencias entre optimistas y pesimistas. Según este autor, el optimismo-pesimismo está muy relacionado con la responsabilidad que asumimos las personas ante aquello que nos ocurre. La persona optimista se hace responsable de las cosas que le suceden y se pregunta qué puede hacer para mejorar la situación. Por el contrario, la persona pesimista suele sentirse indefensa frente a las circunstancias y espera que las circunstancias cambien por sí solas (Seligman, 1999).

Si bien existen diversas definiciones sobre la concepción del optimismo, el trabajo llevado a cabo en los últimos estudios ha estado guiado básicamente por dos orientaciones teóricas diferentes, aunque complementarias: la que lo considera como un estilo explicativo o atributivo (Peterson & Seligman, 2003) y la que lo considera como un rasgo disposicional de la personalidad (Scheier & Carver, 2000). Veamos cada una de ellas de forma más detallada, así como los principales resultados empíricos con respecto a su relación con la salud física, la salud psicológica y el rendimiento académico.

2. OPTIMISMO-PESIMISMO DISPOSICIONAL

En el modelo de autorregulación de Scheier y Carver (1992) las expectativas son el eje central del optimismo-pesimismo disposicional. Los autores consideran al optimismo y al pesimismo como expectativas generales sobre las situaciones que suceden en la vida diaria. Además, asumen que éstas son disposiciones o características personales relativamente estables, por eso las denominan optimismo y pesimismo disposicional.

En este sentido, Scheier y Carver (1987) sostienen que el optimismo disposicional es la expectativa o creencia estable en el tiempo de que, en general, las cosas suelen salir bien. Por su parte, estos mismos autores afirman que el pesimismo disposicional es una expectativa o creencia estable en el tiempo de que, en general, las cosas suelen salir mal.

Según los autores mencionados, ante la presencia de problemas o dificultades las expectativas más favorables aumentan el esfuerzo de la persona para conseguir los objetivos propuestos, en cambio, las expectativas desfavorables disminuyen estos esfuerzos, llegando, en algunas ocasiones, al abandono de los objetivos (Carver & Scheier, 1998).

Carver y Scheier (2014) consideran el optimismo-pesimismo como una única dimensión con dos polos y han diseñado un instrumento para medir este constructo. A este instrumento lo denominaron LOT por su nombre en inglés -Life Orientation Test-. En su versión original tuvo 10 ítems y no ha sido adaptada ni traducida al castellano. Esta versión se modificó posteriormente, creando una versión denominada LOT-R (Scheier *et al.*, 1994). Esta nueva versión es también un instrumento de 10 ítems, con respuestas tipo Likert de 5 puntos (1= muy en desacuerdo 5= muy de acuerdo), de los cuales tres se evalúan en el sentido del optimismo, tres en el sentido del pesimismo y 4 son ítems distractores o de relleno. Esta versión ha sido traducida y adaptada a múltiples idiomas: como español, francés, inglés, alemán, portugués, chino..., replicándose en algunas la estructura unifactorial propuesta por las personas autoras (Rauch *et al.*, 2006; Remor *et al.*, 2006; Laranjeira, 2008), y encontrándose en otras una estructura bifactorial para el instrumento (Lai *et al.*, 1998; Monzani *et al.*, 2014). En general, el inventario presenta una buena consistencia interna (alrededor de .78 en función del estudio) y es relativamente estable a lo largo del tiempo (aproximadamente .70 dependiendo del estudio).

2.1. Optimismo Disposicional, salud y sintomatología física y psicológica

En los últimos años se ha prestado especial interés a los aspectos que protegen de la presencia de sintomatología y promueven la salud mental. Para ello se ha pasado de estudiar únicamente los aspectos nocivos y patológicos a estudiar variables positivas que pueden actuar de forma preventiva (Gable & Haidt, 2005; Seligman *et al.*, 2005; Contreras & Esguerra, 2006).

En este sentido, se ha comprobado que el optimismo correlaciona de forma negativa con la ansiedad y la depresión (Vittorio & cols., 2009) y que muestra una correlación positiva con la satisfacción con la vida (Yadav *et al.*, 2015), la autoestima, la felicidad (Lyubomirsky, 2008; Vera-Villaruel *et al.*, 2009) y el bienestar (Taylor *et al.*, 2000; Hart *et al.*, 2008). En cuanto al pesimismo disposicional, este ha sido relacionado con una peor salud y un peor afrontamiento de los estresores (San Juan & Magallares, 2006).

Según Cozzarelli (1993), la relación entre el optimismo y el ajuste físico y psicológico se produce de manera tanto directa como indirecta y se considera que este favorecería la salud mediante tres vías:

Vía 1. Genera un estado de ánimo positivo. El optimismo puede producir un estado de ánimo positivo en la persona, que le ayudaría a conseguir una mayor activación de su sistema inmune, además de protegerle contra los factores que provocan las enfermedades físicas y psicológicas.

En este sentido, se ha encontrado una relación entre el estado de ánimo positivo generado por el optimismo disposicional y los trastornos físicos, tanto en población sana como en población con algún tipo de enfermedad.

Por una parte, en población adulta sana, podemos destacar el trabajo de Warner *et al.*, (2012), en el cual se comprueba que las personas optimistas crean un estado de ánimo positivo que les ayuda a mejorar la salud física percibida. El mismo resultado entre el estado de ánimo positivo y los síntomas físicos se ha encontrado con cuidadores de personas dependientes (Pinquart & Duberstein, 2005; Hulbert & Morrison, 2006; Ekas *et al.*, 2010). También se ha constatado que el optimismo disposicional induce un estado de ánimo positivo que está asociado negativamente con las quejas somáticas (Chico, 2002; Martínez-Correa *et al.*, 2006). Por último, en población adolescente sana se ha comprobado que el pesimismo disposicional genera un estado de ánimo negativo que está asociado con la experimentación de más síntomas físicos (Chang *et al.*, 1997; Chang, 1998).

Por otra parte, se ha encontrado que el estado de ánimo producido por el optimismo disposicional es un índice de buen pronóstico y recuperación de la enfermedad, tanto en pacientes coronarios (Davidson & Prkachin, 1997; King *et al.*, 1998; Anthony *et al.*, 2016) como cancerosos (Friedman *et al.*, 1995; Johnson, 1996; Schou *et al.*, 2004; Croft *et al.*, 2014). En este último caso, el seguimiento establecido a largo plazo demostró que el optimismo predecía una menor preocupación pasados cinco años de la finalización de la intervención (Carver *et al.*, 2005), además de una mejor regulación emocional en las personas que sobrevivieron al cáncer de mama, las cuales fueron menos vulnerables a la preocupación emocional (Trunzo & Pinto, 2003). En lo que respecta a la población adolescente, pueden destacarse los resultados hallados en el trabajo realizado

por Sulkers *et al.* (2013) con adolescentes con cáncer, en el cual el estado de ánimo producido por el optimismo ayudó a la recuperación después del tratamiento.

Relativo a la sintomatología y los trastornos psicológicos en población adulta sana, se ha encontrado una relación negativa entre el estado de ánimo positivo producido por el optimismo y la sintomatología manifestada en problemas como la ansiedad, la ira, el estrés y la depresión (Puskar *et al.*, 2008; Brydon *et al.*, 2009; Vera-Villaruel *et al.*, 2011). Estos mismos resultados se han encontrado con estudiantes universitarios, tal es el caso de la investigación realizada por Xiaobo y Chen (2015), en la que se comprobó que el optimismo generaba un estado de ánimo que actuaba como un mitigador de la rumia y la ansiedad. Los hallazgos han sido replicados igualmente con adolescentes sanos. En este caso, Kukreja y Singh (2013) demostraron que el optimismo disposicional genera un estado de ánimo positivo que se relaciona de forma negativa con el estrés de la vida escolar del alumnado. En el mismo sentido, Ames *et al.* (2015) hallaron con adolescentes norteamericanos que el optimismo generaba un estado de ánimo que correlacionaba negativamente con la sintomatología ansiosa y depresiva. Por su parte, en los estudios llevados a cabo en Pakistán por Kaiser y Malik (2015), se halló que el optimismo disposicional produce un estado de ánimo positivo que actúa como un factor preventivo de las dificultades mentales en aquellos adolescentes que han sufrido malos tratos en el entorno familiar.

Cuando se trata de trastornos psicológicos en población adulta, Rääkkönen *et al.* (1999) encontraron que el estado de ánimo que produce el optimismo se muestra eficaz para reducir los niveles de ansiedad en personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad. En la misma línea están los resultados expuestos en el estudio de Lowell *et al.* (2017), en el que el estado de ánimo producido por el optimismo reducía los síntomas depresivos y la ansiedad en mujeres diagnosticadas con depresión. En el caso de la depresión, el optimismo también está asociado con una intensidad menos grave de los síntomas depresivos durante la depresión postparto (Kaźmierczak *et al.*, 2015). Para finalizar, Soliday *et al.* (2004), en un estudio realizado con adolescentes con problemas de adaptación al contexto escolar, indican que el estado de ánimo generado por el optimismo está inversamente relacionado con la angustia que se experimenta al inicio del curso escolar.

Vía 2. Favorece el afrontamiento activo. El optimismo favorece la ejecución de estrategias de afrontamiento activas, en contraposición con estrategias más pasivas o de evitación, que son más frecuentes en personas pesimistas. En general, existe un gran cúmulo de evidencia que muestra la influencia de las estrategias de afrontamiento activo en el buen curso y pronóstico de la enfermedad (Augusto & Martínez, 1998; Danhauer *et al.*, 2009), como en el caso de desastres naturales donde los sobrevivientes optimistas han generado más esfuerzos de afrontamiento sostenidos y comprometidos con la búsqueda de la recuperación de la salud mental y física (Cherry *et al.*, 2013).

En lo que respecta a los trastornos físicos, se ha constatado que las personas adultas pesimistas usan más estrategias pasivas, como la negación y la evitación, estrategias que parecen tener un efecto negativo en la salud, bien porque conllevan la búsqueda tardía de atención médica (Lazarus *et al.*, 1980; Moreno, 1985; Das, 2005; Celano *et al.*, 2019), bien porque provocan y prolongan la duración de estados emocionales negativos considerados de riesgo para el estado de salud de la persona (Kunzendorff *et al.*, 1991; Tripathi *et al.*, 2017). En el caso de la adolescencia, Noda (2007) llevó a cabo una investigación con el objetivo de comprobar la relación existente entre el optimismo/pesimismo y la salud sexual de la población adolescente japonesa. Los resultados nos muestran que la juventud más optimista presenta un afrontamiento activo de sus problemas de salud; en cambio, la más pesimista mostró un estilo de afrontamiento más pasivo.

Referente a las personas que sufren una enfermedad física, parece que las personas pesimistas con cáncer muestran una mayor utilización de estrategias de afrontamiento pasivo, como pueden ser negar la situación y evitar pensar en el problema (Carver *et al.*, 1993; Stanton & Zinder, 1993), además de manifestar más indefensión y síntomas ansiosos (Schou *et al.*, 2004). En el caso específico de mujeres operadas de cáncer de mama, el optimismo se relacionaba con un afrontamiento activo que incluía aceptar la realidad de la situación y el sentido del humor; además, antes de la cirugía, manifestaban una implicación activa para hacer todo lo que se pudiese hacer al respecto. Por el contrario, el pesimismo se relacionó con el rechazo y el abandono de la situación (Carver *et al.*, 1993). En el caso de la población adolescente, se comprobó que las estrategias de afrontamiento activo asociadas con el optimismo eran eficaces para mejorar la función pulmonar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con fibrosis quística. En adolescentes hospitalizados con cáncer, Al Omari *et al.* (2017) hallaron igualmente

que las estrategias activas asociadas con el optimismo eran eficaces para aliviar los efectos secundarios de la quimioterapia.

En lo relativo a los trastornos psicológicos, en una revisión meta analítica de 48 estudios y un total de 11.629 personas adultas sanas, se comprobó que el optimismo se asociaba positivamente con estrategias de manejo directo de los estresores y de las emociones asociadas con ellos, así como negativamente con la evitación de los estresores y las emociones que éstos generan (Solberg & Segerstrom, 2006). Por último, en población adolescente, Susan y Myriam (2015) encontraron que el optimismo disposicional es un recurso protector contra los síntomas depresivos, generando estrategias directas de manejo de los estresores y de las emociones asociadas con éstos.

En cuanto a personas adultas con alguna enfermedad psicológica, Cecconi *et al.* (2012) encontraron que los sujetos optimistas utilizaban estrategias de afrontamiento activas para luchar contra la depresión, siendo éstas útiles para reducir los síntomas depresivos. Esta asociación se ha comprobado igualmente con estudiantes universitarios, como en el trabajo realizado por Torres (2004) con estudiantes deprimidos (la depresión es un factor clave en la adaptación al contexto universitario). En la investigación se concluye que el estudiantado optimista utilizaba comportamientos más activos de afrontamiento, lo que propició mayor adaptación y menores síntomas depresivos. En cambio, el estudiantado pesimista mostraba un estilo de afrontamiento de evitación basado en estrategias de negación de la realidad y evitación mental de los problemas, lo que les condujo a una peor adaptación y a experimentar más síntomas depresivos (Chico, 2002). En el caso de la población adolescente, Sawyer *et al.* (2009) comprobaron que las estrategias activas que produce el optimismo reducen los síntomas depresivos en adolescentes diagnosticados con depresión.

Vía 3. Favorece las conductas de salud. El optimismo disposicional favorece conductas de salud más apropiadas, tales como una mejor alimentación (Kelloniemi & Laitinen, 2005), un menor consumo de tabaco o alcohol (Baška *et al.*, 2016) o mejores hábitos de sueño (Carver *et al.*, 2010), los cuales se relacionan a su vez con mejores parámetros inmunológicos (Segerstrom *et al.*, 1998).

En población adulta se ha encontrado esta relación, por ejemplo, en el estrés familiar en madres (de más de un hijo), ayudando el optimismo a reducir este estrés a través de la utilización de conductas de salud como una alimentación sana, ejercicio físico

y momentos para la relajación y el descanso (Loh *et al.*, 2017). También se ha encontrado esta asociación en personas que presentan deterioro cognitivo relacionados con la pérdida de memoria; así, Gawronski *et al.* (2016) demostraron que las personas optimistas llevaban a cabo comportamientos que se mostraban útiles para prevenir el deterioro cognitivo, tales como hacer ejercicios mentales o estudiar un idioma. Roberts *et al.* (2011) informan de resultados en la misma línea con población adolescente, comprobándose que aquellos más optimistas generan conductas de prevención y protección, como el uso de cremas o evitar tomar el sol en horas inadecuadas, contra el cáncer de piel. El optimismo favorece también conductas de salud como el ejercicio, la buena alimentación y el descanso en esta misma población, lo que parece ayudar a prevenir los problemas de salud física (Jones *et al.*, 2008).

En personas con enfermedad cardiovascular, las personas optimistas generan un repertorio de conductas de salud (adherencia al tratamiento, mejor alimentación y más actividad física) que reduce las complicaciones y mejora la recuperación y la tasa de supervivencia (Boehm & Kubzansky, 2012). En lo referente a la cirugía cardiovascular “bypass” después de una operación, las personas optimistas emplean conductas de salud que les permiten tener una mejor recuperación, normalizando su vida e informando a los 5 años de la operación de mejor calidad de vida y bienestar subjetivo (Scheier & Carver, 1992). Estas personas optimistas buscan más información, toman la medicación y los alimentos adecuados y hacen los ejercicios que se les mandan o recomiendan para su recuperación. Igualmente, manifiestan mejor control percibido sobre el curso de la enfermedad y una mayor confianza sobre el resultado de la cirugía (Amy *et al.*, 2008). También se han encontrado resultados semejantes en pacientes con artritis reumatoide (Treharne *et al.*, 2005), en los que el optimismo disposicional se asocia con una menor percepción de dolor debido a la práctica de ejercicios de estiramiento controlado y relajación. Con respecto a la población adolescente, Quinn *et al.* (2013), en una investigación con niñas adolescentes con cáncer, hallaron que las adolescentes optimistas realizaban más conductas apropiadas de salud: como informarse más y mejor, tener una alimentación adecuada, realizar actividades físicas, etc., que ayudaban a mejorar el pronóstico y curso del cáncer.

En el caso de los trastornos psicológicos, el optimismo ha demostrado asimismo ser un buen indicador de la puesta en práctica de conductas de salud en población adulta (Extremera *et al.*, 2007; Cheng *et al.*, 2014). En este sentido, se ha encontrado que el

optimismo favorece el ajuste a la ansiedad generando un estilo de vida más saludable (mejor alimentación y más ejercicio físico) (Hart *et al.*, 2008; Hillman *et al.*, 2018). Brydon *et al.* (2009) encontraron datos similares en el caso del ajuste al estrés y a la emoción de ira, exhibiendo los adultos más optimistas un mejor ajuste al generar conductas más saludables. Según publica el Instituto Nacional de Excelencia Sanitaria de Reino Unido (NICE, 2009) cuando la persona que lleva a cabo la terapia es más optimista sus pacientes muestran una mejor salud psicológica. Los resultados de éste estudio muestran que cuando estos profesionales sanitarios puntúan alto en optimismo afecta de manera positiva a la salud psicológica de la población tratada, de sus cuidadores y del resto de profesionales sanitarios. Esta mejoría se debe a que estos profesionales optimistas alientan a las personas a adoptar acciones o tratamientos para mejorar la salud física (por ejemplo: vacunas, dietas o regímenes de terapia física) (Agrawal *et al.*, 2007; Keller & Lehman, 2008; Bublitz *et al.*, 2010). Datos parecidos se han encontrado en diversos estudios, mostrando que el personal sanitario optimista anima a sus pacientes al cumplimiento de las recomendaciones médico-sanitarias (Repper & Perkins, 2003; Edward *et al.*, 2011). En el caso de la población adolescente, El-Azni (2005) hizo una investigación para comprobar la relación entre el optimismo, el ajuste del estudiante al medio y el éxito académico. Encontró que el estudiante optimista genera conductas de salud, como el apoyo social, el ejercicio y el descanso, que le ayudan en su adaptación al medio, además de mejorar su éxito académico. Datos parecidos fueron encontrados por Brissette *et al.* (2002), explorando el papel del optimismo disposicional sobre el cambio de estilo de vida en un grupo de estudiantes universitarios de primer curso; en este caso, se hallaron correlaciones positivas entre el optimismo y el ajuste psicológico a las nuevas condiciones de vida, debido a la adquisición de comportamientos adaptativos y saludables. Por último, Johnson *et al.* (2006) concluyeron que la población adolescente optimista se muestra menos agresiva que la pesimista, al utilizar estrategias de prevención de conflictos, un menor consumo de sustancias tóxicas y un distanciamiento de las personas agresivas.

En el caso de las personas adultas con algún trastorno psicológico, Vera-Villaroel *et al.* (2010, 2012), en un estudio con adultos con depresión, informaron de que las personas más optimistas utilizaban conductas más saludables para prevenir o mitigar los síntomas depresivos. Estos mismos resultados fueron encontrados en la investigación realizada en Australia por Patton *et al.* (2011) con población adolescente.

2.2. Optimismo Disposicional y Rendimiento Académico

Revisando los estudios que se han realizado para comprobar la relación entre el optimismo disposicional y el rendimiento académico se aprecian dos tipos de estudios: aquellos que simplemente establecen una relación positiva entre el optimismo y el rendimiento, y aquellos que tienen en cuenta las estrategias de afrontamiento conductuales y emocionales que los optimistas realizan y que ayudan a mejorarlo.

En ocasiones se ha encontrado una relación positiva significativa entre el optimismo y el rendimiento académico sin que se hayan tenido en cuenta otras variables implicadas (Bressler, & Bressler, 2010; Indoo-Singh & Ajeya-Jha, 2013; Siddiqui *et al.*, 2016). Un ejemplo de este hallazgo podemos encontrarlo en el estudio realizado por Siddiqui *et al.* (2016), que pretendían comprobar si el optimismo disposicional jugaba algún papel en el rendimiento académico de la población estudiantil de secundaria. Para ello dividió al grupo de 60 estudiantes en dos grupos en función de su rendimiento académico: alumnado con bajo rendimiento académico y alumnado con alto rendimiento. El estudiantado con puntuaciones altas en optimismo disposicional tenía mejor rendimiento académico que el que tenía puntuaciones bajas en optimismo. Otros estudios que van en la misma línea son los de Norlander y Archer (2002) y Boselie, Vancleef y Peters (2017).

Por su parte, parece que el optimismo puede influir de manera indirecta en el rendimiento académico, generando estrategias de afrontamiento más eficaces y activas para afrontar el estrés académico (Lee *et al.*, 1993) y los exámenes (Lai & Wan, 1996) y/o dando lugar a hábitos de salud más positivos (Scheier & Carver, 1993; Segerstrom, 2007). Otra forma de influir de manera indirecta podría ser logrando un mayor apoyo social para llevar a cabo las tareas (Davis *et al.*, 1992). Por último, todo parece indicar que el optimismo influye indirectamente en el rendimiento escolar moderando otros síntomas que lo afectan. Por ejemplo, en el trabajo llevado a cabo en la Universidad de Iowa por Gibbons *et al.* (2016) se demostró que el optimismo es un factor mediador entre el rendimiento escolar y los síntomas depresivos; es decir, el optimismo previene los síntomas depresivos de la población estudiantil y, de este modo, aumenta el rendimiento académico.

3. ESTILO EXPLICATIVO OPTIMISTA/PESIMISTA

El otro acercamiento al optimismo se basa en la teoría de la indefensión aprendida de Abramson *et al.* (1978) y parte del supuesto de que las expectativas que tienen las personas con respecto al futuro están condicionadas por las atribuciones o el estilo explicativo que realizan sobre los sucesos pasados (Peterson & Seligman, 1984; Seligman, 2004). En este sentido, el estilo explicativo es considerado como una tendencia (más o menos estable) referida al tipo de explicaciones que se realizan con respecto a las cosas que suceden en la vida diaria, tanto positivas como negativas. En la realización de estas atribuciones se utilizan tres dimensiones descriptivas: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad (Abramson *et al.*, 1989).

Internalidad-Externalidad: puede definirse la internalidad-externalidad como el grado en que la persona se considera responsable de lo que ha sucedido, aplicándose la responsabilidad de lo acaecido a uno mismo en el caso de interno, y a los demás o a las circunstancias en el caso de externo, como se muestra en el ejemplo de la tabla 2.1:

Tabla 2.1

Ejemplos de internalidad-externalidad

Situación	Interno	Externo
He suspendido un examen	No he estudiado lo suficiente	Era muy difícil
He aprobado el examen	He estudiado mucho	El profesorado ha sido muy bueno

Estabilidad-Inestabilidad: puede definirse la estabilidad-inestabilidad como el grado de permanencia en el tiempo que se le atribuye a las causas que han producido el suceso. En este sentido, se considera estable algo que se mantiene a lo largo del tiempo e inestable algo que cambia a medida que transcurre el tiempo. Podría ser un ejemplo lo recogido en la tabla 2.2:

Tabla 2.2

Ejemplos de estabilidad-inestabilidad

Situación	Estable	Inestable
He suspendido un examen	Jamás aprobaré	Seguramente la próxima vez aprobaré
He aprobado el examen	¡Cómo siempre!	El próximo examen también lo aprobaré

Globalidad-Especificidad: puede definirse la globalidad-especificidad como el grado en que los aspectos del suceso se generalizan a otros aspectos de la vida de la persona; así, se considera global cuando la explicación que se da se generaliza a otros aspectos, y específico cuando la explicación se restringe a la circunstancia explicada pero no a otras. Puede verse un ejemplo en la tabla 2.3:

Tabla 2.3

Ejemplos de globalidad-especificidad

Situación	Global	Específico
He suspendido un examen	No sirvo para estudiar nada	La Física me cuesta mucho
He aprobado el examen	Voy a aprobar todos los exámenes	La Física se me da bien

De acuerdo con las dimensiones anteriores, las personas con un estilo explicativo optimista suelen considerar los problemas o acontecimientos negativos como inestables, específicos y debidos a causas externas. Por su parte, las explicaciones que llevan acabo en referencia a los acontecimientos positivos suelen estar basadas en atribuciones internas, estables y globales (Londoño *et al.*, 2013). Se ha demostrado que las personas que generalmente atribuyen los acontecimientos negativos a causas específicas e

inestables muestran mayor control sobre los eventos futuros, además de ser más resilientes (Reivch & Gillham, 2003). Las personas que presentan un estilo explicativo optimista buscan salir reforzados de las situaciones difíciles y estresantes, llegando a encontrar ventajas en dichas situaciones. Suelen aceptar mejor los reveses de la vida y se muestran más fuertes y resistentes a los efectos psicológicos y biológicos del estrés y las enfermedades (Sanjuán, 2007).

Por su parte, las personas con un estilo explicativo pesimista interpretan los eventos negativos como estables, globales y debidos a causas internas. Sin embargo, en lo que respecta a los acontecimientos positivos, las explicaciones que suelen realizar están basadas en atribuciones externas, temporales y específicas. Las investigaciones demuestran que las personas que presentan un estilo explicativo pesimista muestran más sintomatología física y psicológica y peor rendimiento (Peterson & Vaidya, 2000; King *et al.*, 2008).

El estilo explicativo se mide a través de distintos cuestionarios de autoinforme. El más utilizado es el Cuestionario de Estilo Atribucional (Attributional Style Questionnaire, ASQ) (Peterson *et al.*, 1982), cuya adaptación al castellano ha sido realizada por San Juan y Magallares (2005, 2006). En él se exponen una serie de situaciones hipotéticas, preguntando a las personas la causa de cada situación si ésta sucediera realmente. Se gradúan las respuestas a lo largo de un continuo en las dimensiones de estabilidad, globalidad e internalidad. Hay 6 situaciones positivas y otras 6 negativas de un total de 12 posibles. Combinando las respuestas a estas 12 situaciones se obtiene el estilo atributivo de cada persona. En la investigación de Herzberger y Tennen (1986) se encontró una consistencia interna y temporal superior a .70 en cada una de sus 6 escalas (tres escalas para internalidad, estabilidad y globalidad para los eventos negativos y otras tres para los positivos). Datos parecidos se encontraron en la investigación realizada por Trottier *et al.* (2007); en ella se encontró un alfa de Cronbach de .72 para las escalas de eventos negativos y .75 para las escalas de eventos positivos, y una fiabilidad media de .64 para las 6 dimensiones atribucionales.

Para medir el Estilo Atribucional en población infantil y adolescente se puede utilizar el Cuestionario de Estilo Atributivo para infantes (CASQ) (Seligman *et al.*, 1984), aunque no está validado con población española. Este instrumento consta de 48 ítems que pretenden evaluar el estilo explicativo o atributivo frente a distintos tipos de

acontecimientos. La escala de respuesta está entre 0 y 1. Los elementos que componen la escala se distribuyen en seis posibles subescalas: 1) estilo atributivo en relación con los eventos negativos en función de la dimensión temporal-permanente, 2) estilo explicativo para los eventos positivos en función de la dimensión temporal-permanente, 3) estilo atributivo para los eventos negativos en función de la dimensión global-específica, 4) estilo explicativo para los eventos positivos en función de la dimensión global-específica, 5) estilo atributivo para los eventos negativos en función de la dimensión interna-externa y 6) estilo explicativo para los eventos positivos en función de la dimensión interna-externa. Los coeficientes de consistencia interna para las 6 escalas son moderados, oscilando entre .55 y .70 (Seligman *et al.*, 1984; Schwartz *et al.*, 2000), y la fiabilidad test-retest mejora a medida que aumenta la edad (Nolen-Hoeksema, 1992).

3.1. Estilo explicativo, salud y síntomas físicos y psicológicos

Existe evidencia de que el estilo explicativo optimista estaría vinculado con una mejor salud (Kamen *et al.*, 1987) y que puede actuar como potenciador del bienestar y la salud física y psicológica en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002).

En cuanto a la relación entre el estilo explicativo optimista y la salud física, parece que el primero desempeña un papel en relación con el sistema inmunológico. Concretamente, las personas más optimistas parecen tener una mejor función del sistema inmune (Peterson & Ávila, 1995; Ping *et al.*, 2016). Un estudio que avala esta relación entre el estilo explicativo optimista y el sistema inmunológico es el que ha sido llevado a cabo por Brennan y Charnestki (2016) con enfermos de SIDA. En él se observó que las personas con un estilo explicativo más optimista presentaron un menor detrimento en el funcionamiento del sistema inmune, una menor sintomatología física y un índice de supervivencia mayor que los que presentaban un estilo explicativo más pesimista. Por último, el estilo explicativo optimista se ha relacionado con la salud física a través de otros factores, como la realización de conductas que previenen los problemas de salud (Peterson & De Avila, 1995; Gillham *et al.*, 2001; Sherill & Kovacs, 2005).

Respecto al estilo explicativo pesimista, se ha encontrado que las personas que utilizan este estilo explicativo tienen una mayor tasa de mortalidad -sobre todo cuando se analizan las muertes por accidente- (Peterson *et al.*, 1998; Sutton *et al.*, 2015), tienden a enfermar más y muestran funciones inmunes más deficientes (Peterson, 1988; Peterson

& Bossio, 2001; Levy *et al.*, 2009; Novotny *et al.*, 2010). Del mismo modo, estas personas indican tener más enfermedades (Peterson, 1988; Jackson *et al.*, 2002), realizan más visitas a los servicios médicos y se sienten menos capaces de controlar y mantener su salud (Peterson, 1988; Peterson & De Avila, 1995; Shapcott *et al.*, 2007), tienen un mayor número de accidentes (Peterson *et al.*, 2001) y sobreviven menos tiempo después de haber sufrido un ataque cardiaco (Buchanan, 1995; Eslami *et al.*, 2014).

En el caso concreto de la población adolescente con un estilo explicativo optimista, éstos presentan menos sintomatología física que la población con un estilo explicativo pesimista. Además, cuando informan de síntomas físicos lo hacen durante periodos temporales más cortos e indicando menos intensidad y duración de los mismos (Dingfelder, 2002; Shouthall & Roberts, 2002; Dockham *et al.*, 2016).

En lo relativo a la relación entre el estilo explicativo y la salud psicológica, los estudios realizados (la mayoría longitudinales) avalan la idea que las personas con un estilo explicativo optimista desarrollan menos sintomatología depresiva cuando se tienen que enfrentar con situaciones estresantes o en diferentes situaciones vitales negativas (Hilsman & Garber, 1995; Chen-Lee, 2016; Chih-Lee & Li-Wu, 2016; Joshanloo *et al.*, 2019). En cambio, las personas con un estilo explicativo pesimista muestran más sintomatología depresiva (Sánchez & Méndez, 2009). Estos mismos resultados los podemos encontrar en población adolescente (Seligman *et al.*, 1984; Nolen-Hoeksema *et al.*, 1992). Con esta población los datos indican además que la población adolescente con un estilo explicativo optimista muestra menor estrés y ansiedad antes los exámenes (Gillham *et al.*, 2006) y menores dificultades en la relación con compañeros y profesores (Vázquez *et al.*, 2009).

3.2. Estilo Explicativo y Rendimiento Académico

Al igual que con la salud física y psicológica, los estudios que se han realizado entre el estilo explicativo y el rendimiento académico muestran una relación positiva entre el estilo explicativo optimista y el rendimiento, así como una asociación negativa entre estilo explicativo pesimista y rendimiento, tanto en estudiantes de primaria, como de secundaria y universitarios (Seifert, 2004).

Según Montero (1990), las atribuciones del alumnado relacionadas con la capacidad y el esfuerzo están asociadas con altas expectativas y buenos resultados

académicos; por el contrario, las atribuciones relacionadas con la mala suerte están relacionadas con bajas expectativas y peores resultados. Estos hallazgos se encuentran con población infantil de distintas edades. Así, en el estudio longitudinal realizado por Kurtz-Costes y Schneider (1994), con niños de entre 8 a 10 años, los resultados mostraron una relación positiva entre las atribuciones optimistas y el rendimiento académico, aunque estas no llegan a ser un predictor significativo del rendimiento. Estos mismos datos fueron encontrados posteriormente en un estudio realizado por Habib y Khan (2016) con niños de entre 9 y 11 años. En este estudio se halló igualmente una relación directa entre las atribuciones optimistas y el rendimiento académico. Por su parte, Forsterling y Morgenstern (2002) realizaron una investigación con alumnado de 13 a 15 años, para comprobar la relación entre las atribuciones que realiza dicho alumnado y su rendimiento en el colegio. Encontraron que la población adolescente que poseía un estilo atributivo optimista empleaba más tiempo y esfuerzo en aquellas tareas en las que en el pasado había demostrado una mejor ejecución y obtenía en ellas mejor rendimiento académico. Estos mismos resultados han sido expuestos por Manassero y Vázquez (2000) y Barca y Peralbo (2002) con alumnado de 16-17 años; en concreto, se halló que la atribución del éxito a la capacidad o al esfuerzo predecía la nota obtenida en matemáticas o el rendimiento académico medio y medio-alto, respectivamente. Por último, esta relación también se ha encontrado en estudiantes universitarios (Lurquin, 2013; Barrios *et al.*, 2018) y en estudiantes de doctorado (Constance, 2012), en los que tener un estilo explicativo optimista estaba directamente relacionado con la permanencia y finalización de los estudios.

La relación positiva entre un estilo explicativo optimista y el rendimiento académico también se ha comprobado en alumnado que presenta dificultades de aprendizaje (González-Pineda & Núñez, 2006), encontrándose que los malos resultados académicos no son consecuencia de falta de capacidad sino de una falta de esfuerzo y por patrones atributivos disfuncionales. Para finalizar, y en el caso del alumnado con sobredotación intelectual, se ha puesto de manifiesto igualmente que tienden a hacer atribuciones de sus fracasos relacionándolo con su falta de esfuerzo y trabajo con la materia, así como a hacer atribuciones de sus éxitos basados en su capacidad para superar la materia, favoreciendo estas atribuciones que tengan un buen rendimiento académico (Assouline *et al.*, 2006). Resultados similares han sido proporcionados por Neumeister

(2007), que concluye que el alumnado sobredotado con un estilo explicativo pesimista tiene peores resultados académicos que el alumnado con un estilo explicativo optimista.

CAPITULO 3. BIENESTAR, SALUD/ENFERMEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

1. INTRODUCCIÓN

El bienestar es un constructo al que se ha intentado dar respuesta a lo largo de la historia desde disciplinas tan dispares como la antropología o la religión. Desde estas disciplinas, el bienestar se ha relacionado con otros elementos como pueden ser el equilibrio, el deleite, el buen ánimo y hasta la sabiduría (Alarcón, 2000).

La Psicología también ha estado interesada en él a lo largo de su desarrollo como ciencia, siendo Freud probablemente el primero que lo abordó desde un punto de vista psicológico. En su formulación, consideró que el ser humano persigue fundamentalmente dos metas en su vida (Freud, 1929). La primera sería evitar el dolor, alejarse de toda fuente de dolor físico y emocional o de aquellas circunstancias que pueden ser aversivas para la persona. En la segunda, la meta es conseguir alcanzar el placer (o bienestar). Según este autor, se pueden encontrar dos tipos de bienestar: el bienestar egoísta, o aquel que tan solo trata de cubrir las necesidades y deseos personales, y el bienestar comunitario, que es el que persigue obtener el bienestar a través de la interacción con el resto de miembros del entorno (Freud, 1930).

El bienestar también se ha considerado como un rasgo de personalidad estable y permanente o como un estado transitorio y fácilmente modificable. En esta línea, Hernández y Valera (2001) proponen que es un sentimiento general que permite a la persona entender de manera positiva las diferentes situaciones que le ocurren en la vida. También Wilson (1967) pone en valor los factores de personalidad en el bienestar, entendiendo que una persona con un buen bienestar es una persona saludable, bien educada, que gana el suficiente dinero como para cubrir todas sus necesidades, joven, libre de preocupaciones, religiosa, optimista, extravertida, casada, de cualquier sexo y con una buena inteligencia.

En investigaciones recientes llevadas a cabo para el estudio del bienestar, se ha encontrado que éste se relaciona de modo directo con el optimismo, con el aumento de alegría, con la satisfacción, con el nivel de energía, con la mejora del sistema

inmunológico, con la dedicación al trabajo y con la salud mental (Moyano *et al.*, 2011). También ha sido positivamente asociado con la esperanza de vida (Retena-Franco & Sánchez-Aragón, 2010) y con la salud física (Piqueras *et al.*, 2011), y negativamente con la depresión (Cuadra-Peralta *et al.*, 2010).

Por último, el bienestar ha sido estudiado igualmente por la filosofía a partir de dos perspectivas distintas: hedónica y eudaimónica. La perspectiva hedónica (denominada actualmente como bienestar subjetivo) engloba la satisfacción con la vida en general y el afecto positivo y negativo (Diener, 1984). La perspectiva Aristotélica denominada Eudaimonismo (actualmente bienestar psicológico) incluye la autoaceptación, la autonomía, el crecimiento personal y las relaciones positivas con otros (Ryff & Keyes, 1995). Estas dos perspectivas filosóficas ejercen una gran influencia en el estudio psicológico del bienestar en la actualidad.

En el resto del capítulo se van a desarrollar las dos posiciones filosóficas del bienestar (hedónica y eudaimónica) en su relación con la psicología, sus principales modelos y representantes, sus instrumentos de medida y la relación entre cada posición con la salud, la sintomatología física y psicológica y el rendimiento académico.

2. DEFINICION DEL BIENESTAR DESDE LAS PERSPECTIVAS HEDÓNICA Y EUDAIMÓNICA

2.1. Perspectiva hedónica o bienestar subjetivo

Desde la visión filosófica hedónica se sostiene que lo que es bueno para una persona es la presencia de placer, sensaciones y emociones positivas y la ausencia de dolor y emociones negativas (Vázquez *et al.*, 2009). Esta perspectiva hedonista es considerada por la psicología como bienestar subjetivo, entendiendo como tal un estado subjetivo que experimenta la persona y que podría diferenciarse en dos dimensiones: la dimensión emocional y la dimensión cognitiva. Esta forma de considerar el bienestar está en la base de las investigaciones realizadas por Seligman (2007), Diener y Biswas (2008), Lyubomirsky (2008) y Myers (2010). Según lo investigado por estos autores, la dimensión emocional incluiría las emociones agradables y positivas -como la alegría- y las emociones desagradables o negativas -como el miedo-, aunque dejan claro que debe de haber un claro predominio de las emociones positivas sobre las negativas. Por su parte, la dimensión cognitiva es la que incluye una evaluación y un juicio general de cómo nos

va en nuestra vida; cuando la evaluación es positiva nos sentimos felices y satisfechos con la vida, en caso contrario nos sentimos desafortunados e insatisfechos. La evaluación también se puede dar en áreas concretas de nuestra vida, como el trabajo, la pareja, el dinero, las aficiones, etc.; si la evaluación en esa área es positiva, experimentamos satisfacción, en caso contrario no la experimentamos. Empleando ecuaciones estructurales, Headey *et al.*, (1993) desarrollaron modelos de bienestar subjetivo que contemplaban ambas dimensiones (emocional y cognitiva). Encontraron que la dimensión cognitiva y afectiva estaban relacionadas y que era más relevante para el bienestar subjetivo la proporción de afecto-cognición combinada que cada dimensión por separado.

A continuación, se desarrollarán algunas propuestas sobre el bienestar subjetivo realizadas por tres autores relevantes en el estudio de este concepto. Nos estamos refiriendo a las aportaciones de Ferran Salmurri, Sonja Lyubomirsky y Barbara Fredrickson.

Para Salmuri (2004) el bienestar subjetivo es un sentimiento, un estado de ánimo representado por emociones de agrado, placer y satisfacción. Según el autor, somos felices cuando nos sentimos bien con nosotros mismos y con nuestro entorno. Además, considera que hay 5 elementos que influyen en el sentimiento de bienestar subjetivo: autoestima, control comportamental, control emocional, estilo cognitivo positivo y relaciones adecuadas con los demás. La autoestima es considerada como la valoración positiva o negativa de uno mismo. El control sobre nuestra conducta alude al hecho de saber actuar adecuadamente, en función de los objetivos propuestos y de acuerdo con la conducta deseada, en las diferentes situaciones de la vida. El control emocional hace referencia a manejar las emociones negativas tratando de transformarlas en emociones positivas que ayuden a la persona a conseguir sus metas. El estilo cognitivo positivo consiste en fomentar el pensamiento positivo. Por último, las relaciones adecuadas con los demás se basan en el énfasis por establecer relaciones satisfactorias y positivas con las demás personas. El autor establece un perfil de bienestar subjetivo en función de las puntuaciones en los 5 elementos: cuanto mayor es la puntuación en autoestima, control conductual y emocional, mejores son las relaciones con los demás y más positivo es el estilo mental.

Una de las científicas que más ha aportado en la investigación del bienestar subjetivo es Sonja Lyubomirsky, que ha definido el bienestar destacando los aspectos de

experiencia y sensación (Lyubomirsky, 1999). En concreto, considera que el bienestar subjetivo alude a la experiencia de alegría, satisfacción o bienestar positivo que nos produce la sensación de saber que la vida nos va bien y tiene sentido. Sonja Lyubomirsky (2008) ha comprobado en sus estudios que el 40% de la sensación de bienestar está supeditado a las actividades deliberadas que realizamos en el día a día; es decir, el 40% del bienestar subjetivo está bajo nuestro control. De este modo, estima que aumentar el bienestar subjetivo a corto plazo es relativamente fácil, solo hace falta aumentar las actividades deliberadas que nos proporcionan placer (Lyubomirsky, 2005). En cambio, conseguir que el bienestar subjetivo sea sostenible en el tiempo es más complicado. Para ello, propone una serie de factores que nos pueden ayudar, tales como: aumentar las emociones positivas, aprender a disfrutar del momento presente, tener buenas relaciones con los demás, tener una adecuada motivación de esfuerzo y compromiso y tener hábitos de vida saludables como hacer ejercicio, buena alimentación, descansar bien, etc. (Lyubomirsky, 2008).

En tercer lugar, Barbara Fredrickson (2013) afirma que el bienestar es experimentar emociones positivas de forma diaria. La autora se ha basado en su experiencia con infinidad de personas para centrarse en el estudio de diez emociones positivas que fomentan el bienestar subjetivo, considerando que éstas son las más comunes y las que probablemente más influyen a diario. Estas emociones son la alegría, la gratitud, la tranquilidad, el interés, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración, la admiración y el amor. Brown *et al.* (2013) han encontrado que las personas que experimentan emociones positivas a diario tienen una mejor salud mental. Estos mismos resultados han sido replicados por Diehl *et al.* (2011) y Fredrickson (2013).

Los instrumentos más utilizados para la medida del bienestar subjetivo son la Escala de Satisfacción con la Vida y las Escalas de Afecto Positivo y Negativo.

La Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) de Diener *et al.* (1985) (versión española de Pons *et al.*, 2000) mide el grado de satisfacción general que la persona tiene con su vida. Es una escala unidimensional de cinco ítems positivos, que se responden con una escala Likert de cinco puntos (totalmente de acuerdo = 5; de acuerdo = 4; indiferente = 3; en desacuerdo = 2 y totalmente en desacuerdo = 1). Diener *et al.*, (1985) encontraron un valor de .82 para la fiabilidad test-retest del instrumento, así como un valor de .87 para la consistencia interna. La versión española muestra datos parecidos a la original,

encontrando un resultado de .84 para la fiabilidad test-retest y de .86 para la consistencia interna (Pons *et al.*, 2000).

Las Escalas de Afecto Positivo y Negativo de Watson *et al.* (PANAS) (1988) (versión española de Sandín *et al.*, 1999) están compuestas por dos factores de 10 ítems cada uno, diseñados para medir el afecto positivo y negativo de modo independiente. Los ítems se contestan en una escala tipo Likert de 0 a 4, donde el 0 significa nada en absoluto y el 4 totalmente. En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, se ha encontrado una consistencia interna que oscila entre .86 y .90 para la escala de afecto positivo y entre .84 y .87 para la escala de afecto negativo (Watson *et al.*, 1988). Las propiedades psicométricas de la versión española son similares a las encontradas en la escala original, con una consistencia interna entre .84 y .89 para el afecto positivo y entre .85 y .88 para el afecto negativo (Sandín *et al.*, 1999).

2.2. Perspectiva eudaimónica o bienestar psicológico

La perspectiva eudaimónica del bienestar se deriva del concepto de eudaimonia de Aristóteles (Ryan *et al.*, 2008). De acuerdo con la tradición aristotélica, eudaimonia se refiere a funcionar bien en la vida, en lugar de experimentar sentimientos positivos o hacer evaluaciones positivas de la vida (Keyes & Simoes, 2012). Esta tradición aristotélica implica un esfuerzo por alcanzar el más alto potencial humano, así como por comprometerse con actividades que son intencionales y de acuerdo con la virtud (Waterman, 2014). Según esta concepción el bienestar se logra viviendo la vida de forma plena y potenciando las fortalezas y virtudes psicológicas (Meléndez *et al.*, 2018).

Varios estudios muestran que las personas que planifican objetivos de acuerdo con sus valores y orientados a conseguir sus metas y necesidades demuestran más bienestar psicológico (Kasser & Ryan, 1996; Brunstein *et al.*, 1998; Sheldon & Elliot, 1999), mientras que factores como el sexo, el dinero y la inteligencia apenas tienen relevancia en el bienestar psicológico (Argyle, 1999; Myers, 2000; Diener & Seligman, 2004).

El estudio de la eudaimonia en psicología ha abarcado varios constructos diferentes y una multiplicidad de definiciones conceptuales y operacionales (Vittersó, 2016). En el apartado siguiente, vamos a desarrollar tres de las propuestas más relevantes de bienestar psicológico: la de Carol Ryff, la de Deci y Ryan y la de Seligman.

Carol Ryff considera que el funcionamiento humano óptimo es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas y placer. Plantea 6 dimensiones básicas para desarrollar el bienestar psicológico: Control ambiental, Crecimiento personal, Propósito en la vida, Autonomía, Autoaceptación y Relaciones positivas con otros (Ryff, Keyes, 1995). Por control ambiental la autora entiende la habilidad que tiene la persona para crear ambientes que le sean favorables para cubrir sus necesidades y satisfacer sus deseos. En el caso del crecimiento personal el sujeto debe poner el empeño en desarrollar sus talentos y habilidades con el objetivo de conseguir su máximo potencial. El propósito en la vida implica establecer metas y objetivos que doten a la vida de un sentido, de un significado y de un propósito. La autonomía consiste en mantener tu propia individualidad con respecto a las demás personas, tener confianza en tus convicciones y mantener la independencia y la autoridad personal. Por autoaceptación se entiende la aceptación incondicional de la propia persona, con sus fortalezas y con sus debilidades, además de generar actitudes positivas hacia uno mismo. Las relaciones positivas con las demás personas consisten en generar relaciones buenas y estables con otras personas. Ryff comprobó que las seis dimensiones se relacionan con mayores satisfacción vital y bienestar subjetivo, además de con una mejor salud física (Ryff, 1989, 1998).

Por su parte, Deci y Ryan (2000) plantean que el bienestar psicológico está directamente relacionado con tener o no cubiertas las necesidades de vinculación (necesidad de conectarse con otros seres humanos y sentirse querido y aceptado), competencia (necesidad humana de ejercitar nuestras habilidades y mejorarlas) y autonomía (necesidad que manifiestan las personas de tomar sus propias decisiones). Desde su punto de vista, estas necesidades son innatas, universales y fundamentales para el bienestar psicológico y para la salud. Así, tener cubiertas estas necesidades se asociaría con un mayor bienestar psicológico, mientras que no tenerlas se relaciona con más desajuste psicológico. En esta línea, Hollins y Foley (2013) realizaron una investigación con población estudiantil de educación física, en la que concluyeron que el estudiantado que tenía las necesidades de vinculación, competencia y autonomía cubiertas realizaba una percepción más positiva de su autoconcepto, se orientaba mejor hacia sus metas y se sentía más satisfecho. Estos mismos resultados fueron encontrados por Guzmán y García (2014) en una muestra de 303 profesionales del baile en España. Los resultados mostraron que las personas que tenían cubiertas sus necesidades de autonomía, competencia y

vinculación tenían una mejor visión de ellas mismas y de los demás, además de mostrar un mayor empeño y esfuerzo en sus prácticas de danza.

Por último, Seligman considera que el bienestar psicológico depende de tres vías: la vida placentera, la vida comprometida y la vida con sentido. En este modelo, los tres niveles se relacionan de forma jerárquica, estando la vida placentera en el nivel inferior, la vida comprometida en el nivel intermedio y la vida con sentido en el nivel superior. Para Seligman (2002), aunque todos los niveles aportan bienestar psicológico, es muy importante esforzarse para conseguir potenciar los niveles de compromiso y vida con sentido ya que son los que más bienestar psicológico duradero generan (Seligman, 2009). Para completar este modelo Seligman (2011) introduce posteriormente dos nuevas vías que son importantes para el desarrollo del bienestar psicológico: el logro y las relaciones positivas. El logro implica establecer metas que nos motiven y que nos ayuden a sentirnos competentes y con autonomía. En cuanto a las relaciones positivas, el autor considera que es muy importante para el bienestar desarrollar la amistad y el amor, estableciendo relaciones sanas, positivas y duraderas con otras personas.

Con estas dos nuevas aportaciones, el autor, formula una teoría dimensional, dinámica y objetiva que persigue el crecimiento personal para conseguir una vida mejor. De esta forma el constructo del bienestar psicológico pasaría a estar compuesto por cinco elementos que formarían la palabra PERMA (por sus siglas en inglés Positive Emotion (emociones positivas), Engagement (compromiso), Relationships (relaciones positivas), Meaning and Purpose (significado y propósito) y Accomplishment (logro)). Estos cinco elementos del bienestar deben cumplir con tres características: que contribuyan al bienestar, que lo busquen por sí mismo y no para satisfacer alguno de los otros, y que sea independiente de los dos anteriores.

En un estudio realizado por Asebedo y Seay (2014) con 26.000 personas jubiladas en los EEUU, se comprueba la relación entre los elementos del modelo PERMA y el bienestar en las personas jubiladas. Los resultados encontrados muestran una asociación positiva entre los cinco elementos del modelo y el bienestar psicológico de los jubilados. Estos mismos resultados fueron encontrados en la investigación realizada por Hernández (2017) con personas ingresadas en un centro de mayores, con correlaciones altas y significativas entre todas las dimensiones del modelo PERMA y la percepción de salud.

La forma más común y sencilla de medir el bienestar psicológico es mediante autoinforme, preguntando a las personas si se sienten felices y en qué medida lo consideran. Tres de los instrumentos más usados desde esta perspectiva son: la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, el Inventario de Fortalezas de Seligman y Peterson y la Escala de Felicidad de Oxford.

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) (PWBS) ha sido adaptada al castellano por Díaz *et al.* (2006). Evalúa las 6 dimensiones que expone en su concepción del bienestar: autoaceptación, dominio del ambiente, propósito en la vida, relaciones positivas con los demás, crecimiento personal y autonomía. Los 39 ítems (6 para autoaceptación; 6 de relaciones positivas con otros; 8 para autonomía; 6 de dominio del ambiente; 7 para el crecimiento personal; 6 del propósito en la vida) se evalúan en una escala tipo Likert de 0 a 6, donde el 0 refleja muy en desacuerdo y el 6 totalmente de acuerdo. La versión original muestra buenas propiedades psicométricas, oscilando la consistencia interna de sus 6 escalas entre .60 y .80 (Ryff, 1991). La consistencia interna para la versión española oscila entre .70 y .84 (Díaz *et al.*, 2006).

En 1999 Peterson, Seligman, Csikszentmihalyi y Diener se propusieron desarrollar en profundidad la Psicología que se centraba en los aspectos positivos de las personas. Este llevó a Seligman y Peterson en el año 2004 a proponer una taxonomía de 24 fortalezas que recogieron en el Inventario de Fortalezas VIA.

El Inventario de Fortalezas de Seligman y Peterson (2004) (VIA), adaptado al castellano por Giménez (2010), va dirigido a evaluar las 24 fortalezas del carácter. Estas 24 fortalezas son agrupadas en 6 virtudes (según la clasificación de Fortalezas y Virtudes del Carácter de Peterson y Seligman, 2004). Las virtudes son: sabiduría y conocimiento (incluye las fortalezas de creatividad, curiosidad, apertura mental, amor y perspectiva), coraje (recoge las fortalezas de integridad, valentía, persistencia y vitalidad), humanidad (con las fortalezas de bondad, amor e inteligencia social), justicia (incluye las fortalezas de imparcialidad, liderazgo y ciudadanía), moderación (contiene las fortalezas de misericordia, humildad, prudencia y autorregulación) y trascendencia (con las fortalezas de apreciación de la belleza, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad). El cuestionario consta de 240 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “muy diferente a mí” y 5 “muy parecido a mí”. En un estudio realizado por las personas autoras con más de 4000 participantes se ha encontrado que son 5 fortalezas las que se relacionan

de forma más consistente con la satisfacción con la vida: gratitud, optimismo, entusiasmo, curiosidad y capacidad de amar y de ser amado (Peterson & Seligman, 2004). En su versión original, el inventario muestra buenas propiedades psicométricas, oscilando la consistencia interna entre .62 y .88 en función de la subescala (Raimundi *et al.*, 2015). Las propiedades psicométricas para la adaptación española muestran una consistencia interna que oscila entre .60 y .86 en función de la subescala (Giménez, 2010).

Conjuntamente a los cuestionarios propuestos anteriormente para medir el bienestar psicológico, en este apartado se va a incluir la escala de felicidad de Oxford ya que es un instrumento que se utiliza para medir tanto aspectos del bienestar psicológico como del bienestar subjetivo, además de ser el instrumento que se ha utilizado para medir la felicidad en esta tesis.

La Escala de Felicidad de Oxford (OHI) (Argyle *et al.*, 1989), mide los aspectos motivacionales-conductuales (tendencia a socializar, capacidad de gozar de las gratificaciones), afectivos (buen estado de ánimo, calma), cognitivos (optimismo, visión positiva del yo y del futuro) y fisiológicos (capacidad para dormir bien, vitalidad, apetito normal) de la felicidad individual. Dispone de 29 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 6 puntos, que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (6). Su versión original presenta buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .90 (entre .92 y .86 en función de la subescala) y una buena fiabilidad test-retest, con un índice de .78 (entre .83 y .74 en función de la subescala) (Hills & Argyle, 2002).

3. BIENESTAR SUBJETIVO Y PSICOLÓGICO, SALUD Y SINTOMATOLOGÍA FÍSICA Y PSICOLÓGICA

El bienestar subjetivo y el bienestar psicológico se han convertido en elementos importantes en las evaluaciones que se les practica a los pacientes que sufren o han sufrido problemas de salud. Las intervenciones que se han llevado a cabo dentro de la Psicología Positiva para mejorar la salud física y psicológica han combinado componentes del bienestar subjetivo y del bienestar psicológico para aumentar los sentimientos, los comportamientos y los pensamientos positivos (Hendriks *et al.*, 2019).

Son muchos los estudios que informan de una relación positiva entre el bienestar subjetivo y la salud física en distintas poblaciones (Brattberg, 1994; Hahtami *et al.*, 1994; Mohammadkhani, 2011). Con la población adolescente en concreto, se ha comprobado que aquéllos que sufren problemas de salud física, como migrañas, dolores de cabeza o estómago, presentan menos bienestar subjetivo que los que no presentan esos problemas de salud (Langevald *et al.*, 1996). Además, estos resultados se encuentran en distintos países. Así, en un estudio realizado con 4914 adolescentes de Carolina del Sur (EEUU), se comprobó que el número de días que se estaba enfermo durante el último mes estaba relacionado con un menor bienestar subjetivo, siendo independiente de factores como la raza o el género. También parece que cuanto más bajo era el bienestar subjetivo mayor era el número de días en los que se presentaban problemas de salud (Zullig *et al.*, 2005). Igualmente, en una muestra de adolescentes finlandeses (Katja *et al.*, 2002) se ha encontrado que la valoración que hace la población adolescente de su propia salud (muy buena, buena, regular o mala) explica alrededor del 50% de la varianza del bienestar subjetivo. Por último, estos resultados también se han hallado con población española (Videra-García & Reigal-Garrido, 2013), con una muestra de 1648 adolescentes con edades entre 14 y 16 años, relacionándose directamente el bienestar subjetivo con la salud física percibida.

El bienestar psicológico ha ido ganando relevancia en los últimos años en las investigaciones realizadas con la salud física en distintas poblaciones (Steel *et al.*, 2008). Además, se ha encontrado una relación más alta, fuerte y consistente con la salud física que entre ésta y el bienestar subjetivo (Vázquez & Castilla, 2007). En el mismo sentido, en un trabajo realizado con población adulta, se ha informado de que el bienestar psicológico está relacionado con menos problemas cardiovasculares, ya que las personas que muestran un alto bienestar psicológico tienen menos colesterol, menos cortisol en sangre a lo largo del día y mejor regulación endocrina (Ryff *et al.*, 2004). Igualmente, parece que el bienestar psicológico es un elemento que protege a los sujetos de sufrir los efectos adversos (ansiedad, fobias, síntomas depresivos...) que pueden producir las situaciones o experiencias negativas de la vida diaria (Fredrickson, 2009). En cuanto al grupo de adolescentes, se ha hallado también que este tipo de bienestar se relaciona de forma directa con la salud física, mostrando que las personas adolescentes que mantienen relaciones positivas con otras personas y se muestran autónomas y seguras de sí mismas informan de una mejor salud física percibida (Quinceno *et al.*, 2014).

En lo que respecta a los síntomas psicopatológicos, una de las relaciones más estudiadas con el bienestar subjetivo son los síntomas depresivos (Viera *et al.*, 2006; Hasheminia *et al.*, 2014). En un estudio realizado con población adulta por Pavez *et al.* (2012) se concluye que el bienestar subjetivo es un factor protector con respecto a los síntomas depresivos y la ansiedad, debido a que la experimentación de emociones positivas les previene de sufrir ansiedad y síntomas depresivos, además de estar inversamente relacionado con estos últimos síntomas (Mella *et al.*, 2004). En el caso de la adolescencia, el abandono de la confortable infancia y niñez por parte de la persona adolescente le permite hacer una valoración más realista de sí misma. Esta valoración puede producir interpretaciones negativas que le lleven a aumentar los síntomas depresivos, el consumo de sustancias tóxicas, los problemas en sus relaciones familiares e incluso la probabilidad de suicidio (según la OMS representa la cuarta causa de muerte entre la población adolescente) (Franko *et al.*, 2005). Por otra parte, se ha encontrado una relación significativa entre una buena relación del adolescente con sus familiares y una mayor satisfacción y un menor número de síntomas depresivos (Parke, 2004). Una comunicación fluida y afectiva entre los miembros de la familia aumenta la satisfacción del adolescente y dificulta la aparición de síntomas depresivos; en cambio, un clima de conflicto y enfrentamiento reduce la satisfacción y aumenta los síntomas depresivos (Velásquez *et al.*, 2009). Esta relación también se ha comprobado entre la satisfacción, las relaciones de la persona adolescente con sus profesores/as y con sus compañeros y compañeras de clase y los síntomas depresivos (Meehan *et al.*, 2003). Así, el apoyo y respeto del profesorado y de las compañeras y los compañeros de clase aumenta la satisfacción de la persona adolescente y previene la aparición de síntomas depresivos; por el contrario, un trato indiferente por parte del profesorado y de rechazo y exclusión por parte de los compañeros y las compañeras de clase disminuye el bienestar y favorece el desarrollo de síntomas depresivos (Estévez *et al.*, 2006).

Además de los síntomas depresivos, también se han encontrado correlaciones con otras variables psicológicas. Por ejemplo, en diversos trabajos se ha encontrado una fuerte correlación positiva en satisfacción y autoconcepto (Goñi *et al.*, 2004). Asimismo, se ha encontrado una asociación entre el bienestar subjetivo y otras variables: como la experimentación de emociones positivas (Pelechano *et al.*, 2005) o las relaciones con los demás (Heaven, 1989; Huebner, 1991; Leung & Leung, 1992; Terry & Huebner, 1995; Dew & Huebner, 1994; Leung & Zhang, 2000). En referencia a las relaciones familiares

en el periodo de la adolescencia, éstas parecen ser más relevantes para el bienestar que las experiencias que se producen en el contexto escolar, que las relaciones que se producen en la relación con otras personas adolescentes o que las condiciones demográficas (Dew & Huebner, 1994); así, las personas adolescentes con un mayor bienestar subjetivo expresan tener mejores relaciones con sus progenitores (Gilman & Huebner, 2006; Suldo & Huebner, 2006).

La relación entre el bienestar psicológico y los síntomas psicopatológicos se ha comprobado asimismo en diversos estudios, en los que se ha resaltado que las personas con un mayor bienestar psicológico sufren menos síntomas de ansiedad y depresión, tienen mejores evaluaciones personales, un mejor dominio de las circunstancias y unas buenas relaciones con los demás (Ryff & Keyes, 1995; Veenhoven, 1995). En lo que respecta a la población adolescente, se ha comprobado que aquellos con un menor bienestar psicológico exhiben más problemas de salud mental, ansiedad, depresión y estrés (Guterman *et al.*, 2002); además, adoptan con más facilidad el papel de víctimas, dificultando así su integración escolar (Rigby, 2000). Otro factor relacionado con el bienestar psicológico en población adolescente es el familiar, donde se ha comprobado que un ambiente familiar rígido, autoritario y con muchas dificultades en la comunicación puede producir en este estrés, ansiedad y síntomas depresivos que disminuyen su bienestar psicológico, además de poder dificultar su adaptación e integración tanto en el contexto familiar como en el escolar (López *et al.*, 2005).

4. BIENESTAR SUBJETIVO Y PSICOLOGICO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

El hecho de sentirse bien es un factor protector muy importante durante el periodo de la adolescencia. Si el estudiantado se siente bien con el ambiente escolar mejora su rendimiento académico, su autoestima, su motivación y se reducirá la probabilidad de realizar conductas de riesgo (Bonny *et al.*, 2000). Por el contrario, si no se siente bien aumenta la probabilidad de absentismo, de conductas problemáticas como fumar o beber y de fracaso escolar (Nutbeam *et al.*, 1993; Lindberg & Swanberg, 2006).

Parece que los factores que pueden incidir en el desarrollo del bienestar subjetivo de la persona adolescente son las interacciones con los demás, los continuos procesos de evaluación y las exigencias del aprendizaje, entre otros (Diener, 1984).

En este sentido, Suldo *et al.* (2006) han realizado una revisión sobre diferentes trabajos que han analizado la relación entre el bienestar subjetivo y diferentes variables asociadas con el ámbito escolar, tales como: satisfacción con el colegio, apoyo del profesorado, inteligencia, rendimiento académico y competencia académica percibida, encontrando que el bienestar subjetivo está directamente relacionado con la satisfacción con el profesorado y el colegio, con el rendimiento académico y con la competencia académica percibida. En otro estudio, realizado por Kelsch (1999) en la Universidad de Pennsylvania con chicas adolescentes, se encontró que había una relación positiva entre el rendimiento académico y la autoestima, la satisfacción personal y el bienestar subjetivo. Otro estudio sobre el bienestar subjetivo, la satisfacción en el colegio y el optimismo realizado con niños en Palestina demostró que los pequeños palestinos que se sienten más satisfechos en el colegio tienen una mayor percepción de bienestar y se muestran más optimistas con respecto al futuro y a su rendimiento (Guido *et al.*, 2011).

En cuanto a las relaciones con otros adolescentes, se esperaba que fuese un factor que afectase especialmente a la satisfacción con el colegio, pero los resultados encontrados muestran que no es un componente tan relevante como se esperaba (Samdal *et al.*, 1998; Konu *et al.*, 2002; Natvig *et al.*, 2003). De hecho, las relaciones con los demás compañeros y compañeras del colegio no siempre son fuente de satisfacción para el adolescente, convirtiéndose a veces en una fuente de problemas y conflictos (Ferrer-Planchart, 2021).

En lo que respecta al bienestar psicológico y el rendimiento académico, estudios como el de Oliver (2000) muestran una relación importante entre éstas dos variables. Según el autor, la persona estudiante de secundaria que tiene un mayor bienestar psicológico muestra menos burnout, más autoeficacia y satisfacción asociadas con el estudio y menos posibilidad de abandonar los estudios. Por su parte, también en el estudio de Velásquez *et al.* (2008) se encontró una relación directa y significativa entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico en estudiantes de secundaria. Esta misma relación se ha encontrado asimismo en estudios realizados en España, tanto en

CAPITULO 3. BIENESTAR, SALUD/ENFERMEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

estudiantes de educación secundaria (Martínez-Antón *et al.*, 2007) como en estudiantes universitarios (Salanova *et al.*, 2005).

CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes retos que tiene el sistema educativo español es disminuir el gran aumento del fracaso escolar y el abandono de los estudios antes de finalizar la Educación Secundaria Obligatoria. Según el último informe PISA de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2020), aproximadamente el 25% del alumnado de España no tiene las habilidades necesarias en matemáticas, ni el 20% las poseen en lengua, por lo que será difícil que este alumnado participe en la sociedad de forma eficaz y provechosa. En lo que respecta a la tasa de abandono, nuestro país tiene una de las tasas más altas de toda la Unión Europea (sólo superada por Malta), acercándose al 25%. Esto significa que, aproximadamente, uno de cada 4 estudiantes no acaba sus estudios obligatorios de la ESO (Ministerio de Educación y Ciencia, 2020). Si tenemos en cuenta que el título en ESO es fundamental para el acercamiento al mundo universitario y laboral, se puede convertir en un problema social. Estas altas tasas de jóvenes en desempleo pueden desembocar en una situación de exclusión social y, en último término, pueden afectar a la salud física y psicológica de la población adolescente (Dowrick & Crespo, 2005). Este preocupante fenómeno ha llevado a la comunidad educativa a indagar con respecto a cuáles son los factores que están implicados en el ajuste académico del alumnado.

Además de las dificultades relacionadas con el rendimiento, la adolescencia es una época sensible a sufrir otros conflictos, tales como: problemas en las relaciones familiares y con los iguales, aumento de los síntomas depresivos, dificultades en el manejo de las emociones y problemas en la alimentación (Franko *et al.*, 2005).

Según informa Guerra (1993), existe una relación positiva entre el rendimiento y la cohesión en el hogar, la buena relación entre sus miembros, el bajo nivel de conflicto y una buena organización familiar. Estos datos son avalados igualmente por los resultados de las investigaciones realizadas por Barca *et al.* (2000) y Álvarez-Muñoz. (2021), en las que se demuestra que la familia tiene efectos directos en el rendimiento académico en la adolescencia. Si el ambiente familiar es bueno y organizado la persona adolescente muestra mejor rendimiento que si no lo es (Gallardo-Vera, 2020). Además, un ambiente

familiar bien organizado puede ayudar al adolescente a prevenir desordenes afectivos (Marchesi, 2003).

La sintomatología depresiva es igualmente importante en la adolescencia, influyendo también en la salud y en el rendimiento. La depresión en la adolescencia es de aproximadamente el 8% (Vargas *et al.*, 2020) y tiene una relación directa con el sentimiento de falta de capacidad para afrontar el trabajo en la escuela, con un pobre desempeño escolar –incluso en asignaturas tan importantes como lengua y matemáticas– (Campo *et al.*, 2005) y con expectativas negativas acerca del éxito académico (Buela *et al.*, 2001). Por último, la depresión también está asociada con un mayor consumo de sustancias (alcohol y drogas) y con un aumento de las conductas suicidas (Naicker *et al.*, 2013).

En cuanto al papel que desempeña el manejo de las emociones con respecto a la salud y el rendimiento de la población adolescente, un creciente campo de investigación ha estudiado la relación entre la mala regulación emocional y el desajuste durante la infancia y adolescencia, encontrado correlaciones negativas entre el buen manejo de las emociones y la mala salud y rendimiento (Cichetti & Cohen, 2006; Eisenberg *et al.*, 2011). En general, los resultados de la investigación parecen señalar que la falta de regulación emocional puede dañar el funcionamiento normal y contribuir al desarrollo de la psicopatología y el bajo rendimiento. Cuando no se tiene un buen manejo de las emociones se pueden utilizar estrategias inadecuadas en la alimentación, como un menor consumo de alimentos saludables y un abuso de alimentos procesados. También pueden aumentar los conflictos en las relaciones con los demás, tanto en el contexto escolar como familiar. Además, se puede dificultar la adecuada solución de problemas (Eisenberg *et al.*, 2011).

Por último, en la adolescencia también se produce un incremento de los problemas relacionados con la alimentación, como la bulimia y la anorexia nerviosa (Aragón, 2020). Uno de los factores que parecen estar asociados con los problemas en la alimentación es la insatisfacción que manifiesta la persona adolescente con su cuerpo, especialmente las chicas (Rohde *et al.*, 2015). Esta insatisfacción con el cuerpo puede llevarlas a realizar dietas severas y a comportamientos alimentarios desordenados (atracones, purgas, etc.) que pueden alargarse hasta la adultez temprana y afectar a su salud y rendimiento (Neumark *et al.*, 2011).

A raíz de todos estos datos, durante las últimas décadas ha ido en aumento la investigación y aplicación de programas de intervención centrados en el desarrollo personal, emocional y social de los y las adolescentes en diversas partes del mundo, siendo EEUU uno de los focos principales. Estos programas ayudan a prevenir los problemas de salud y de rendimiento y favorecen el aumento de la satisfacción y el bienestar de la población adolescente, así como un mejor ajuste al medio familiar, social y escolar (Catalano *et al.*, 2004; Hahn *et al.*, 2007; Payton *et al.*, 2008).

Del mismo modo, distintas revisiones y meta-análisis (Detan-Genebrozo, 2020; Durlak & Wells, 1997; Greenberg *et al.*, 2003; Wilson *et al.*, 2003) han descrito importantes beneficios para la población adolescente que han participado en este tipo de programas, tanto para mejorar el rendimiento como la salud. Entre los beneficios más encontrados están la mejora en las habilidades sociales, la autoestima, el manejo de las emociones, el desempeño escolar y la reducción de las conductas adictivas y comportamientos disruptivos.

En definitiva, la investigación apoya de una manera sólida que implementar un programa de intervención en la escuela ayuda mucho al adolescente en su éxito académico y personal.

En el ámbito de la Psicología Positiva, investigadores como Seligman, Peterson, Diener, Linley y Csikszentmihalyi han desarrollado durante las dos últimas décadas diversas intervenciones dirigidas a la adolescencia, con el objetivo de desarrollar las fortalezas personales, aumentar las emociones positivas, mejorar el bienestar, fomentar el optimismo, aumentar la satisfacción con la vida y promocionar el cambio personal y el crecimiento (Gilboy, 2003; Fredrickson, 2004; Vázquez, 2009; Seligman, 2011; García-Álvarez *et al.*, 2019). Aunque los estudios realizados no son suficientes para establecer relaciones causa-efecto de modo consistente, sí se han desarrollado muchos programas de intervención en todo tipo de poblaciones y en todo tipo de contextos. Estos programas de intervención se han mostrado eficaces para mejorar los síntomas depresivos, el estrés, la ansiedad y el rendimiento (Diener & Seligman, 2002; Csikszentmihalyi & Hunter, 2003; Diener *et al.*, 2003; Park *et al.*, 2004; Linley *et al.*, 2006; Martínez, 2006).

Entre estas intervenciones encontramos la realizada por Rajan y Easvaradoss (2013) con 120 adolescentes (60 chicos y 60 chicas) entre 14 y 16 años. En esta investigación el grupo experimental recibió un entrenamiento de 8 horas para fomentar la

alegría, expresar gratitud, cultivar optimismo, construir relaciones sanas, aprender a perdonar, establecer metas y gestionar el tiempo. Los resultados encontrados señalaron mayores puntuaciones de los participantes del grupo experimental en felicidad, perdón y gratitud. Estas intervenciones de Psicología Positiva también se han realizado de forma online, como ha sucedido con la investigación realizada por Sergeant y Mongrain (2015), en la que se entrenó a 466 sujetos con edades comprendidas entre los 20 y los 44 años (todos de habla inglesa) en un programa de Psicología Positiva. Este programa se centró en promover la autoeficacia y una perspectiva optimista. Los resultados encontrados muestran que esta intervención es eficaz para promover ambos elementos, demostrando que intervenciones en Psicología Positiva online ayudan también a mejorar el bienestar psicológico de las personas que participan en ellas.

Derivado de todo lo anterior, en este capítulo se efectuará una revisión de los programas más importantes realizados con adolescentes en el ambiente escolar, tanto en España como en otros países del mundo. Se comenzará con los programas más generales que se han llevado a cabo para mejorar la adaptación de la persona adolescente buscando la reducción de los síntomas y/o el desarrollo de habilidades y destrezas. Seguidamente se expondrán los programas cuyo objetivo es fomentar el bienestar. Para finalizar, se explicarán los programas que pretenden mejorar el estilo explicativo optimista. El orden de presentación de los programas será cronológico, comenzando por los más antiguos y terminando con los más actuales. Dentro de cada programa se describirán los contenidos, qué se quiere modificar, cuáles son sus principales aportaciones y déficits y cuál es la eficacia del programa en las distintas variables que pretende modificar.

2. PROGRAMAS PARA MEJORAR LA ADAPTACIÓN DEL ADOLESCENTE

Son muchos los programas que se han realizado a lo largo de los últimos años para mejorar la adaptación del adolescente tanto al medio escolar como a la vida en general. Por una parte, se ha intentado conseguir esta adaptación reduciendo los síntomas que la persona adolescente puede experimentar. Por otra, se ha buscado mejorar la adaptación a través del desarrollo de ciertas habilidades y destrezas básicas. Relacionado con esto, en este apartado se presentarán tres tipos de programas. En primer lugar, se expondrán brevemente algunos programas de intervención que se han mostrado eficaces para reducir

el estrés, la ansiedad y/o los síntomas depresivos de la población adolescente. En segundo lugar, se muestran algunos programas que se han demostrado eficaces para fomentar las habilidades sociales y de negociación. Por último, se presentan algunos programas eficaces para desarrollar habilidades o destrezas básicas para la vida.

2.1. Programas para reducir el estrés, la ansiedad y/o los síntomas depresivos

El primero de los programas que se presenta ha ido dirigido a reducir los niveles de estrés del adolescente (Clarke *et al.*, 1995). Más concretamente, pretende modificar pensamientos desadaptados, afrontar estados de ánimo negativos, vencer la pasividad en la solución de problemas, desarrollar las habilidades sociales y mejorar la autorregulación de la respuesta fisiológica de tensión. El programa se ha mostrado eficaz para reducir el estrés en general, además de para mejorar la pasividad y las habilidades sociales y reducir los pensamientos desadaptados.

Un segundo programa que se ha mostrado igualmente eficaz para mejorar la adaptación de la población adolescente es el denominado “Entrenamiento para adolescentes” de Young y Mufson (2003). Sus objetivos fundamentales se han centrado en prevenir los síntomas de estrés, ansiedad y depresión mediante el desarrollo y mejora de las habilidades de escucha y de comunicación. De modo general, el programa se ha mostrado eficaz para prevenir el estrés y los síntomas de ansiedad y depresión; además, el entrenamiento reduce las disputas interpersonales y mejora los déficits interpersonales y las habilidades sociales y de comunicación (Young & Mufson, 2012).

Otro programa eficaz para lograr los objetivos descritos ha sido el programa de solución de problemas para la vida de Spence *et al.* Este programa está dirigido a adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 15 años y su objetivo era dotar a las personas participantes de recursos para prevenir los síntomas depresivos. Cuenta con 8 sesiones grupales de 50 minutos, en las que se entrena el cambio de pensamiento (reestructuración cognitiva) y la resolución de problemas, dedicando 4 sesiones a cada uno de estos aspectos. En las cuatro sesiones de reestructuración cognitiva se enseña a los participantes a identificar sus pensamientos irracionales y a ver la relación que tienen con sus emociones. Posteriormente, se les ayuda a cambiar esos pensamientos irracionales para modificar las emociones que producen. En las cuatro sesiones de resolución de

problemas, se entrena a las personas participantes para que aprendan a resolver los conflictos y problemas desde una perspectiva positiva. Los autores probaron la eficacia del programa con 1.500 adolescentes y los resultados señalaron una disminución significativa de los síntomas depresivos en adolescentes con alto riesgo de sufrir depresión. Estos resultados no se mantuvieron tras el periodo de seguimiento de 6 meses. Además, la aplicación del programa por profesores produjo unos efectos inferiores a los conseguidos por los autores del programa, probablemente por la falta de formación técnica del profesorado (Spence *et al.*, 2006).

2.2. Programas para mejorar las Habilidades Sociales y de Negociación

En este apartado se destacarán los programas centrados específicamente en la mejora de las habilidades sociales de la persona adolescente, como el programa para la enseñanza de habilidades de negociación, asertividad y cooperación. Este es un programa de educación social y afectiva, y está diseñado para adolescentes con edades comprendidas entre los 9 y 14 años. Fue elaborado por Trianes y Muñoz (Trianes, 1994, 1996, 2001) para promover la competencia social y resolver los conflictos que surgen con los demás, como un elemento protector contra la violencia en el colegio.

Para conseguir sus objetivos se centra en el aprendizaje de estrategias de negociación, cooperación y asertividad. Dispone de 54 ejercicios, contenidos en tres módulos, y dirigidos concretamente a mejorar el ambiente de la clase, solucionar los problemas con el resto de estudiantes -utilizando el dialogo y la negociación- y aprender estrategias para colaborar y ayudar a otras personas.

En general, el programa produce resultados positivos en las personas participantes (Trianes *et al.*, 2001; Trianes *et al.*, 2002). En concreto, los resultados obtenidos cuando se evalúa su eficacia indican mejoras: en el ambiente de la clase y del centro, en la competencia social de las personas adolescentes y en la convivencia y las relaciones sociales (Trianes *et al.*, 2003). En definitiva, parece ser un instrumento muy útil para que el profesorado pueda prevenir (promoviendo las relaciones sociales y la solución pacífica de conflictos) e intervenir en los conflictos antes de que se llegue a la violencia o al deterioro de las relaciones.

Otro programa eficaz es el “Programa de enseñanza de habilidades de interacción social” de Monjas (2004). Este programa pretende modificar las interacciones básicas del adolescente en contextos cotidianos, tanto con sus iguales como con personas adultas, para que éstas sean positivas y satisfactorias. También intenta fomentar un estilo comunicativo asertivo, basado en defender sus ideas e interés respetando los de los demás, y una solución de problemas constructiva y positiva. Los resultados encontrados muestran que el programa es eficaz para mejorar las interacciones con los iguales y con los adultos, para promover un estilo comunicativo asertivo y para generar un estilo de solución de problemas más constructivo.

2.3. Programas para Fomentar Destrezas Básicas para la Vida

El programa “adolescente ingenioso” pretende dotar al adolescente de recursos para que afronte su vida escolar, familiar y personal. Este programa fue diseñado por Shochet *et al.* en el año 2001 y cuenta con tres módulos de promoción de recursos: personal, familiar y escolar. Va dirigido a adolescentes con edades que oscilan desde los 12 a los 15 años y se emplea un total de 33 sesiones grupales semanales que tienen una duración aproximada de 50 minutos.

En las 11 sesiones del programa, dirigidas al entrenamiento en recursos personales, se entrena a los participantes en las técnicas de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, manejo del estrés y apoyo social. En cuanto a las 11 sesiones para la promoción de los recursos familiares, se realiza un entrenamiento en las técnicas de reestructuración cognitiva aplicadas al ámbito familiar, resolución de problemas familiares, manejo de los estresores típicos del entorno familiar y apoyo familiar al adolescente. Por último, las 11 sesiones dedicadas a la promoción de recursos escolares consisten en seminarios con seguimiento al profesorado donde se entrena a las personas participantes en el manejo de los estresores escolares, además de en el afrontamiento activo de los problemas escolares.

Los resultados de la aplicación de las 11 primeras sesiones del programa muestran resultados positivos en la resolución de problemas, en el manejo del estrés y en la interacción con los demás, tanto en el periodo post-tratamiento como en el seguimiento a los 6 meses, aunque solo cuando el programa era aplicado por profesionales de la salud mental (Bir *et al.*, 2004). Los resultados de la promoción de recursos familiares nos

indican que este componente también tiene efectos positivos en los adolescentes, produciendo un estilo más saludable en la resolución de problemas y en el manejo del estrés y más apoyo familiar al adolescente, aunque estos resultados podrían haber sido mejores si los padres hubieran acudido con mayor frecuencia a las sesiones de intervención. Por su parte, los resultados de las 11 últimas sesiones de tratamiento muestran una reducción del estrés escolar, además de una mejor forma de resolver los problemas escolares (relaciones con los/as compañeros/as y profesorado) y un mejor afrontamiento de los problemas en la época de exámenes.

Otro programa que se ha mostrado eficaz para fomentar destrezas para la vida es el programa “La mente importa” de Rowling y Mason (2005). En éste se abordaron la autoestima y la solución de problemas y se trató de fomentar habilidades o destrezas básicas para la vida (aprender a aceptar responsabilidades, comunicarse de forma afectiva, definir metas, tomar decisiones saludables...), promover valores éticos y cívicos (disciplina, tolerancia...), rechazar la violencia y las drogas y aumentar la participación en la comunidad. El programa se ha desarrollado en el 86% de los colegios de secundaria de Australia, encontrándose que es eficaz para mejorar la comunicación, la toma de decisiones, la disciplina, la participación activa en actividades de la comunidad y para prevenir el consumo de drogas y los síntomas de estrés, ansiedad y depresión.

Por último, cabe hablar del programa “Cambiando para la vida” de Arango *et al.* (2008), un programa cuyo objetivo es mejorar el ajuste de la persona adolescente. El propósito concreto del mismo es promover el desarrollo social, emocional, mental y físico de niños y niñas durante los períodos críticos de su crecimiento. Los cinco elementos clave del programa son: proporcionar un ambiente seguro y positivo, la diversión, las relaciones de apoyo, las oportunidades y expectativas y el reconocimiento. El programa se ha mostrado eficaz para mejorar el ambiente social, emocional y mental de las personas adolescentes.

3. PROGRAMAS PARA FOMENTAR EL BIENESTAR

Tanto en nuestro país como en el resto del mundo, en los últimos años, se ha realizado un esfuerzo importante de cara a incorporar las aportaciones de la Psicología Positiva en los centros educativos. A continuación, se va a realizar un repaso de algunos

de los programas de intervención que se han puesto en marcha para mejorar el bienestar subjetivo y/o el bienestar psicológico.

3.1. Programas para Fomentar el Bienestar Subjetivo

En España se han desarrollado diferentes recursos para fomentar el bienestar subjetivo a lo largo de las diferentes etapas escolares. Por ejemplo, para la etapa de infantil, López (2003, 2004) ha puesto a disposición del profesorado una serie de actividades (cuentos, canciones, juegos en grupo) para desarrollar las emociones positivas y aprender a regular las emociones negativas. En lo que respecta a la educación primaria, Renom (2003) ha elaborado una serie de actividades que desarrollan el trabajo en grupo, las habilidades sociales y el manejo de las emociones negativas con el objetivo de fomentar el bienestar subjetivo. Para el periodo de la ESO cabe resaltar los recursos educativos que han elaborado Pascual y Cuadrado (2001), en los que se entrenan las relaciones sociales (compañerismo, amistades, profesores y familiares), la adecuada solución de problemas y el fomento de los pensamientos y emociones positivas, con el propósito de mejorar el bienestar subjetivo. Otro recurso que podemos encontrar para fomentar el bienestar subjetivo es el Programa Interno (Ruiz *et al.*, 2013). Este programa está basado en el modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey, el cual considera a esta como una habilidad formada por cuatro factores: percepción, facilitación, comprensión y regulación emocional. El programa consta de 12 sesiones de intervención y está dirigido a jóvenes entre 12 y 18 años con el objetivo de entrenar a la población adolescente en las habilidades de la inteligencia emocional. Este programa se complementa con el Intemo Plus (Cabello *et al.*, 2016), consistente en 12 sesiones de intervención con el objetivo de mejorar la inteligencia emocional de la población adolescente. También podemos encontrar recursos educativos para la educación post-obligatoria (bachiller y ciclos formativos); en este caso cabe destacar los materiales elaborados por Güell y Muñoz (2003), que pretenden mejorar el bienestar subjetivo intentando fomentar las emociones positivas y gestionar adecuadamente las negativas. Todos estos recursos se han mostrado eficaces para aumentar el bienestar subjetivo del estudiantado en el contexto educativo (Pascual & Cuadrado, 2001; Güell & Muñoz, 2003; López, 2003; Renom, 2003).

Fuera de nuestro país, son diversos los programas que se han llevado a cabo para fomentar el bienestar. Entre ellos destacan los programas de autores como Yeager, Fisher y Shearon (2011) que propusieron el programa denominado “Fortalezas Inteligentes”, dirigido a estudiantes de primaria y secundaria. El programa pretende detectar las fortalezas que tiene el estudiantado (para que sirva de referencia al profesorado y a los padres), para centrarse posteriormente en aquéllas en las cuales se hayan detectado más debilidades. Los resultados muestran una mejor adaptación y un mayor rendimiento del estudiantado que participó en el programa. En la misma línea, hay que resaltar el programa de Noble y McGrath (2018) para fomentar el bienestar subjetivo y la resiliencia del alumnado de infantil, primaria y los primeros cursos de secundaria. Se trata de un programa basado en la Psicología Cognitiva y la Psicología Positiva, y se centra en los siguientes aspectos: pensamiento optimista, valores positivos y prosociales, manejo de emociones positivas y negativas, resiliencia y estrategias de afrontamiento, relaciones sociales, coraje, humor, habilidades para lograr el éxito y estrategias para hacer frente al acoso. Los resultados muestran un mayor bienestar y una mejor adaptación de los estudiantes al medio escolar y social.

3.2. Programas para Fomentar el Bienestar Psicológico

En lo que respecta al bienestar psicológico del adolescente, se han desarrollado una serie de programas que se han mostrado eficaces para fomentar éste, además de mejorar la salud mental y el rendimiento académico. Tal es el caso del programa desarrollado por Fox y Fades (2008): “Celebrando las fortalezas, programa de afinidades y fortalezas en el gimnasio”, realizado con estudiantes de primaria y secundaria. Este programa tiene como objetivo potenciar las fortalezas personales a través de la narrativa de cuentos (donde se reflexiona sobre las fortalezas y se les ayuda a descubrir las suyas) y su puesta en práctica a través de fiestas sociales en la comunidad educativa (donde se facilita que se apliquen las fortalezas). La aplicación del programa muestra resultados positivos en el bienestar subjetivo y psicológico y la confianza del profesorado, así como en el comportamiento, la satisfacción y el rendimiento del adolescente. Otro programa que podemos encontrar es el Programa C.I.P., acrónimo de Cognición Instruccional Positiva (Barahona, et al., 2013). Este programa está basado en las aportaciones de Seligman y Viktor Frankl (2010) y tiene como objetivo desarrollar las competencias de

la persona optimizando el saber hacer y el saber ser. El programa tiene 5 niveles diferentes de intervención que son: análisis del problema (para ello se utiliza el modelo de solución de problemas de 4 pasos -identificar el problema, representarlo, seleccionar la estrategia y ponerla en práctica y evaluar-), expresión y reconocimiento emocional (pretende potenciar la capacidad de expresar y reconocer las emociones), autoconocimiento (fortalecer el autoconocimiento a través de estrategias instruccionales que le permitan manejar situaciones de inestabilidad personal y social), reflexión con respecto a la situación (utilizar la cognición de una forma efectiva evitando lastres o resonancias personales) y fomentar el bienestar (aplicar los puntos fuertes de la persona para sentirse conectado con los demás y con el resto el universo). Para ello se emplean siete sesiones de intervención, una a la semana, de una hora de duración cada una. La aplicación del programa muestra resultados positivos en el bienestar psicológico de los adolescentes más jóvenes.

Además de los programas mencionados, es importante destacar especialmente cuatro programas que se han utilizado para fomentar el bienestar psicológico. Dos de ellos han sido diseñados fuera de nuestro país, concretamente el programa de los 14 rasgos fundamentales de Fordyce (1977) y el currículo de Psicología Positiva de Seligman y colaboradores (2009). Los otros dos han sido diseñados en España y son concretamente el programa Aulas Felices de Argüís *et al.* (2012) y el programa de bienestar escolar y social de López-Sánchez *et al.* (2007).

A) Programa de los 14 rasgos fundamentales

Aunque no es un programa exclusivo para adolescentes (sí se ha aplicado a esta población), es interesante referirse a él debido a que fue el primer programa que se llevó a cabo para fomentar la felicidad. El programa de Fordyce (1977) identifica 14 rasgos fundamentales asociados con la felicidad. Su punto de partida es que si hay gente feliz entonces cualquier persona puede conseguir la felicidad. El objetivo que se propuso Fordyce era aumentar la felicidad personal a través de unas lecciones teóricas introductorias y el entrenamiento de los 14 rasgos fundamentales de la felicidad.

Las lecciones teóricas introductorias se emplean para definir la felicidad, para entender su significado y para comprender la función que ésta tiene en la vida. Además, se estudian los factores y los rasgos que afectan a la felicidad.

Los rasgos fundamentales son:

- Ser más activo y estar ocupado. Este rasgo considera que las personas más activas (que llenan su tiempo de actividades agradables, nuevas, excitantes) se sienten mejor con ellas mismas y son más felices.
- Aumentar el tiempo dedicado a la vida social. Una vida social satisfactoria genera mayor felicidad, por eso se subraya la importancia de los vínculos sociales.
- Ser productivo en los trabajos importantes, desarrollar de forma eficiente los trabajos necesarios para conseguir los objetivos propuestos, disfrutando con la realización de los mismos.
- Aprender a organizarse y a planificarse bien, saber definir los objetivos a largo plazo, gestionar bien el tiempo y organizar el día a día eficazmente.
- Sortear las inquietudes, ya que éstas producen pensamientos negativos y éstos alejan a la persona de la felicidad.
- Ajustar las expectativas. La felicidad está relacionada con las cosas que ocurren y con la anticipación de las cosas que van a ocurrir, por ello es importante ajustar las expectativas a los resultados reales que se obtienen, evitando generar expectativas falsas.
- Fomentar el pensamiento optimista, ya que éste está relacionado con la felicidad al producir emociones más positivas.
- Disfrutar el presente, invertir más tiempo en el presente y obtener placer en la realización de las actividades diarias.
- Atender a la salud mental, mantener buenos hábitos de comportamiento, como hacer cosas nuevas, viajar, leer y descansar, que lleven a una buena salud mental.
- Ser atractivo socialmente, mostrarse agradable, cercano y sincero con las personas de nuestro entorno. En definitiva, generar comportamientos que enriquezcan nuestras relaciones y nos faciliten otras nuevas.
- Ser natural, autentico, sincero, honesto, expresivo y abierto tanto con uno mismo como con los demás. Evitar crearse una imagen falsa que impida desarrollar la verdadera personalidad.
- Reducir los sentimientos negativos afrontando las dificultades y problemas que se puedan presentar diariamente.

- Mantener relaciones íntimas, establecer lazos afectivos íntimos a través de los amigos, familia, pareja, etc.
- Luchar para conseguir la felicidad, establecer la felicidad dentro de las prioridades generales de la persona.

La aplicación del programa se inicia con las lecciones introductorias, en las que se repasan los conceptos básicos de la felicidad y se practica una evaluación de ésta a través del inventario para medir la felicidad y sus concomitantes (PHI) (Fordyce, 1997). Esta evaluación se realiza con el objetivo de proporcionar información y de promover entre los participantes la identificación y la motivación a lo largo del entrenamiento. Posteriormente se trabajan, por sesiones semanales, cada uno de los 14 rasgos fundamentales, con el esquema de trabajo que se describe seguidamente. En primer lugar, se presenta el rasgo, sus características y la relación que tiene con la felicidad. Se muestran las ventajas y los inconvenientes de tener o no tener el rasgo y se anima a los participantes a generar un debate sobre éste. Finalmente se diseña una actividad que ponga en marcha el rasgo y que se pueda aplicar a la vida diaria. Por ejemplo, para el rasgo uno (ser más activo y estar ocupado) primero se exponen los resultados de las investigaciones sobre la relación entre la actividad y la felicidad, se explica que las personas más felices son personas más activas que hacen más cosas nuevas y agradables. Se genera un debate entre las personas participantes para que hagan sus aportaciones y muestren, si las tienen, sus dificultades. Por último, se les pide que elaboren una lista con actividades nuevas que le resulten excitantes y agradables y se les anima a que incorporen alguna de ellas a sus vidas diarias.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del programa mostraron que las personas con sintomatología depresiva que participaron reducían estos síntomas (Fordyce, 1977) y aumentaban su bienestar psicológico (Kowal, 1980). Estos mismos resultados se han encontrado en población adolescente (Wade, 1993; Fordyce, 1997). Concretamente en un estudio llevado a cabo por Yumico & Fujio (1995), en el cual se entrenó a 37 estudiantes con el programa de Fordyce, se comprobó que este era efectivo para aumentar el bienestar psicológico de las personas participantes.

B) El currículo de Psicología Positiva de Strath Haven

Seligman *et al.* (2009) diseñaron un programa de intervención para adolescentes entre 14 y 16 años (tercero de la ESO), con el objetivo de promover su desarrollo positivo.

Este programa está dividido en tres módulos. Con el módulo 1 se pretende el incremento de las emociones positivas (en el pasado, en el presente y en el futuro). El módulo 2 pretende ayudar al alumnado a identificar sus talentos y fortalezas y a ponerlas en valor en su quehacer diario. El módulo 3 se centra en potenciar el sentido de la vida a través de la reflexión y de la realización de actividades que tengan sentido en la vida del adolescente. Para la puesta en marcha del programa se integran las actividades positivas en el currículo del adolescente, se realizan actividades para identificar sus fortalezas y usarlas en su quehacer diario, se escriben notas de agradecimiento a personas que tengan algo que agradecer, y se les enseña a pensar de forma más optimista.

El alumnado que participó en el programa presentó una mejora en el bienestar psicológico, en las relaciones con sus compañeros, profesores y padres y se mostraron más empáticos y tolerantes con los demás. Además, exhibieron una mayor implicación en las actividades del colegio y un mayor rendimiento escolar (Seligman, 2012).

C) Aulas Felices

Es el primer programa de Psicología Positiva aplicado a la educación tanto en nuestro país como en el resto de países de habla hispana. Fue desarrollado por Argüís *et al* en el año 2012.

El programa nace con la intención de aplicar en los centros educativos las aportaciones de la Psicología Positiva. Aulas Felices persigue mejorar el bienestar y el aprendizaje desarrollando las competencias básicas de autonomía e iniciativa personal, la competencia social y ciudadana y la competencia para aprender a aprender.

Para conseguir estos objetivos el programa plantea dos componentes esenciales, que son:

- La atención plena. Tener conciencia plena del momento presente y disfrutarlo como el único momento que tenemos. Consiste en mantener una actitud constante de conciencia y calma que nos permita disfrutar totalmente del momento presente.
- Las fortalezas personales. Se entienden las fortalezas como el estilo moral de pensar, sentir y actuar que ayuda a la persona a vivir una vida en plenitud. Estas fortalezas son 24 y se engloban en 6 virtudes generales. La primera virtud es la Sabiduría con las fortalezas de la creatividad, la curiosidad, la apertura de mente, el deseo de aprender y la perspectiva. La segunda virtud es la del Coraje con las fortalezas de valentía, persistencia, integridad y vitalidad. La tercera virtud es la

de Humanidad con las fortalezas de amor, amabilidad e inteligencia social. La cuarta es la Justicia con las fortalezas de ciudadanía, justicia y liderazgo. La quinta es la Moderación con las fortalezas de perdón y compasión, humildad, prudencia y autorregulación. La sexta es la virtud de Transcendencia con las fortalezas de aprecio a la belleza, gratitud, esperanza, sentido del humor y espiritualidad (Peterson y Seligman, 2004).

El programa se puede aplicar en diferentes niveles. El nivel más simple se realiza en el aula, donde el profesorado tiene total libertad para decidir qué va a hacer y cómo lo va a hacer. El siguiente nivel se centraría en el trabajo por grupos o cursos. Consiste en aplicar el programa a un curso completo; para ello, es fundamental la colaboración de todo el profesorado implicado. En un tercer nivel estaría la implantación en el centro escolar, que engloba a todo el profesorado más el equipo directivo. Por último, en un nivel más complejo, estaría su implantación en la comunidad educativa, lo que incluiría a todo el alumnado, a todo el profesorado y personal de oficio y a los padres y madres del alumnado.

En el programa se diseñan diferentes actividades, en función de la edad del alumnado, para trabajar los dos componentes esenciales (atención plena y fortalezas personales). En el caso de la atención plena se diseñan actividades que entrenan la meditación basada en la respiración y la relajación y la atención plena a las cosas de la vida cotidiana a través del saboreo y el disfrute. Un ejemplo de esta actividad sería “mis manos”, que persigue aumentar la conciencia sensorial y la concentración. Consiste en realizar unas respiraciones tranquilas y observar las manos. Posteriormente se juntan por las palmas y se separan apreciando las sensaciones. Se termina apretando varias veces las manos, sintiendo la presión y respirando lentamente. Para las fortalezas personales se ha diseñado una batería de 300 actividades, mediante la que se entrena las 24 fortalezas personales del modelo de Peterson y Seligman. Un ejemplo de estas actividades sería “los mensajes positivos”, de la fortaleza inteligencia social. Consiste en enviar mensajes positivos a otras personas con el objetivo de hacerles sentir bien. Esto se puede conseguir con mensajes que resalten sus cualidades como personas, que les muestren lo importantes que son, lo importante que es poder contar con estas personas, etc.

Aulas felices ya se ha puesto en marcha tanto en España como en otros países latinoamericanos. Los resultados que produce la implantación del programa son muy escasos, pero los que hay, realizados en España, apuntan a que es efectivo para aumentar

el bienestar psicológico, la integración, la cooperación y el rendimiento del estudiantado (Argüís *et al.*, 2012; Bisquerra & Paniello, 2017).

D) Bienestar escolar y social: un programa de promoción para adolescentes

López Sánchez *et al.* (2007) han elaborado este programa, que tiene como objetivo promover el desarrollo de los factores y recursos que permiten a la juventud buscar el bienestar propio y el de otras personas, así como protegerse de los riesgos potenciales de los sucesos estresantes.

El programa consta de siete unidades didácticas con contenidos referidos al desarrollo del ser humano, como los valores y el desarrollo moral, la autoestima, la empatía, las habilidades para la comunicación interpersonal y el autocontrol. Todos estos actúan como mediadores del bienestar escolar y social. El programa ofrece una introducción teórica sobre el concepto y ejercicios prácticos de aplicación y generalización, para que puedan utilizarse en cualquier ambiente. También dispone de una unidad didáctica con las normas de funcionamiento para la correcta aplicación. Consta de 15 sesiones de trabajo de una hora de duración y pueden aplicarse tanto en el colegio como en otros contextos extraescolares.

Los resultados de la aplicación del programa confirman que mejora el bienestar psicológico, social y emocional de las personas participantes; también se pone de manifiesto la satisfacción de estas, de las personas educadoras y del centro en general.

4. PROGRAMAS PARA FOMENTAR EL OPTIMISMO

Son diversos los programas que se han desarrollado, con resultados exitosos, para fomentar el optimismo tanto en España como fuera de nuestro país (Seligman, 1992; Gillham & Reivich, 2000; Sanjuán *et al.*, 2008; Sánchez-Hernández & Méndez-Carrillo, 2009; Sanjuán & Magallares, 2006, 2009). En general, los programas trabajan el componente cognitivo, fomentando el pensamiento optimista, además de otro tipo de componentes, como las habilidades sociales, la resiliencia, etc., y miden los efectos que éstos tienen sobre el pensamiento optimista y sobre la salud psicológica del adolescente.

Por ejemplo, en una investigación llevada a cabo en Corea del Sur por Lee et al. (2018) en la cual se creó un programa de intervención (Programa de Capacitación de Optimismo y Humor, OHTP) con dos componentes básicos el optimismo y el humor. El objetivo del programa era mejorar la adaptación a la escuela del alumnado de sexto de primaria a través de fomentar el optimismo y el humor. La intervención consistía en 8 sesiones de entrenamiento, 4 en optimismo y 4 en humor, y se aplicó a 23 escolares de sexto de primaria. La efectividad del programa fue probada por Análisis de Covarianza y los resultados indican que los niños que participaron en el OHTP mostraron un aumento en el optimismo, un uso adecuado del humor adaptativo y una mayor adaptabilidad en la escuela.

A continuación, se van a mostrar 5 programas de intervención cuyo objetivo ha sido desarrollar el pensamiento optimista y/o reducir el pensamiento pesimista. Además de lograr estos objetivos, los programas que van a describirse se han mostrado eficaces para reducir sintomatología ansiosa, depresiva y/o mejorar la salud mental del adolescente. Cuatro de ellos han sido desarrollados fuera de nuestro país: el programa de Optimismo de Pennsylvania, de Nolen-Hoeksema *et al.*, el programa para Fomentar la Resiliencia y las Actitudes Optimistas de Gilboy, el programa de Resiliencia de Pennsylvania de Gillman *et al.*, y el programa australiano de Optimismo de Roberts. El quinto ha sido diseñado en España y es el programa Sonrisa de Sánchez-Hernández *et al.* En las siguientes líneas se presentan los programas de entrenamiento descritos, por orden cronológico.

A. Programa de Optimismo de Pennsylvania

El programa de Optimismo de Pennsylvania (POP) fue el primer estudio longitudinal diseñado con el objetivo de desarrollar el pensamiento optimista (Nolen-Hoeksema *et al.*, 1992).

Este programa se puso en marcha de forma grupal con niños y niñas de primaria, de entre 8 y 12 años, con la aplicación de dos componentes fundamentales. El primer componente consistía en un entrenamiento cognitivo en el cual se enseñaba a las personas participantes a detectar las explicaciones negativas que llevaban a cabo sobre los eventos de su vida y ayudarles a que lo hiciesen de una forma más realista. El segundo

CAPITULO 4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES

componente consistía en enseñarles estrategias y habilidades ventajosas para relacionarse con los demás.

El programa está compuesto por 12 sesiones de trabajo que se corresponden con lo siguiente:

Sesión 1- Relacionar lo que se piensa y lo que se siente.

Sesión 2- Explicar los estilos explicativos optimista y pesimista.

Sesión 3- Analizar las ventajas e inconvenientes de ambos estilos explicativos.

Sesión 4- Generar alternativas positivas a los pensamientos negativos y evaluar las consecuencias de pensar de forma más positiva.

Sesión 5- Aclarar las dudas y repasar todo lo visto en las sesiones anteriores.

Sesión 6- Utilizar la asertividad y la negociación en la relación con otras personas.

Sesión 7- Utilizar estrategias de afrontamiento útiles y eficaces en las relaciones con los demás.

Sesión 8- Entrenar las habilidades sociales de relación y comunicación con otras personas.

Sesión 9- Tomar decisiones definiendo claramente el problema y valorando las distintas alternativas posibles, repaso de las sesiones anteriores.

Sesión 10- Resolver problemas sociales de manera adecuada, respetando los intereses del resto de personas y buscando soluciones conjuntamente.

Sesiones 11 y 12- Repasar todo el programa.

Los resultados de los estudios originales apuntan a que el entrenamiento recibido por las personas participantes produce un estilo explicativo más optimista para los acontecimientos negativos, además de disminuir los síntomas depresivos. Estos resultados se mantuvieron tras la finalización del periodo de seguimiento de dos años (Gillham *et al.*, 1995; Shatté *et al.*, 2000; Gillham *et al.*, 2001). En EEUU se llevó a cabo una replicación del estudio con niños y niñas latinos y de raza negra (Cardemil *et al.*, 2002). Los resultados mostraron que el entrenamiento era eficaz para reducir los síntomas depresivos en los niños y las niñas latinos, pero no era eficaz para reducir los síntomas en niños y niñas de raza negra, ni para modificar las atribuciones en ninguno de los dos grupos étnicos (Cardemil *et al.*, 2002). En otro estudio, en el que se utilizó el componente

cognitivo del POP, llevado a cabo por Suldo *et al.* (2014), se comprobó que las personas participantes que habían recibido el entrenamiento mostraban una mayor satisfacción vital con respecto al grupo que no había recibido la intervención. Para finalizar, las conclusiones del meta-análisis llevado a cabo por Brunwaser *et al.* (2009) muestran que el programa POP es eficaz disminuyendo los síntomas depresivos, tanto en población adolescente con poca sintomatología, como en población adolescente con puntuaciones subclínicas (más de 13) en el Cuestionario de Depresión infantil (CDI) de Kovacs.

B. Programa para fomentar la Resiliencia y las Actitudes Optimistas (SOAR)

El programa SOAR, desarrollado por Gilboy (2003), es un programa cuyo propósito es potenciar la Resiliencia y las Actitudes Optimistas en adolescentes con edades entre los 11 y los 14 años.

El programa se propuso como objetivo que los participantes desarrollaran habilidades para enfrentarse con los pensamientos negativos, y así mejorar su flexibilidad cognitiva y su resistencia futura al fracaso y a este tipo de pensamientos. Se basa en las teorías de la esperanza y el optimismo aprendido y contiene dos módulos de tratamiento. El primero, con seis sesiones, se dirige a fomentar la resiliencia al fracaso y a los pensamientos negativos. El segundo, con el mismo número de sesiones, pretende generar un estilo explicativo optimista enseñándose cómo cambiar de un pensamiento más negativo, y con peores consecuencias, a uno más positivo y con mejores consecuencias para uno mismo y para el resto de personas.

Los resultados muestran que las personas participantes que habían recibido el entrenamiento (grupo experimental) manifestaban menores niveles de síntomas depresivos que las personas participantes del grupo que no habían recibido el entrenamiento (grupo control), siendo estos resultados más pronunciados en aquellas personas que estaban más deprimidas inicialmente (Gilboy, 2005). Estos efectos producidos por el tratamiento no se mantienen pasado el periodo de seguimiento de 5 meses, ni se encuentran diferencias entre el grupo control y experimental en la generación de un estilo explicativo más optimista (Gilboy, 2005).

Desde idéntica perspectiva, Cantrell (2006) comparó una intervención dirigida a disminuir pensamientos pesimistas para interpretar acontecimientos negativos con otro programa cuyo objetivo se centraba en reducir los pensamientos pesimistas que se

generan ante los acontecimientos positivos. Los resultados encontrados muestran que las dos intervenciones fueron eficaces para disminuir los síntomas depresivos y para aumentar el bienestar subjetivo, aunque la intervención que se focalizaba en los eventos positivos produjo mayores niveles de placer y bienestar cuando se aplicaba a la vida diaria.

C. Programa de Resiliencia de Pennsylvania

El Programa de Resiliencia de Pennsylvania (PRP) (Lewinsohn *et al.*, 2003; Gillham *et al.*, 2008) es un programa desarrollado para niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años. Los objetivos del programa fueron enseñar a las personas adolescentes la relación que existe entre los acontecimientos que les ocurren en su vida y las emociones que experimentan.

Al igual que el programa POP incluye dos componentes: uno cognitivo y otro para resolver problemas sociales. El programa contiene también 12 sesiones de entrenamiento:

- 1) Cinco sesiones de reestructuración cognitiva, donde se utiliza el modelo ABC. Este modelo entrena el cambio de pensamiento para darse cuenta de que los acontecimientos (A) producen unos pensamientos (B) y que estos pensamientos producen unas consecuencias (C). Se enseña al sujeto que para cambiar C hay que cambiar B y esto lo puede conseguir cambiando el pensamiento negativo por un pensamiento más positivo.
- 2) Una sesión de asertividad y negociación, donde se fomenta un estilo comunicativo asertivo que consiste en defender los propios intereses respetando los intereses que tiene el otro.
- 3) Una sesión de técnicas de afrontamiento, donde se entrena el afrontamiento activo ante las situaciones difíciles. Por ejemplo, se enseña a crear una nueva forma de ver la situación y a fijarse especialmente en la parte positiva.
- 4) Una sesión de entrenamiento en habilidades sociales, donde se entrena el manejo de las emociones en las relaciones con los demás.
- 5) Una sesión de toma de decisiones, en la que se entrena una forma adecuada de tomar decisiones buscando objetivos que sean alcanzables y positivos.
- 6) Una sesión de resolución de problemas, donde se entrena el manejo de las emociones en la solución de problemas. Por ejemplo, en la búsqueda de

alternativas para resolver el problema, se enseña que las emociones positivas pueden producir soluciones más creativas e integradoras.

- 7) Dos sesiones para la revisión del programa, donde se repasa todo lo visto en el programa de intervención.

Sin distinción de género, los resultados muestran mayor disminución de los síntomas depresivos y mayor incremento del estilo explicativo optimista en el grupo experimental que en el grupo control (Gillham *et al.*, 2008). Estos resultados se mantienen pasado el periodo de seguimiento de un año (Brunwasser *et al.*, 2009).

La eficacia del PRP también se ha demostrado con versiones del mismo aplicadas en otros países. A este respecto, el programa se adaptó en Holanda con el fin de prevenir los síntomas depresivos en adolescentes, en general, y con chicas adolescentes que ya tenían síntomas depresivos, en particular. En ambos casos el programa mostró resultados satisfactorios (Kindt *et al.*, 2012; Tak *et al.*, 2012), en especial en el caso de las chicas, que mostraron menores niveles de síntomas depresivos, en comparación con el grupo control, en la evaluación post y en el seguimiento tras 6 meses (Wijnhoven *et al.*, 2014). Miloseva (2012) realizó una adaptación del programa en Macedonia, demostrando su aplicación la misma eficacia para disminuir los síntomas depresivos y mejorar el estilo atributivo optimista de las personas adolescentes que participaron en el estudio.

D. Programa Sonrisa

El Programa Sonrisa, diseñado por Sánchez-Hernández y Méndez (2009), está basado en la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (2000). Este programa utiliza estrategias de la Psicología Positiva, de la Psicología Cognitivo-Conductual y de las terapias de conducta de tercera generación. Su entrenamiento se focaliza sobre recursos positivos como la creatividad, la curiosidad y el optimismo. La aplicación del programa se probó con 172 niños y niñas de 5º y 6º de primaria (edades entre los 10 y 12 años) con el objetivo de reducir los síntomas depresivos fomentando el estilo explicativo optimista.

Para ponerlo en marcha se dispone de un manual de implantación para el terapeuta y un cuaderno de trabajo con actividades para el estudiantado. El programa consta de 11 sesiones grupales de dos horas de duración aplicadas de forma semanal. Todas las sesiones terminan con tareas para casa que el estudiantado debe realizar, comenzando cada sesión con la corrección de las mismas. Los autores dividen el programa en 6 módulos de entrenamiento, que son:

Módulo 1. Fomento de la motivación y la educación emocional. El primer paso para poner en marcha este módulo es examinar las ventajas e inconvenientes del cambio que se va a realizar con la intervención. Continúa introduciendo a las personas participantes en el modelo de las inteligencias múltiples de Gardner. Posteriormente se gradúa el interés y la motivación que el alumnado tiene con el programa. Para finalizar se definen las emociones, se señala las ventajas de cada emoción y se enlazan las situaciones con las emociones.

Módulo 2. Terapia de conducta. En este módulo se aplica la activación conductual, se entrenan los sentidos a través de actividades de saboreo, se practica la realización de actividades gratificantes que produzcan estados de flujo y se entrenan las técnicas de visualización, relajación y respiración.

Módulo 3. Habilidades para resolver problemas. En este módulo se entrena la actitud adecuada ante las dificultades de la vida; para ello, se señalan cuáles son las acciones que pueden efectuarse para resolver un problema de forma adecuada. Por último, se llevan a cabo juegos de humor y de creatividad.

Módulo 4. Optimismo. El primer paso sería mostrar la diferencia entre ser optimista y pesimista, además de sus ventajas e inconvenientes. Posteriormente se realiza una introducción al estilo atributivo y se examinan las ventajas de poseer un estilo atributivo optimista. Para finalizar se llevan a cabo actividades de saboreo y distracción.

Módulo 5. Entrenamiento en habilidades sociales. Se inicia definiendo qué son las habilidades sociales, remarcando la idea de que son un comportamiento que se aprende. Se continúa describiendo los tres estilos de comunicación: agresivo, asertivo y pasivo y se enseña cuáles son los derechos que tienen las personas que muestran un estilo de comunicación asertivo. Por último, se enseña a expresar adecuadamente agrado o desagrado y las ventajas e inconvenientes de decir NO, así como las habilidades para negociar con los padres y ligar.

Módulo 6. Planificación de objetivos y metas. En este módulo se enseña a definir de modo concreto los objetivos y las metas personales, concluyéndose el mismo con un asesoramiento sobre áreas que pueden mejorarse y desarrollarse.

Para finalizar el programa se ponen en práctica todas las técnicas aprendidas a lo largo del mismo, a través de la aplicación de las mismas en la vida diaria de los sujetos.

La aplicación del programa se llevó a cabo tras disponer de todas las autorizaciones (colegio, cuidadores y alumnado). Posteriormente se hizo una evaluación pre donde se aplicaron un cuestionario de depresión infantil, concretamente la escala de depresión infantil de estudios epidemiológicos (CES-DC) y un cuestionario de estilo atributivo para niños y niñas (CASQ). Tras la evaluación inicial se aplicó el entrenamiento, con sus seis módulos, y se volvió a evaluar los síntomas depresivos mediante el cuestionario CES-DC.

Los resultados encontrados por los propios autores (Sánchez-Hernández & Méndez, 2009, 2012) muestran que los sujetos del grupo experimental, con respecto al grupo control, mejoran el estado de ánimo, la ansiedad para hablar en público, las relaciones familiares, la creatividad y el bienestar psicológico, además de reducir la disforia.

E. Programa Australiano de Optimismo (AO)

Este programa fue diseñado por Roberts (2014) y dispone de tres versiones en función de la edad de las personas participantes. Persigue prevenir la ansiedad, la depresión, el fracaso escolar y los problemas con los padres.

La versión para los más pequeños (entre los 6 y 8 años) se denomina “sentimientos y amigos” e incluye el manejo de las emociones y la relación con los iguales. La versión para los niños entre los 10 y 12 años se denomina “habilidades del pensamiento optimista” e incluye el entrenamiento en habilidades de comunicación, afrontamiento activo de los problemas, asertividad y apoyo social y familiar. Por último, la versión que se aplica en adolescentes (de 12 a 20 años) se denomina “pensamiento optimista” e incluye el entrenamiento en: 1) la identificación de los pensamientos (consiste en ayudar al adolescente a clasificar sus pensamientos como positivos o negativos), 2) el manejo del dialogo interno (ayudándolo a manejar los pensamientos que se producen internamente), 3) la toma de conciencia de la relación que existe entre los pensamientos y los sentimientos (ayudar a darse cuenta de que los pensamientos producen emociones y que los pensamientos positivos producen emociones positivas y los pensamientos negativos emociones negativas), 4) la generación de un pensamiento más optimista (ayudar a generar más pensamientos positivos, ya que estos producen emociones más positivas y tienen mejores consecuencias) y 5) el cambio de los pensamientos negativos por otros

pensamientos más positivos (ayudar a comprender que los pensamientos negativos tienen consecuencias más negativas y hay que cambiarlos por otros más positivos).

Los resultados que se han encontrado indican que el programa se muestra eficaz para reducir los síntomas ansiosos y depresivos, aunque esta reducción no se mantiene tras los periodos de seguimiento de 6 meses y 12 meses (Roberts, 2015).

Una adaptación de este programa se utilizó con 2.288 jóvenes escolares australianos para prevenir las ideas suicidas y mejorar la adaptación social. Los resultados mostraron que el programa era eficaz para reducir las ideas suicidas y mejorar el comportamiento prosocial (Roberts *et al.*, 2018).

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA Y RESULTADOS DEL ESTUDIO 1

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general de este estudio es comprobar la relación del optimismo (optimismo disposicional y estilo explicativo optimista) y la felicidad con la salud física y con la salud psicológica de la población adolescente, controlando el efecto de posibles variables mediadoras, como la extraversión y la estabilidad emocional.

Para ello se plantean las siguientes hipótesis:

1. Cuanto mayor sea la puntuación de las personas adolescentes en optimismo disposicional, estilo explicativo optimista y/o felicidad, menos síntomas físicos experimentarán.
2. Cuanto mayor sea la puntuación de las personas adolescentes en optimismo disposicional, estilo explicativo optimista y/o felicidad, menos síntomas de malestar psicológico experimentarán.
3. Las puntuaciones de optimismo (disposicional y estilo explicativo) y/o felicidad serán predictivas del número de síntomas físicos y del número de síntomas psicopatológicos en adolescentes, tras controlar el efecto de otras variables como extraversión y estabilidad emocional.

2. METODOLOGÍA

2.1. Participantes

Las personas participantes en este estudio han sido 299 adolescentes (149 chicos y 150 chicas) de 2º y 3º curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de varios centros públicos de la provincia de Jaén, con un rango de edad situado entre los 13 y los 18 años ($M= 14.53$; $DT=.95$). Concretamente, el alumnado ha procedido de tres centros educativos: Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) Ilulia Salaria de Sabiote, IES Ruradia de Rus e IES los Cerros de Úbeda. El rango de edad para los 149 chicos se situó

entre los 13 y 18 años ($M= 14.56$; $DT=.98$) y para las 150 chicas entre los 13 y los 17 años ($M= 14.97$; $DT=.91$). La participación de la población adolescente en el estudio fue voluntaria, contándose con su consentimiento expreso, así como con el consentimiento de las madres y padres, del centro educativo y del consejo escolar del centro (ver anexo 1).

2.2. Instrumentos

Los autoinformes utilizados en este estudio se encuentran en el anexo 2.

Se utilizaron los siguientes autoinformes:

1. Cuestionario Revisado de Estilo Atribucional para niñas y niños (CASQ) (Seligman *et al.*, 1984), en su versión adaptada y traducida al castellano en la obra de Seligman *et al.* (2011), y cuyas propiedades psicométricas con población adolescente española se exponen en el trabajo de López y Rodríguez (2003). Consta de 48 ítems que pretenden evaluar el estilo explicativo o atributivo frente a distintos tipos de acontecimientos. La escala de respuesta se sitúa entre 0 y 1. Los elementos que lo componen se distribuyen desde un punto de vista teórico en las seis siguientes subescalas (Seligman *et al.*, 1984): estilo atributivo para los eventos negativos en función de las dimensiones temporal-permanente (1), global-específica (2) e interna-externa (3), y estilo explicativo para los acontecimientos positivos, interpretados a partir de las dimensiones temporal-permanente (4), global-específica (5) e interna-externa (6). En función de estas 6 subescalas se pueden obtener otras tres puntuaciones globales: una para los acontecimientos positivos -procedente de la suma de las tres subescalas que se centran en los eventos positivos-, otra para los acontecimientos negativos -obtenida a partir de la suma de las tres subescalas que se centran en los eventos negativos-, y una escala total, que se obtiene a partir de la diferencia entre las dos subescalas descritas (puntuación en la subescala para acontecimientos positivos menos puntuación en la subescala para acontecimientos negativos). Los coeficientes de consistencia interna para las distintas subescalas son moderados, oscilando entre .44 y .78 (Seligman *et al.*, 1984; Nolen-Hoeksema, 1999; Schwartz *et al.*, 2000). En cuanto a la fiabilidad test-retest, esta mejora a medida que aumenta la edad, con un rango de puntuaciones que se sitúa entre .60 y .80 (Nolen-Hoeksema, 1992). Respecto a los datos de validación con población española, la consistencia interna para una estructura bifactorial (acontecimientos positivos y acontecimientos negativos) indica valores de .85 y .90 respectivamente. Por otra parte, si

tenemos en cuenta las dimensiones teóricas para los acontecimientos negativos de las subescalas propuestas se observa una consistencia interna de .63 para internalidad-externalidad, .71 para temporalidad-permanencia, .72 para globalidad-especificidad y .75 para la escala global (López & Rodríguez, 2003). Por último, en la muestra empleada en este trabajo, el dato de consistencia interna para la subescala de acontecimientos negativos es de .59, siendo de .60 para la subescala de acontecimientos positivos y de .62 para la escala global.

2. Inventario de Optimismo Disposicional Revisado (LOT-R) (Scheier *et al.*, 1994), en su versión española de Otero-López *et al.* (1998). Mide el optimismo disposicional o la predisposición generalizada a generar expectativas positivas sobre los acontecimientos futuros. La estructura del instrumento consta de 10 ítems (6 válidos y 4 de relleno), que son respondidos en una escala de 0 a 4. En su estudio normativo, Scheier *et al.* (1994) obtuvieron una estructura factorial unidimensional y muy similar en varones y mujeres, así como una consistencia interna de .78 para el instrumento completo (citado por Ferrando *et al.*, 2002). A diferencia de lo expuesto para el estudio original del instrumento, otros estudios factoriales del LOT-R han encontrado dos factores: uno compuesto por los ítems que miden optimismo y otro por los que evalúan pesimismo (Mroczek *et al.*, 1993; Robinson-Whelan *et al.*, 1997; Lay & Yue, 2000; Gaspar *et al.*, 2009; Villaroel *et al.*, 2009). Respecto a la consistencia interna para la estructura unifactorial, con muestras alemanas se ha encontrado un coeficiente alfa de .75 (Rauch *et al.*, 2006), obteniéndose un dato parecido (.71) con muestras portuguesas (Laranjeira, 2008). Por su parte, la consistencia interna oscila entre .70 y .80 en distintos estudios que la han evaluado con población española (Fernando *et al.*, 2002; Remor *et al.*, 2006; Landero-Hernández & González-Ramírez, 2009). Cabe mencionar especialmente los resultados de Naveira (2015), que obtuvo una consistencia interna de .74 con una muestra de adolescentes españoles. En cuanto a la muestra empleada en nuestro estudio, los datos de consistencia interna son de .62 para la subescala de optimismo, de .63 para la subescala de pesimismo, y de .64 para la escala total.

3. Inventario de Felicidad de Oxford (OHI) (Argyle *et al.*, 1989). Es un autoinforme de 29 ítems que pretende evaluar el bienestar subjetivo a través de la frecuencia o grado de afecto positivo, el nivel medio de satisfacción vital y la ausencia de sentimientos negativos. Se contesta en un formato de 4 opciones fijas para cada uno de los 29 ítems. El alfa de Cronbach hallado para la versión original del instrumento ha sido

de .91 (Hills y Argyle (2002) y el valor de fiabilidad test-retest de .78 (Peterson *et al.*, 2005). En cuanto a la validez convergente y discriminante, la puntuación del OHI muestra una correlación positiva de .32 con la Escala de Afectividad Positiva de Bradburn y de .57 con la escala de Satisfacción Vital de Diener (SWLS). Asimismo, presenta una correlación negativa de .52 con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y de .32 con la escala de Afectividad Negativa de Bradburn (Argyle & Martin, 1991). Con una muestra de adolescentes españoles, Sánchez-Lloansi y Talavera-Merino (2016) han obtenido un valor de consistencia interna de .91. En la muestra empleada en nuestro estudio los datos de consistencia interna son similares, e incluso superiores a los ya descritos, siendo el valor de .95.

4. Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1983), en la versión española de González de Rivera y De las Cuevas (1988). Es un inventario multidimensional de autoevaluación de síntomas, diseñado para medir el malestar psicológico general a partir de síntomas relacionados con nueve dimensiones psicopatológicas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Consta de 90 ítems, a los que se responde marcando el grado en el cual ese síntoma ha causado molestias en las últimas semanas, incluyendo el día en que se completa el instrumento, según una escala que varía entre 0 (nada en absoluto) y 4 (de forma extrema). La consistencia interna de las distintas subescalas se distribuye entre .69 y .88 (González de Rivera & De las Cuevas, 1990). En una revisión de las propiedades psicométricas del instrumento realizada por Carrasco *et al.* (2003), se comprobó que el instrumento en su conjunto, así como sus diferentes subescalas, mostraban una fiabilidad superior a .70, así como una buena validez, cuando se lo comparaba con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). En el trabajo llevado a cabo por Rosa-Alcaraz *et al.* (2014) con una muestra de adolescentes españoles se obtuvo una consistencia interna para las diferentes subescalas que oscilaba entre .73 y .83. En la muestra empleada en este trabajo los datos de consistencia interna son igualmente similares a los de estos estudios, encontrando un rango de valores entre .71 y .82.

5. Escala de Síntomas Somáticos Revisada (ESS-R) (Sandin & Chorot, 1991). La ESS-R es una escala de 54 ítems desarrollada para evaluar diversas quejas somáticas y problemas de salud. Los sujetos deben contestar a cada ítem señalando la frecuencia con que lo hayan experimentado durante el pasado año, de acuerdo con un rango de respuesta

de 1 ("Nunca") a 5 ("Más de una vez al mes"). La ESS-R contiene 9 subescalas que hacen referencia a los siguientes sistemas físicos: inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, piel y alergia, musculoesquelético, genitourinario y reproductor femenino. El rango de respuesta para la consistencia interna de las distintas subescalas varía entre .81 y .84. En cuanto a los datos sobre consistencia temporal (un mes) las escalas presentan puntuaciones situadas entre .73 y .82 (Sandín & Chorot 1991). Por su parte, Moral y Alvarado (2012) han encontrado rangos de consistencia interna y temporal semejantes a los descritos para el estudio original, siendo estos de entre .78 y .85 y de entre .72 y .83, respectivamente. Para finalizar, los datos de consistencia interna encontrados para las diferentes subescalas en la muestra del estudio oscilan entre .77 y .84.

6. Cuestionario de Personalidad Big Five para niños niñas y adolescentes (BFQ-NA) (Barbaranelli *et al.*, 1998), en la versión española de TEA, traducida al castellano por Del Barrio *et al.* (2006). El cuestionario consta de 65 ítems, 13 por escala, con cuatro posibles respuestas graduadas de 5 a 1 (5: casi siempre; 4: muchas veces; 3: algunas veces; 2: pocas veces; 1: casi nunca). El objetivo es evaluar cinco dimensiones de la personalidad: responsabilidad, amabilidad, estabilidad emocional, extraversión y apertura. En la versión española el instrumento presenta buenas propiedades psicométricas, encontrándose un coeficiente alfa que oscila entre .78 y .86 para las distintas subescalas (Carrasco & Del Barrio, 2007). En nuestro caso únicamente se tendrán en cuenta las subescalas de extraversión (alfa de Cronbach de .82) y estabilidad emocional (alfa de Cronbach de .84). La consistencia interna para la muestra empleada en este estudio es de .76 para la estabilidad emocional y .82 para la extraversión.

2.3. Procedimiento

Para la realización del estudio, el primer paso fue pedir una cita con las personas encargadas de la orientación en los centros educativos. A cada una de ellas se le explico en qué consistía el proyecto, cuáles eran los objetivos y cuál sería el procedimiento a seguir. Una vez se consiguió el visto bueno del equipo de orientación, se hizo una reunión con las personas que componían el equipo directivo (dirección, jefatura de estudios y secretariado) de cada centro y, a su vez, los equipos directivos se pusieron en contacto con las respectivas Asociaciones de Padres y Madres (AMPAS) y les expusieron el proyecto. Tras la obtención de los permisos por parte de las direcciones de los centros y

de las AMPAS, se solicitó la autorización de los padres y madres de las personas adolescentes que participarían en el estudio. En el impreso donde los padres y las madres debían mostrar su conformidad y consentimiento para la participación de sus hijos e hijas se incluyó una hoja informativa, en la que se explicaba cuáles eran sus derechos, qué objetivos se perseguían con la investigación, cuál sería el procedimiento de aplicación de las pruebas y cuáles eran los riesgos.

Obtenidos todos los permisos mencionados, se administró a las personas participantes las siguientes pruebas: CASQ, LOT-R, OHI SCL-90-R, ESS-R y BFQ-NA (subescalas mencionadas). La aplicación se realizó de forma colectiva en el centro en el que estas personas cursaban sus estudios, en un aula asignada por cada centro y en el horario de tutorías (aproximadamente una hora) de los distintos grupos. Todas las pruebas de evaluación aplicadas en el estudio fueron contrabalanceadas.

3. RESULTADOS

3.1. Estadísticos descriptivos

En la tabla 5.1. se muestran las medias, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de todas las subescalas de los síntomas físicos (ESS-R) y los síntomas psicopatológicos (SCL-90-R). En conjunto, se ha encontrado una buena consistencia interna en las distintas subescalas que componen los instrumentos usados para estas medidas y muy similar a la descrita en los párrafos precedentes.

Tabla 5.1*Medias, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de las variables criterio*

Variables	Media	Desviación Típica	Alfa de Cronbach
ESS-R			
Inmunológico	6.76	5.25	.79
Cardiovascular	4.49	5.42	.83
Respiratorio	6.92	7.21	.77
Gastrointestinal	7.52	5.89	.79
Neurosensorial	6.89	6.30	.82
Músculo-esquelético	7.70	6.92	.84
Piel y Alergia	7.57	6.65	.80
Genitourinario	4.20	5.52	.80
SCL-90-R			
Somatizaciones	8.71	8.09	.76
Obsesiones y Compulsiones	10.76	7.52	.78
Sensitividad Interpersonal	8.02	7.62	.74
Depresión	10.90	8.83	.79
Ansiedad	7.45	6.88	.82
Hostilidad	5.31	5.59	.64
Ansiedad fóbica	2.48	3.49	.73
Ideación Paranoide	5.68	4.42	.71
Psicoticismo	5.86	6.64	.82

Se presentan en la tabla 5.2. las medias, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de todas las variables predictoras incluidas en este estudio: felicidad (OHI), estilo explicativo optimista (CASQ) y optimismo disposicional (LOT-R). En general, se ha encontrado una consistencia interna elevada en la escala de felicidad y niveles moderados de consistencia interna con respecto al estilo explicativo y el optimismo disposicional.

Tabla 5.2*Medías, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de las variables predictoras*

Variables	Media	Desviación Típica	Alfa de Cronbach
OHI	69.74	18.07	.95
CQ-T	3.60	4.38	.62
CQ-M	10.70	3.29	.59
CQ-B	14.30	3.48	.60
LT-T	14.33	4.14	.64
LT-O	8.20	3.05	.62
LT-P	6.14	2.54	.63

OHI: Felicidad, CQ-T: Estilo explicativo total. CQ-M: Estilo explicativo para los acontecimientos negativos, CQ-B: Estilo explicativo para los acontecimientos positivos, LT-T: Optimismo disposicional Total, LT-O: Optimismo disposicional optimismo, LT-P: Optimismo disposicional pesimismo,

Por último, en la tabla 5.3. se exponen las medias, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de las variables moderadoras o de control (extraversión y estabilidad emocional), encontrándose niveles adecuados de consistencia interna con respecto a estas variables.

Tabla 5.3*Medías, desviaciones típicas y alfas de Cronbach de las variables de control o moderadoras*

Variables	Media	Desviación Típica	Alfa de Cronbach
BFQ-NA			
Extraversión	20.87	6.96	.82
Estabilidad Emocional	38.53	8.68	.76

3.2. Análisis Correlacional

Para comprobar las hipótesis 1 y 2 de este estudio se ha realizado un análisis correlacional, a partir de los índices de correlación de Pearson, obteniéndose los resultados que se describen a continuación.

En la tabla 5.4. se presentan las correlaciones existentes entre las escalas de síntomas físicos y las variables de extraversión, estabilidad emocional, optimismo disposicional, felicidad y estilo explicativo optimista.

Tabla 5.4

Correlaciones existentes entre las escalas de síntomas físicos y las variables de extraversión, estabilidad emocional, optimismo disposicional, felicidad y estilo explicativo optimista

	EX	EE	LT-T	LT-O	LT-P	OHI	CQ-M	CQ-B	CQ-T
IN	.07	-.29**	-.13*	-.02	-.19	-.21**	.15	-.07	-.17**
CV	.15**	-.31**	-.13**	-.04	-.18	-.16**	.17	-.04	-.16**
RP	.09	-.34**	-.20**	-.09	-.22	-.20**	.13	-.16	-.23**
GI	-.01	-.28**	-.08	-.01	-.11	-.14**	.09	.001	-.07
NS	.03	-.31**	-.18**	-.07	-.21	-.18**	.18	-.04	-.17**
ME	.04	-.30**	-.18**	-.07	-.22	-.14**	.15	.004	-.12*
PA	.05	-.27**	-.06	-.01	-.093	-.12*	.08	-.03	-.08
GU	.045	-.24**	-.10*	-.01	-.15	-.08	.10	-.02	-.09

*p<.05; **p<.01, EX: Extraversión, EE: Estabilidad Emocional; LT-T: Optimismo disposicional Total, LT-O: Optimismo disposicional optimismo, LT-P: Optimismo disposicional pesimismo, OHI: Felicidad, CQ-M: Estilo explicativo para los acontecimientos negativos, CQ-B: Estilo explicativo para los acontecimientos positivos, CQ-T: Estilo explicativo Total. IN= inmunológico; CV= cardiovascular; RP= respiratorio; GI= gastrointestinal; NS= neurosensorial; ME= musculo-esquelético; PA= piel-alergia; GU= genitourinario.

Los resultados indican la existencia de correlaciones negativas significativas entre la mayoría de las escalas de síntomas físicos y las medidas de estabilidad emocional, felicidad, optimismo disposicional total y estilo explicativo optimista total. Así, podemos concluir que las personas adolescentes con mayores puntuaciones en estabilidad emocional, felicidad, optimismo disposicional y/o con un estilo explicativo más optimista presentan menos síntomas físicos.

En la tabla 5.5 se presentan las correlaciones existentes entre las escalas de síntomas psicopatológicos y las variables de extraversión, estabilidad emocional, optimismo disposicional, felicidad y estilo explicativo optimista.

Tabla 5.5

Correlaciones existentes entre las escalas de síntomas psicopatológicos y las variables de extraversión, estabilidad emocional, optimismo disposicional, felicidad y estilo explicativo optimista

	EX	EE	LT-T	LT-O	LT-P	OHI	CQ-M	CQ-B	CQ-T
ST	.05	-.32**	-.22**	-.02	-.34	-.25**	.18	-.08	-.20**
OB	.15*	-.34**	-.23**	-.02	-.35	-.34**	.19	-.12	-.20**
SI	.10	-.28**	-.29**	-.10	-.33	-.26**	.16	-.12	-.22**
DP	.06	-.37**	-.24**	-.05	-.32	-.26**	.21	-.10	-.24**
AN	.02	-.36**	-.20**	-.01	-.31	-.22**	.19	-.03	-.16*
H	.05	-.38**	-.16**	-.03	-.23	-.24**	.11	-.06	-.13*
AF	.09	-.24**	-.07	.08	-.22	-.16**	.15	-.02	-.13*
IP	.70	-.29**	-.18**	-.01	-.28	-.22**	.17	-.10	-.21**
PS	.10	-.29**	-.19**	-.004	-.30	-.19**	.17	-.06	-.18**

*p<.05; **p<.01, EX: Extraversión, EE: Estabilidad Emocional; LT-T: Optimismo disposicional Total, LT-O: Optimismo disposicional optimismo, LT-P: Optimismo disposicional pesimismo, OHI: Felicidad, CQ-M: Estilo explicativo para los acontecimientos negativos, CQ-B: Estilo explicativo para los acontecimientos positivos, CQ-T: Estilo explicativo Total. ST= somatizaciones; OB= obsesiones; SI= sensibilidad interpersonal; DP= depresión; AN= ansiedad; H= hostilidad; AF= ansiedad fóbica; IP= ideación paranoide y PS= psicoticismo.

De acuerdo con los análisis correlacionales realizados, se han hallado correlaciones negativas significativas entre todas las escalas de síntomas psicopatológicos y las medidas de felicidad, optimismo disposicional total, estilo explicativo optimista total y estabilidad emocional; es decir, los datos indican que las personas adolescentes con un estilo explicativo optimista y mayores puntuaciones en estabilidad emocional, felicidad y/u optimismo disposicional muestran menos síntomas psicopatológicos.

3.3. Análisis de Regresión

Para comprobar la hipótesis 3 se realizó un análisis de regresión lineal múltiple (mediante el procedimiento de pasos sucesivos), tomando como variables criterio los síntomas físicos y psicopatológicos, como variables predictivas el optimismo (estilo explicativo y disposicional) y la felicidad, y como variables de control o moderadoras la extraversión y la estabilidad emocional. Los resultados que se desprenden de estos análisis se muestran a continuación.

3.3.1. Síntomas físicos

3.3.1.1. Sistema Inmunológico

En primer lugar, se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 28.03$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .09.

En segundo lugar, se introdujo la variable predictora felicidad ($F(5,292) = 2.75$ $p < .02$) produciendo un incremento en R^2 de .04 y conformando todas las variables el modelo predictivo que puede verse en la tabla 5.6.

Tabla 5.6

Análisis de Regresión de los síntomas del sistema inmunológico en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R^2	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Sistema Inmunológico	.13	E. Emocional	$F = (1,297 = 28.03)$	-.25	-4.25**
		Felicidad	$F = (5,292 = 2.75)$	-.13	-2.14*

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional

Estos resultados muestran que las personas adolescentes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional y en felicidad informan experimentar menos síntomas del sistema inmunológico, siendo estas dos variables por tanto las que mejor predicen dicha sintomatología.

3.3.1.2. Sistema Cardiovascular

Se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 33.68$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .10 y obteniéndose el modelo predictivo que puede verse en la tabla 5.7.

Tabla 5.7

Análisis de Regresión de los síntomas del sistema cardiovascular en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Sistema Cardiovascular	.10	E. Emocional	F (1,297=33.68)	-.32	-5.80**

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional

Los resultados indicados muestran que las personas adolescentes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional informan de peor respuesta del sistema cardiovascular, siendo la estabilidad emocional la única variable predictora de esta sintomatología.

3.3.1.3. Sistema Respiratorio

Como primer paso se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 39.35$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .12.

Como segundo paso se introdujo la variable predictora optimismo disposicional ($F(5,292) = 2.86$; $p < .02$) incrementando el valor de R^2 en .04 y dando lugar al modelo predictivo mostrado en la tabla 5.8.

Tabla 5.8

Análisis de Regresión de los síntomas del sistema respiratorio en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Sistema Respiratorio	.16	E. Emocional	F (1,297=39.35)	-.28	-4.90**
		O. Disposicional	F (5,292=2.86)	-.13	-2.22*

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Estos resultados indican que las personas participantes con puntuaciones bajas en inestabilidad emocional y en optimismo disposicional informan de peor respuesta del sistema respiratorio.

3.3.1.4. Sistema Gastrointestinal

La primera variable en introducirse fue la mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 24.89$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .08 y estableciendo el modelo predictivo expuesto en la tabla 5.9.

Tabla 5.9

Análisis de Regresión de los síntomas del sistema gastrointestinal en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Sistema Gastrointestinal	.08	E. Emocional	$F = (1,297 = 24.89)$	-.28	-4.99**

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional

Estos resultados muestran que las personas adolescentes con puntuaciones altas en estabilidad emocional experimentan menos síntomas del sistema gastrointestinal.

3.3.1.5. Sistema Neurosensorial

En primer lugar, se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,296) = 30.53$; $p < .00$) obteniéndose una R^2 de .09.

La segunda variable en introducirse fue la variable predictora optimismo disposicional ($F(5,291) = 3.00$; $p < .01$) aumentando la R^2 en .04 y conformando así el modelo predictivo de la tabla 5.10.

Tabla 5.10

Análisis de Regresión de los síntomas del sistema neurosensorial en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Sistema Neurosensorial	.13	E. Emocional	F (1,296=30.53)	-.26	-4.42**
		O. Disposicional	F (5,291=3.00)	-.14	-2.36*

*p<.05; **p<.01, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Estos efectos muestran que las personas participantes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional y optimismo disposicional informan de peor respuesta del sistema neurosensorial.

3.3.1.6. Sistema Musculo-esquelético

Se introdujo inicialmente la variable mediadora estabilidad emocional (F (1,297) =28.62; p<.00) produciendo una R² de .09.

Posteriormente se introdujo la variable predictora optimismo disposicional (F (5,292) =3.04; p<.01) produciendo un incremento en R² de .05 y dando como resultado el modelo predictivo mostrado en la tabla 5.11.

Tabla 5.11

Análisis de Regresión de los síntomas del sistema músculo-esquelético en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	T
Sistema	.14	E. Emocional	F (1,297=28.62)	-.26	-4.49**
Músculo esquelético	–	O. Disposicional	F (5,292=3.04)	-.17	-2.88*

*p<.05; **p<.01, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Estos efectos indican que las personas participantes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional y optimismo disposicional demuestran peor respuesta del sistema músculo-esquelético.

3.3.1.7. Sistema Piel-alergia

La primera variable en introducirse fue la mediadora estabilidad emocional ($F(1,296) = 23.06$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .07, tal y como se observa en la tabla 5.12.

Tabla 5.12

Análisis de Regresión de los síntomas del sistema piel-alergia en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Sistema Piel – alergia	.07	E. Emocional	$F = (1,296 = 23.06)$	-.27	-4.80**

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional

Estos resultados muestran que las personas adolescentes con puntuaciones altas en estabilidad emocional presentan menos síntomas del sistema piel-alergia.

3.3.1.8. Sistema Genitourinario

Se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 17.81$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .06. Esto puede comprobarse en la tabla 5.13.

Tabla 5.13

Análisis de Regresión de los síntomas del sistema genitourinario en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Sistema Genitourinario	.06	E. Emocional	$F(1,297 = 17.81)$	-.24	-4.22**

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional

Estos efectos revelan que las personas participantes inestables emocionalmente exhiben peor respuesta del sistema genitourinario.

3.3.2. Síntomas Psicopatológicos

3.3.2.1. Somatizaciones

En primer lugar, se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 33.71$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .10.

En segundo lugar, se introdujeron las variables predictoras optimismo disposicional y felicidad ($F(5,292) = 8.19$; $p < .00$) produciendo un incremento en R^2 de .11 que puede verse en la tabla 5.14.

Tabla 5.14

Análisis de Regresión de las somatizaciones en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Somatizaciones	.21	E. Emocional	$F = (1,297 = 33.71)$	-.25	-4.50**
		O. Disposicional	$F = (5,292 = 8.19)$	-.26	-4.76**
		Felicidad		-.13	-2.21**

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Estos resultados revelan que las personas adolescentes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional, en optimismo disposicional y en felicidad experimentan más somatizaciones.

3.3.2.2. Obsesiones

En primer lugar, se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 39.61$; $p < .00$) obteniéndose una R^2 de .12.

Posteriormente se introdujeron las variables predictoras optimismo disposicional y felicidad ($F(5,292) = 11.17$; $p < .00$) produciendo un incremento en R^2 de .14 y conformando todas las variables el modelo predictivo que puede verse en la tabla 5.15.

Tabla 5.15

Análisis de Regresión de las obsesiones en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	β	t
Obsesiones	.26	E. Emocional	F= (1,297=39.61)	-.27	-4.97**
		O. Disposicional	F= (5,292=11.17)	-.25	-4.62**
		Felicidad		-.24	-4.27**

*p<.05; **p<.01, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Los efectos mostrados indican que las personas participantes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional, así como en felicidad y optimismo disposicional, informan experimentar más sintomatología obsesiva.

3.3.2.3. Sensitividad interpersonal

Se introdujo, en primer lugar, la variable mediadora estabilidad emocional (F (1,297) =25.17; p<.00) resultando una R² de .08.

Se introdujeron, en segundo lugar, las variables predictoras optimismo disposicional y felicidad (F (5,292) =7.66; p<.00) observándose un aumento en R² de .11. El modelo completo puede verse en la tabla 5.16.

Tabla 5.16

Análisis de Regresión de la sensitividad interpersonal en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Sensitividad interpersonal	.19	E. Emocional	F= (1,297=25.17)	-.19	-3.39**
		O. Disposicional	F= (5,292=7.66)	-.25	-4.39**
		Felicidad		-.13	-2.16**

*p<.05; **p<.01, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O.Disposicional: Optimismo Disposicional

Según los resultados expuestos, las personas participantes más estables emocionalmente, más optimistas y más felices serán los que menos síntomas de sensitividad interpersonal experimenten.

3.3.2.4. Depresión

En primer lugar se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 46.22$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .14.

En segundo lugar se introdujeron las variables predictoras felicidad, estilo explicativo y optimismo disposicional ($F(5,292) = 7.67$; $p < .00$) produciendo un incremento en R^2 de .10 y dando como resultado el modelo predictivo que puede verse en la tabla 5.17.

Tabla 5.17

Análisis de Regresión de la depresión en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Depresión	.24	E. Emocional	$F = (1,297 = 46.22)$	-.30	-5.51**
		Felicidad	$F = (5,292 = 7.67)$	-.13	-2.22**
		E. Explicativo		-.12	-2.20**
		O. Disposicional		-.23	-4.23**

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional, E. Explicativo: Estilo Explicativo

Los resultados expuestos muestran que las personas adolescentes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional, así como en estilo explicativo optimista, felicidad y optimismo disposicional informan de más síntomas depresivos.

3.3.2.5. Ansiedad

Primero se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 42.85$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .13.

Posteriormente se introdujo la variable predictora optimismo disposicional ($F(5,292) = 6.97$; $p < .00$) obteniéndose un incremento en R^2 de .09. Puede consultarse el modelo predictivo resultante en la tabla 5.18.

Tabla 5.18

Análisis de Regresión de la ansiedad en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	β	t
Ansiedad	.22	E. Emocional	F= (1,297=42.85)	-.30	-5.51**
		O. Disposicional	F= (5,292=6.97)	-.24	-4.41**

*p<.05; **p<.01, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Estos datos implican que las personas participantes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional y optimismo disposicional son los que experimentan más ansiedad autoinformada.

3.3.2.6. Hostilidad

La estabilidad emocional fue la primera variable introducida en el análisis (F (1,297) =51.11; p<.00) con una R² de .15.

Posteriormente se incluyeron las variables predictoras felicidad y optimismo disposicional (F (5,292) =3,73; p<.03), que incrementaron el valor de R² en .05 y dieron lugar al modelo predictivo expuesto en la tabla 5.19.

Tabla 5.19

Análisis de Regresión de la hostilidad en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	β	t
Hostilidad	.20	E. Emocional	F (1,297=51.11)	-.35	-6.27**
		Felicidad	F (5,.292=3.73)	-.16	-2.72*
		O. Disposicional		-.14	-2.49*

*p<.05; **p<.01, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Estos resultados ponen de manifiesto que las personas adolescentes con puntuaciones altas en estabilidad emocional, optimismo disposicional y felicidad comunican menos síntomas de hostilidad.

3.3.2.7. Ansiedad fóbica

Se introdujo primeramente la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 18.63$; $p < .00$) dando lugar a una R^2 de .06.

A continuación se analizó el efecto de la variable predictora optimismo disposicional ($F(5,292) = 4.51$; $p < .01$), tras ser introducida en el análisis, observándose un aumento en R^2 de .07. El modelo descrito puede consultarse en la tabla 5.20.

Tabla 5.20

Análisis de Regresión de la ansiedad fóbica en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R^2	Predictores	Modelo de regresión	β	t
Ansiedad fóbica	.13	E. Emocional	$F = (1,297 = 18.63)$	-.21	-3.63**
		O. Disposicional	$F = (5,292 = 4.51)$	-.16	-2.80*

* $p < .05$; ** $p < .01$, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Los efectos mostrados nos indican que las personas participantes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional y optimismo disposicional informan de más síntomas de ansiedad fóbica.

3.3.2.8. Ideación paranoide

Primero se introdujo la variable mediadora estabilidad emocional ($F(1,297) = 27.86$; $p < .00$) produciendo una R^2 de .09.

Posteriormente se introdujo la variable predictora optimismo disposicional ($F(5,292) = 5.44$; $p < .00$) produciendo un incremento en R^2 de .08, conformando así ambas variables el modelo predictivo que puede verse en la tabla 5.21.

Tabla 5.21

Análisis de Regresión de la ideación paranoide en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Ideación paranoide	.17	E. Emocional	F= (1,297=27.86)	-.23	-3.99**
		O. Disposicional	F= (5,292=5.44)	-.20	-3.50**

*p<.05; **p<.01, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Los datos estadísticos resultantes implican que las personas adolescentes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional y optimismo disposicional experimentan más síntomas de ideación paranoide.

3.3.2.9. Psicoticismo

Se introdujo, en primer lugar, la variable mediadora estabilidad emocional (F (1,297) =27.75; p<.00) con una R² de .09.

Se introdujo, en segundo lugar, la variable predictora optimismo disposicional (F (5,292) =5.93; p<.00) incrementando el valor de R² en .08. El modelo predictivo descrito se expone en la tabla 5.22.

Tabla 5.22

Análisis de Regresión del psicoticismo en función de las variables predictivas y moderadoras del estudio

Variable dependiente	R²	Predictores	Modelo de regresión	B	t
Psicoticismo	.17	E. Emocional	F= (1,297=27.75)	-.23	-4.13**
		O. Disposicional	F= (5,292=5.93)	-.24	-4.21**

*p<.05; **p<.01, E. Emocional: Estabilidad Emocional, O. Disposicional: Optimismo Disposicional

Estos efectos demuestran que las personas participantes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional y optimismo disposicional presentan más síntomas de psicoticismo.

CAPITULO 6. DISCUSIÓN ESTUDIO 1

1. RELACIONES ENTRE OPTIMISMO Y FELICIDAD Y SINTOMATOLOGÍA FÍSICA Y PSICOPATOLÓGICA

En la hipótesis que se planteó con respecto a la sintomatología física (hipótesis 1), se esperaba que cuanto mayores fuesen las puntuaciones en optimismo disposicional, en estilo explicativo optimista y/o en felicidad menos síntomas físicos presentarían las personas participantes.

Los resultados encontrados muestran que a mayores puntuaciones en optimismo disposicional, estilo explicativo optimista y/o felicidad menos síntomas físicos se indican en las subescalas de síntomas inmunológicos, cardiovasculares, respiratorios, neurosensoriales y musculo-esqueléticos, apoyando de este modo lo planteado en la hipótesis y los datos expuestos en otras investigaciones.

En el caso del optimismo disposicional son diversos los estudios en los que la puntuación en optimismo está relacionada con menor sintomatología física y mejor salud, tanto en personas adultas como en adolescentes, tanto en población sana como en muestras que presentan alguna enfermedad.

Con personas adultas, Vera-Villaroel & Guerrero (2014) realizaron un estudio con madres y padres de niños y niñas autistas que se diferenciaban en el grado de optimismo disposicional, encontrando que los padres y madres más optimistas presentaban menos síntomas físicos y mejor salud –menos dolores musculares y de cabeza, menor tensión arterial y menor propensión a enfermar-- que las madres y padres con puntuaciones altas en pesimismo. Davidson y Prkachin (1997) hallaron resultados similares en pacientes coronarios. Así, las personas pacientes coronarios más optimistas solían mostrar menos dolor y molestias, así como mejor recuperación física después de la enfermedad que los pacientes pesimistas. Estos mismos resultados han sido encontrados en la revisión de Lavarthe *et al.* (2016), que concluyen que los/las pacientes coronarios con puntuaciones altas en optimismo disposicional experimentan menos dolor y menos riesgo de sufrir una enfermedad cerebrovascular. Por último, los resultados descritos se replican en líneas generales con pacientes de cáncer (Ekeberg *et al.*, 2004) y con pacientes con enfermedades del sistema inmune y pacientes con complicaciones físicas durante el

embarazo (Ramussen *et al.*, 2009). En el primer caso el optimismo disposicional está relacionado con un menor consumo de fármacos analgésicos, con menor número de quejas somáticas y con una mejor recuperación física tras la enfermedad. Por su parte, en el segundo estudio el optimismo disposicional se asoció con mejores resultados en lo referente a tasas de mortalidad y supervivencia, síntomas físicos, dolor y menos complicaciones físicas durante el embarazo.

En cuanto a los estudios con adolescentes, el optimismo se ha relacionado con menos dolor físico y menos síntomas, tales como náuseas, mareos o vómitos (Chang, 1988; Chang *et al.*, 1997). Por su parte, una muestra de adolescentes con diabetes con altas puntuaciones en optimismo disposicional aceptaba mejor su enfermedad, la manejaba mejor y tenían más adherencia al tratamiento y mejor calidad de vida (Celano *et al.*, 2019).

Los datos de estudios en los que se ha evaluado el estilo explicativo optimista indican efectos parecidos a los descritos para el optimismo disposicional; a saber, cuanto mayores son las puntuaciones en el estilo explicativo optimista menor sintomatología física se experimenta, con independencia del tipo de muestra que se haya incluido en los estudios.

En este sentido, Jackson *et al.* (2002) y Peterson *et al.* (1988) comprobaron que las personas adultas sanas con un estilo explicativo optimista suelen sufrir menos enfermedades físicas, realizan menos visitas al médico y experimentan menos dolor físico que las personas con un estilo explicativo más pesimista. Dworking *et al.* (2016) informan también de datos similares: las personas con un estilo explicativo optimista muestran mejor respuesta del sistema inmunológico y menos visitas a los centros de salud. En pacientes con un estilo explicativo pesimista que habían sufrido un ataque cardíaco se obtuvo resultados semejantes, ya que éstos mostraban peor respuesta del sistema inmunológico, mayor número de visitas a los centros sanitarios, mayor consumo de fármacos analgésicos, mayor número de accidentes y menor tasa de supervivencia que las personas pacientes más optimistas (Eslami *et al.*, 2014; Levy *et al.*, 2016).

En el caso de la población adolescente los resultados apoyan igualmente lo ya expuesto. Por ejemplo, Kahlert y Brand (2017), en una investigación realizada con deportistas jóvenes, indicaron que las personas jóvenes con un estilo explicativo más optimista tenían menos lesiones y mejor recuperación de las mismas, sufrían menos

accidentes durante los entrenamientos y, cuando los sufrían, estos eran menos graves y duraderos. De modo similar, en un estudio realizado con adolescentes con el sistema inmunológico deprimido, Dingfelder (2002) encontró que las personas adolescentes que muestran un estilo explicativo optimista tienen mejor respuesta del sistema inmunológico y experimentan menos síntomas físicos relacionados con la inmunodepresión. Roberts y Shouthall (2002) hallaron resultados que iban en la misma línea con adolescentes que presentaban enfermedades de los sistemas gastrointestinal y respiratorio; es decir, las personas adolescentes con un estilo explicativo optimista se recuperaban mejor de su enfermedad, experimentaban menos dolor físico y éste era menos intenso y de menor duración.

Por otra parte, en diversos estudios se ha relacionado la felicidad y el bienestar subjetivo con una menor sintomatología física y una mejor salud. Estos resultados se han encontrado tanto en población adulta como en población adolescente, al igual que en personas sanas y personas enfermas.

En el caso de personas adultas, Myers (2000) llevó a cabo una investigación en la que comprobó que las personas más felices son menos vulnerables a padecer enfermedades físicas, experimentan menos síntomas físicos, mejoran su recuperación en el caso de enfermarse, tienen más probabilidad de supervivencia e informan de menos dolor y molestias. Estos mismos datos han sido hallados en el estudio de Tindle (2009) con mujeres; en éste, las personas más felices sufren menos enfermedades cardíacas y tienen menos episodios de accidentes cerebrovasculares. Barefoot *et al.* (2000) encontraron resultados parecidos con pacientes coronarios. Mostraron que las personas menos felices tienen más riesgo de mortalidad.

En lo que respecta a la población adolescente, la felicidad está relacionada con menos síntomas físicos, con independencia de la etnia o el sexo (Zullig *et al.*, 2005). Reigal-Garrido y Videra-García (2013) han encontrado datos semejantes en adolescentes que sufrían enfermedades físicas relacionadas con los sistemas gastrointestinal, músculo esquelético y/o respiratorio. En este sentido, los resultados del estudio indican que las personas adolescentes más felices informaban de un menor consumo de fármacos, de una mejor recuperación, de menos dolor y molestias y de una mayor salud física percibida en general.

La hipótesis 2 se formuló para la sintomatología psicopatológica. En ésta hipótesis se esperaba encontrar que los participantes adolescentes con mayores puntuaciones en optimismo disposicional, estilo explicativo optimista y/o felicidad manifestarían menos síntomas psicopatológicos.

En líneas generales, los resultados apoyan lo hipotetizado, mostrando que cuanto mayores son las puntuaciones en optimismo disposicional, estilo explicativo optimista y/o felicidad menores son los síntomas psicopatológicos autoinformados de distinto tipo.

Los datos encontrados en este trabajo son también similares a los que se encuentran en otras investigaciones anteriores. Así, las personas con puntuaciones altas en optimismo disposicional suelen exhibir igualmente menos síntomas de estrés, ansiedad y depresión, encontrándose estos hallazgos tanto en población adulta como en población adolescente.

En adultos, Alloy y Gibb (2006), Hillman *et al.* (2018) y Loh *et al.* (2017) comprobaron que las personas con un alto optimismo disposicional muestran menos estrés, ansiedad y depresión que aquellas personas con puntuaciones más bajas.

En el caso de la población adolescente, Kaiser y Malik (2015) detectaron que los jóvenes con puntuaciones altas en optimismo disposicional muestran una disminución en los síntomas de estrés, ansiedad, depresión y ansiedad fóbica. Datos parecidos los hayamos en el trabajo llevado a cabo por Chen y Xiaobo (2015), en la cual el optimismo disposicional es un buen protector de la ausencia de síntomas depresivos y ansiedad fóbica.

En lo que respecta al estilo explicativo optimista, la revisión bibliográfica realizada muestra asimismo que las personas con un estilo explicativo optimista, sean adolescentes o adultas, manifiestan menos síntomas depresivos en situaciones estresantes o negativas.

Con población adulta, Lee *et al.* (2016) comprobaron que las personas con un estilo explicativo optimista presentaban menos síntomas depresivos. Datos parecidos, pero en sentido contrario, se encuentran en la investigación llevada a cabo por Méndez y Sánchez (2009) en la cual se muestra que las personas con un estilo explicativo pesimista experimentan más síntomas depresivos.

En estudios con adolescentes también se ha concluido que las personas que exhiben un estilo explicativo optimista presentan menos síntomas depresivos (Girgus *et al.*, 1992; Sánchez, 2010), menos ansiedad y estrés ante los exámenes (Freres *et al.*, 2006) y menores dificultades en la relación con sus compañeros y compañeras y con el profesorado (Gómez *et al.*, 2009). En el trabajo llevado a cabo por Ojeda *et al.* (2020) se encontró una relación negativa entre estilo explicativo optimista y depresión, así como una relación positiva entre estilo explicativo pesimista y depresión.

Por último, los resultados en relación con la variable felicidad se sitúan igualmente en la misma línea. Las personas que dicen ser más felices muestran menos síntomas de estrés, ansiedad, depresión y menos dificultades en las relaciones interpersonales.

En adultos, Alpi *et al.* (2017) demuestran que las personas más felices presentaban menos síntomas de estrés y ansiedad. Gómez-Baya y Muñiz-Velázquez (2021) encontraron datos similares al comprobar que las personas adultas más felices manifiestan menos síntomas depresivos y mejores relaciones interpersonales. Por su parte, Cardona *et al.* (2019) comprobaron que las personas mayores más felices experimentaban menos síntomas ansiosos y depresivos y mostraban mejores relaciones familiares.

En lo que respecta a la población adolescente, Acosta y Clavero (2018) comprueban que las personas adolescentes más felices experimentan menos estrés y ansiedad. Datos similares los encontraron Arequipeño-Vázquez y Gaspar-Salazar (2017) al demostrar que las personas adolescentes más felices presentaban menos síntomas depresivos. Por su parte, Aguilar-García (2020) encontraron resultados parecidos en cuanto a las relaciones interpersonales.

Los resultados de este trabajo señalan que el optimismo y la felicidad se relacionan negativamente con los síntomas físicos y psicológicos. Estos datos pueden ser útiles de cara a predecir la salud de la población adolescente; es decir, evaluar el optimismo y la felicidad podría ser una buena herramienta para detectar aquellas personas más vulnerables a sufrir dificultades de salud. Además de en la evaluación, los datos obtenidos también son de gran valor para la prevención de problemas de salud; así, el establecimiento de programas de intervención tempranos también puede ayudar a dotar a la población adolescente de las fortalezas necesarias (pensamiento optimista, saber apreciar la felicidad, ser uno mismo, no agobiarse...) para afrontar las dificultades emocionales en el futuro.

2. PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA FÍSICA Y PSICOPATOLÓGICA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

En la hipótesis tres se planteó que el optimismo disposicional, el estilo explicativo optimista y/o la felicidad serían buenos predictores de la salud física y psicológica de la población adolescente tras controlar el efecto de variables como la extraversión y la estabilidad emocional.

Aunque ninguna de las variables personales incluidas, ni la combinación entre ellas, explica más del 20% de la varianza de la sintomatología física en esta muestra de adolescentes, los resultados obtenidos demuestran que el mejor predictor de la sintomatología física es la estabilidad emocional. El optimismo disposicional parece ser de alguna importancia para predecir la ausencia de sintomatología respiratoria, neurosensorial y musculo-esquelética, pero sus efectos son pequeños y solo son relevantes cuando se suman a los efectos producidos por la estabilidad emocional. En cuanto a la felicidad y el estilo explicativo optimista, los resultados sugieren que no desempeñan ningún papel en este tipo de sintomatología en adolescentes.

El porcentaje de varianza explicada para la sintomatología psicopatológica por las variables personales incluidas en el estudio es algo mejor (más del 20% en al menos la mitad de las variables criterio). En cuanto al optimismo disposicional y la estabilidad emocional, éstos son capaces de predecir la ausencia de todo tipo de sintomatología psicopatológica, llamando la atención de nuevo sobre la posible semejanza o solapamiento parcial entre ambos constructos. La felicidad se muestra algo más predictiva que en el caso de la sintomatología física y de utilidad para predecir la ausencia de los síntomas de somatizaciones, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión y hostilidad. Por último, el estilo explicativo muestra resultados semejantes a los encontrados en otros estudios, en los que solo predice la no aparición de sintomatología depresiva.

Los resultados expuestos sobre la capacidad predictiva del optimismo disposicional con respecto a la sintomatología física son similares a los encontrados en otras investigaciones tanto con población adulta (Peterson *et al.*, 1988; López *et al.*, 2019), como con adolescentes (Räikkönen, & Matthews, 2008; Oreskovic & Goodman, 2013; Oliver *et al.*, 2014). En el caso del estilo explicativo los datos encontrados en otras investigaciones son contrarios a los hallados en este estudio, aunque podría deberse a la

muestra utilizada: adolescentes en nuestro caso y personas adultas en los estudios a los que nos referimos. Por ejemplo, la investigación llevada a cabo por Tomakowsky *et al.* (2001) muestra que el estilo explicativo optimista es un buen predictor de los síntomas del sistema inmunológico. Datos parecidos los podemos encontrar en el estudio realizado por Jackson, Sellers y Peterson (2002) en el cual el estilo explicativo pesimista predice los síntomas de los sistemas inmunológico y cardiovascular. En cuanto a la felicidad, los resultados descritos son similares en general con lo aportado en otros estudios. Así, en una revisión realizada por Veenhoven (2008), la felicidad es una buena predictora de los síntomas físicos del sistema inmunológico, respiratorio, cardiovascular, neurosensorial y musculo-esquelético. Las diferencias que existen en los síntomas físicos en las distintas muestras se pueden deber a que tal vez las personas adultas sepan identificar mejor los síntomas físicos y las relaciones con otras variables, por lo que les resultará más fácil identificar que variables influyen en sus síntomas físicos. En el caso de los adolescentes, la no identificación tan clara de la sintomatología, o el hecho de que la sintomatología es escasa, al tratarse de población en general joven y sana, podría disminuir el valor de las relaciones.

Cuando se analiza el papel del optimismo disposicional con respecto a los síntomas psicopatológicos, de nuevo los resultados apoyan lo encontrado en otras investigaciones. Así, en el estudio de Hernández, Martín-Brufau *et al.* (2017) con población adulta, se concluyó que el optimismo disposicional es predictivo de todos los síntomas psicopatológicos excepto de la hostilidad (medidos todos a través del SCL-90-R). Por su parte, Lai (2009) y Wong y Lim (2009) encuentran que el optimismo disposicional es un buen predictor del estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos de la población adolescente. Por su parte las investigaciones llevadas a cabo con respecto al estilo explicativo optimista muestran que esta variable es buena predictora de la sintomatología depresiva (Peterson *et al.*, 1988; Nolen-Hoeksema *et al.*, 1992; Sánchez & Méndez, 2009). Por último, la felicidad se muestra igualmente predictiva de la ausencia de sintomatología depresiva, obsesiones y dificultades interpersonales de las personas adolescentes (Guterman *et al.*, 2002; Parke, 2004).

En resumen, los resultados de este estudio muestran que el optimismo y la felicidad son mejores predictores de la sintomatología psicopatológica. Los datos indican que éstas variables predicen una gran variedad de síntomas psicológicos en las personas adolescentes. Dentro de éstos podemos encontrar los síntomas más comunes en la

población adolescente, como la ansiedad y la depresión, al igual que otro tipo de síntomas, como la ideación paranoide y el psicoticismo. Por tanto, estos datos nos ayudan a establecer una relación más completa entre el optimismo y la felicidad y la frecuencia de síntomas psicopatológicos en la adolescencia.

3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA

A continuación se detallan algunas limitaciones del estudio, así como algunas sugerencias de mejora para futuros trabajos derivadas de tales limitaciones.

En primer lugar, el tamaño de la muestra (299). Puede que éste no sea lo suficientemente amplio para detectar mejores efectos o explicar más porcentaje de varianza de la salud física y psicológica. En futuros estudios podría aumentarse el número de participantes para que este alcance criterios de representatividad adecuados.

En segundo lugar, los instrumentos de evaluación utilizados para evaluar la sintomatología física y psicopatológica. Estos pueden ser extensos, y la comprensión de su contenido resultar a veces algo complicada para la población adolescente. Las escalas ESS-R y SCL-90-R muestran buenos datos de fiabilidad, permiten obtener información completa sobre un número amplio de síntomas y son los únicos que pueden reunir esta información conjuntamente en población adolescente, motivo por el cual se han utilizado en este trabajo. No obstante, es conveniente llevar a cabo otros estudios posteriores con instrumentos más cortos y de más fácil comprensión para la población adolescente.

En tercer lugar, puede existir un solapamiento entre los constructos de optimismo disposicional y estabilidad emocional. Este solapamiento se puede deber a que los constructos no se separan tan claramente a nivel teórico. Así, los resultados obtenidos por el optimismo disposicional pueden venir determinados por la varianza que comparte con la estabilidad emocional. Para poder comprobar el valor predictivo del optimismo disposicional habrá que controlar los efectos de la estabilidad emocional en posteriores ocasiones.

En cuarto y último lugar, los datos únicamente muestran relaciones o predicciones de las fortalezas con la sintomatología. Estas correlaciones y predicciones no son suficientes debido a que se desconoce la causalidad, por lo que se necesitan más estudios que permitan determinarlo.

CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA Y RESULTADOS DEL ESTUDIO 2

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivos

Los objetivos de este estudio han sido:

1. Comprobar la eficacia de un programa de intervención, basado en el entrenamiento en fortalezas personales, sobre la salud física y psicopatológica y el rendimiento académico de adolescentes, así como sus efectos sobre la salud física y psicopatológica tras un seguimiento de 6 meses.

Para comprobar la eficacia de las 3 sesiones de entrenamiento en estilo explicativo optimista, por un lado, y de las 3 sesiones de entrenamiento con otras fortalezas, por otro lado, en relación con la sintomatología física y psicopatológica, este objetivo general se desglosaría a su vez en dos sub-objetivos.

- 1.1 Probar la eficacia de las tres sesiones de entrenamiento en el estilo explicativo optimista sobre la disminución de los síntomas físicos y psicopatológicos en la mitad de la muestra que ha recibido el entrenamiento en este componente en primer lugar.
- 1.2 Demostrar la eficacia de las tres sesiones de entrenamiento con otras fortalezas sobre la disminución de los síntomas físicos y psicopatológicos en la mitad de la muestra que ha recibido el entrenamiento con estos componentes en primer lugar.
2. Comprobar la eficacia del entrenamiento para fomentar las fortalezas personales en relación con un programa de entrenamiento centrado en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento del estrés y con un grupo de control de lista de espera.
3. Estudiar la eficacia diferencial de los dos tipos de tratamiento aplicados para mantener sus efectos a los 6 meses.

1.2. Hipótesis

Para el objetivo uno y sus dos sub-objetivos se plantean las siguientes hipótesis:

1. El número de síntomas físicos y de malestar psicopatológico de los/as participantes disminuirá después de las sesiones de entrenamiento en fortalezas personales. El nivel de sintomatología física y psicopatológica del grupo que ha recibido el entrenamiento en fortalezas personales se mantendrá 6 meses después de la finalización del entrenamiento.
2. La nota media general de la muestra de adolescentes, así como la nota media en las asignaturas de ciencias, letras u otras asignaturas, aumentará en la evaluación siguiente al entrenamiento en fortalezas personales.
3. El número de síntomas físicos y de malestar psicopatológico de las personas adolescentes se reducirá después de las tres sesiones de entrenamiento en estilo explicativo optimista.
4. El número de síntomas físicos y de malestar psicopatológico de la población adolescente disminuirá después de las tres sesiones de entrenamiento en otras fortalezas.

Las hipótesis que se plantean para comprobar el objetivo dos son:

5. El alumnado que ha recibido el entrenamiento en fortalezas personales experimentará menos síntomas físicos y psicopatológicos que el alumnado que ha recibido el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento del estrés y que el alumnado que no ha recibido ningún tratamiento.
6. El alumnado que ha recibido el entrenamiento en fortalezas personales obtendrá una nota media mayor, en la evaluación siguiente a la aplicación del entrenamiento, que el alumnado que ha recibido un entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento del estrés y que el alumnado que no ha recibido ningún tratamiento.

Para comprobar el objetivo tres se plantea la siguiente hipótesis:

7. Se espera que en la fase de seguimiento el grupo de entrenamiento en fortalezas personales experimente menos síntomas físicos y psicopatológicos que los otros dos grupos de tratamiento.

2. METODOLOGÍA

2.1. Participantes

De entre la muestra de participantes del estudio 1, se seleccionaron 65 adolescentes (33 chicos y 32 chicas), con un rango de edad que oscilaba entre 13 y 17 años de edad ($M=14.32$ y $DT=.89$) (Ver figura 7.1). Los participantes fueron estudiantes de 2º y 3º de E.S.O. de tres localidades de la provincia de Jaén (Rus, Sabiote y Úbeda). Fueron seleccionados aquellos adolescentes que obtuvieron un centil de 25 o menos en el estilo explicativo optimista-pesimista (CASQ) y en la puntuación de felicidad (OHI), tomando como base para el cálculo de los centiles la muestra completa del estudio 1.

Los participantes elegidos fueron distribuidos al azar a uno de los tres grupos del estudio. En el grupo 1 (control de lista de espera) fueron asignados 11 chicos y 11 chicas ($M= 14.27$ y $DT=.83$). Al grupo 2 (entrenamiento en habilidades sociales y reducción del estrés) fueron asignados 11 chicos y 10 chicas ($M=14.24$ y $DT=.70$). El grupo 3 (entrenamiento en fortalezas personales) quedó compuesto por 11 chicos y 11 chicas ($M=14.45$ y $DT=1.10$). Los tres grupos eran homogéneos en cuanto a las variables edad, género, hábitos de estudio, estilo explicativo, felicidad, extraversión, neuroticismo, inteligencia y rendimiento académico (Ver tabla 7.1 en este mismo apartado para comprobar medias, desviaciones típicas y resultados de los análisis).

Figura 7.1

Diagrama de flujo de los participantes del estudio

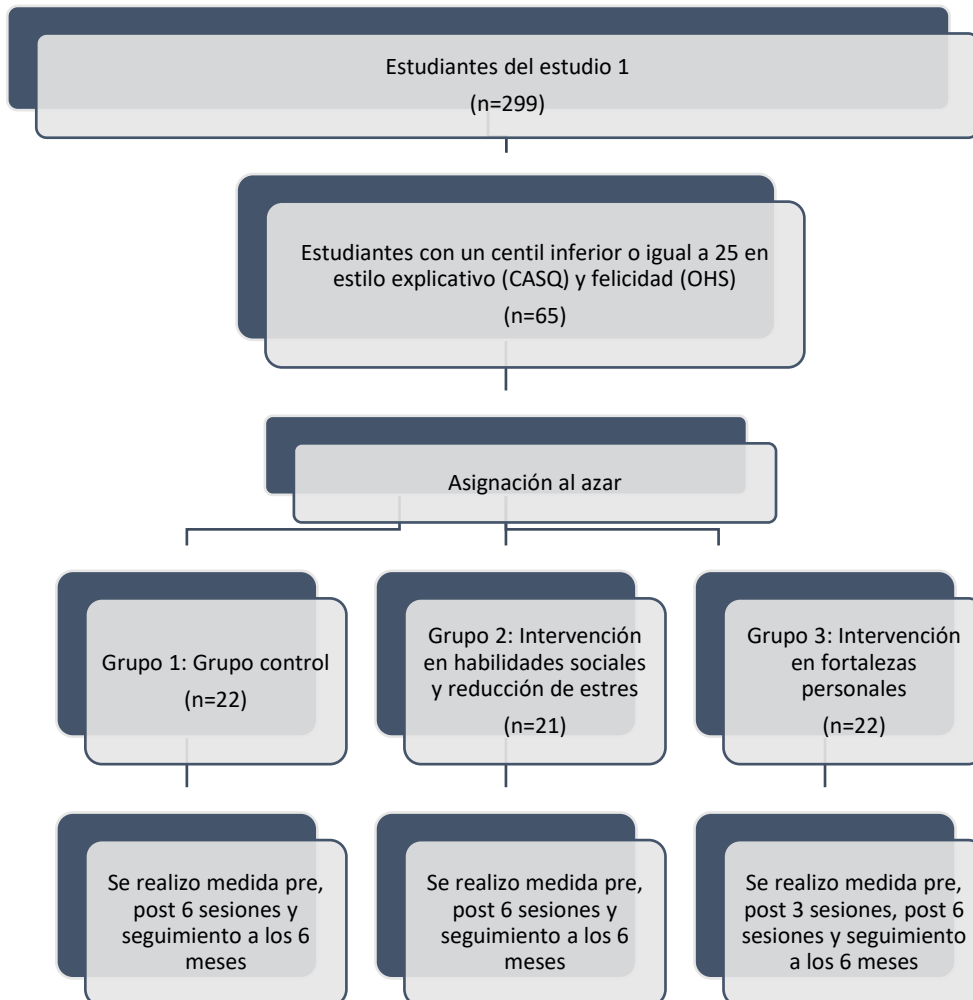


Tabla 7.1

Medias, desviaciones típicas y ANOVAS de las variables edad, género, hábitos de estudio, felicidad, estilo explicativo, extraversión, neuroticismo, inteligencia y rendimiento académico en función de los grupos

Variable	Media de los Grupos			Desviación Típica			F	p	η^2_p
	1	2	3	1	2	3			
Género							.015	.694	.012
Edad	14.27	14.24	14.45	.83	.70	1.10	.367	.985	.000
H.E escala 1	18.82	18.45	19.55	3.72	4.97	3.84	.379	.686	.012
H.E escala 2	8.91	8.31	9.52	4.50	4.87	3.48	.425	.656	.014
H.E escala 3	14.45	12.83	14.86	2.94	2.97	2.60	2.783	.070	.082
H.E escala 4	19.07	18.07	16.93	3.08	2.90	3.48	2.508	.090	.075
Felicidad	59.55	66.62	57.68	16.98	12.94	12.43	2.327	.106	.070
E.E Positivos	14.05	12.95	14.05	4.36	3.37	4.03	.478	.623	.015
E.E Negativo	15.27	14.14	14.95	2.51	1.15	2.36	1.272	.288	.039
E.E Total	- .86	-1.19	-.91	4.61	3.76	3.56	2.068	.135	.063
Extraversión	21	22.62	23.59	6	8.43	8.59	.626	.538	.020
Neuroticismo	39.32	35.86	32.68	6.83	9.65	10.05	3.028	.056	.089
Inteligencia	22.95	20.14	22.18	5.35	7.83	4.84	1.206	.306	.037
Rendimiento académico	5.54	5.21	5.43	.90	.87	.91	.353	.979	.002

*1=Grupo Control, 2= Grupo Habilidades Sociales, 3= Grupo Fortalezas, H.E Escala 1= Hábitos de Estudio Escala de Condiciones ambientales, H.E Escala 2= Hábitos de Estudio Escala de Planificación del estudio, H.E Escala 3= Hábitos de Estudio Escala de Utilización de materiales, H.E Escala 4= Escala de Hábitos de Estudio Escala de Asimilación de contenidos. E. E Positivos= Estilo Explicativo para los pensamientos positivos, E.E Negativos = Estilo Explicativo para los pensamientos negativos, E.E Total= Estilo Explicativo para el total

2.2. Instrumentos

1. Cuestionario de Estilo Atribucional para población infantil (CASQ) (Seligman *et al.*, 1984). Descrito en el estudio 1.

2. Inventario de Felicidad de Oxford (OHI) (Argyle *et al.*, 1989). Descrita en el estudio 1.

3. Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1983), en la versión española de González de Rivera y De las Cuevas (1988). Descrito en el estudio 1.

4. Escala de Síntomas Somáticos (ESS-R) (Sandin y Chorot, 1991). Descrito en el estudio 1.

5. Rendimiento académico. Se utilizaron las calificaciones de las actas de evaluación del curso académico en el que se llevó a cabo el entrenamiento, correspondientes a las asignaturas de ciencias (física y química, matemáticas, biología y tecnología), las asignaturas de letras (lengua española, inglés y francés) y otras asignaturas (religión, educación física y ciudadanía). La escala de calificación fue de 0 a 10. Se tuvieron en cuenta dos evaluaciones: la primera evaluación para la fase pre y la tercera evaluación para la fase post.

6. Cuestionario de Personalidad Big Five para niños y adolescentes (BFQ-NA) (Barbaranelli *et al.*, 1998), en la versión española de TEA, traducida y adaptada al castellano por Del Barrio *et al.* (2006). Descrito en el estudio 1.

7. Inventario de Hábitos de Estudio (IHE) de Pózar. Es un instrumento que pretende evaluar los hábitos de trabajo y de estudio mediante cuatro escalas: condiciones ambientales del estudio, planificación del estudio, utilización de materiales y asimilación de contenidos. Está compuesto por 90 ítems, que se contestan con un formato de respuesta SI-NO. Según el estudio de validación con muestras españolas, la prueba muestra buenos índices de fiabilidad dos mitades (valores en torno a .90) y de validez de criterio (valores en torno a .80). En la muestra del estudio, el valor del alfa de Cronbach del instrumento ha sido de .89.

8. D-70. Es una prueba que mide la inteligencia general evaluando las funciones de abstracción y comprensión de relaciones. Se ha utilizado la adaptación española llevada a cabo por Cruz *et al.*, del año 1971. Esta prueba consta de 44 ítems, en los que se presentan varias fichas de dominós ordenadas según una secuencia lógica que el sujeto debe descubrir y escribir en el lugar adecuado. Los ítems están ordenados de menor a mayor complejidad y tener manejo en el juego del domino no influye en la resolución de la tarea. En cuanto a las propiedades psicométricas, la prueba muestra una fiabilidad dos mitades de .82, una correlación de .47 con la puntuación que se obtiene en el Test de Aptitudes PMA y de .62 en relación con el Test de inteligencia no verbal de Bonnarrel (B-53). En la muestra del estudio, el valor del alfa de Cronbach del instrumento ha sido de .84.

2.3. Diseño

Para la realización de este estudio se parte de un diseño factorial mixto, con una variable entregrupos y una variable intrasujeto. La variable entregrupos ha sido el Grupo de Entrenamiento y tiene tres niveles: grupo de entrenamiento en fortalezas personales, grupo de entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento del estrés y grupo control de lista de espera. La variable intrasujeto ha sido la Fase de Entrenamiento y ha constado igualmente de tres niveles para la mayoría de las variables dependientes: pretest (antes de comenzar el entrenamiento), postest (después de concluir las 6 sesiones de entrenamiento) y seguimiento (a los seis meses desde la conclusión del tratamiento).

También se ha analizado independientemente los resultados obtenidos tras las tres sesiones de entrenamiento en estilo explicativo optimista y después de las tres sesiones de entrenamiento con otras fortalezas, ya que se quería comprobar los efectos diferenciales de estos componentes del programa sobre la sintomatología física y psicopatológica por separado.

2.4. Procedimiento

Este estudio se llevó a cabo dentro del marco de los programas de promoción de la salud que ofertan las Consejerías de Salud y de Educación de la Junta de Andalucía para los Centros de Secundaria, mediante su programa informatizado “Séneca”.

Concretamente, este trabajo se ha desarrollado dentro del programa de promoción de la salud titulado “Prevenir para Vivir”.

En primer lugar, se obtuvieron los permisos necesarios por parte de la Delegación de Educación y de las direcciones de los 3 centros que han participado en el estudio, así como el consentimiento de los Consejos Escolares y de los padres y madres del alumnado participante. Posteriormente, se obtuvo la autorización del Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad de Jaén.

El estudio ha constado de tres fases: 1) Evaluación pretratamiento (en los tres grupos del estudio). 2) Aplicación del programa de intervención: técnicas para fomentar el pensamiento positivo y otras fortalezas (con evaluación después de las tres sesiones y después de las seis sesiones) en el primero de los grupos experimentales, aplicación de las técnicas para mejorar las habilidades de comunicación y la reducción del estrés (con evaluación después de la totalidad de las sesiones) en el otro grupo experimental, y evaluación post en el grupo de control de lista de espera. 3) Seguimiento de los efectos del tratamiento transcurridos seis meses desde la finalización de las intervenciones (con evaluación en los tres grupos). Todas las pruebas de evaluación aplicadas en el estudio fueron contrabalanceadas en cada una de estas fases.

En la fase de evaluación pretratamiento se administraron los siguientes instrumentos: CASQ, OHI, BFQ-NA, SCL-R-90, ESS-R, IHE, D70 y se obtuvieron las calificaciones académicas del primer trimestre. La aplicación de los autoinformes fue realizada de forma colectiva en el centro correspondiente, en un aula asignada por cada centro y en el horario de tutorías de los distintos grupos. Los centros académicos contaron con la autorización de los padres y las madres y en ningún caso se permitió conocer las notas personales del alumnado participante en el estudio a personas ajenas al centro educativo, sino que las personas autorizadas del centro colaboraron estrechamente con la persona que llevó a cabo la intervención, proporcionándole las puntuaciones de las personas participantes en las asignaturas mencionadas para cada uno de los grupos de intervención.

En la segunda fase se entrenó a los dos grupos experimentales de forma colectiva, en el aula asignada por cada centro y en el horario de tutorías de cada grupo.

En el grupo experimental 3 (entrenamiento en fortalezas personales) se dividió al grupo de 22 participantes en dos subgrupos de 11 personas cada uno. El entrenamiento en estilo explicativo optimista se aplicó al subgrupo 1 durante las tres primeras sesiones, mientras que al subgrupo 2 se le aplicó primero el entrenamiento con otras fortalezas. Finalizadas las tres primeras sesiones, el subgrupo 1 realizó las tres sesiones de entrenamiento con otras fortalezas y el subgrupo 2 las tres sesiones de entrenamiento en estilo explicativo optimista. Tras las tres primeras sesiones recibidas por cada subgrupo, los participantes cumplimentaron de modo colectivo los siguientes instrumentos: CASQ, OHI, SCL-90-R y ESS-R.

Para el entrenamiento del grupo experimental 2 (habilidades sociales y reducción del estrés) el grupo total se subdividió en tres subgrupos de 7 personas cada uno.

Concluidas las 6 sesiones de entrenamiento en ambos grupos experimentales, se aplicó a todos los participantes del estudio las siguientes pruebas de evaluación: IHE, CASQ, OHI SCL-90-R, ESS-R y se recogieron los resultados académicos del tercer trimestre.

La fase 3 o de seguimiento se realizó seis meses después de la finalización de los entrenamientos. A todos los participantes del estudio se les administró colectivamente las siguientes pruebas de evaluación: IHE, CASQ, OHI SCL-90-R y ESS-R, en las mismas condiciones descritas en la fase de evaluación pretratamiento.

Tanto la evaluación como la aplicación del entrenamiento fueron realizadas por el autor de esta Tesis, psicólogo sanitario con experiencia en la intervención psicológica con adolescentes.

2.5. Programas de Intervención

Programa de entrenamiento en Fortalezas Personales

El programa utilizado con el grupo experimental 3 (fortalezas personales) constó de 6 sesiones de tratamiento en grupo, de 2 horas de duración por sesión y periodicidad semanal.

Antes de los entrenamientos se expusieron las condiciones del entrenamiento y cuáles iban a ser los contenidos principales y se realizó la nivelación de expectativas. Se explicó en qué consiste el autorregistro y sus ventajas, así como el papel que iban a

desempeñar las tareas para casa en el tratamiento (Ver anexo 3 con los diferentes entrenamientos).

En concreto, los componentes del programa han sido tres (Ver tabla 7.2):

- 1) Entrenamiento para fomentar el estilo explicativo-atributivo optimista (3 sesiones). Se proporcionó una breve explicación de la terapia cognitiva, del pensamiento optimista y de sus efectos a distintos niveles. Se identificaron los pensamientos negativos/pesimistas y las consecuencias que tienen en el ámbito conductual y emocional, y se enseñó a sustituir esos pensamientos por otros más positivos/optimistas y a detectar las nuevas consecuencias conductuales y emocionales. Se corrigieron los autorregistros de las personas participantes, tomando como ejemplos al menos 3 de cada persona, y propiciando que el resto de participantes diesen su opinión con respecto a los pensamientos negativos, sus consecuencias y los posibles pensamientos positivos alternativos con sus consecuencias (Ver anexo 4).
- 2) Entrenamiento para fomentar otras fortalezas (3 sesiones, adaptado del entrenamiento en felicidad de Fordyce, 1977). En la sesión 1 se proporcionó una explicación de la importancia de ser uno/a mismo/a y se fomentaron algunas características que aumentan el bienestar, como la gratitud, el perdón, la responsabilidad y la dedicación a otras personas. Para finalizar esta sesión se enseñó a las personas participantes lo importante que es apreciar la felicidad. En la sesión 2 se entrenó la planificación de objetivos y la gestión del tiempo, con el propósito de aprender a organizarse mejor. En la sesión 3 se enseñó la importancia de ser una persona más activa, permanecer más ocupada y dar más tiempo a la vida social. Por último, se pidió a las personas participantes que practicasen todo lo aprendido en las tres sesiones con familiares, con el resto de alumnado y con sus amistades (Ver anexo 5).

Tabla 7.2*Sesiones, objetivos y actividades del entrenamiento en fortalezas.*

Sesiones	Objetivos	Actividades
Sesión 1: Estilo explicativo optimista	Conocer en qué consiste el modelo ABC de Ellis y el pensamiento optimista.	Introducción a la terapia cognitiva. Modelo ABC de Ellis (A son los acontecimientos, B las creencias de la personas y C las consecuencias). ¿Qué es el pensamiento optimista? Ejemplos de pensamientos optimistas y sus consecuencias. Autorregistro de acontecimientos, pensamientos positivos y sus consecuencias.
Sesión 2: Estilo explicativo pesimista	Conocer las implicaciones y consecuencias que tiene el pensamiento pesimista.	Corrección del autorregistro anterior. ¿Qué es el pensamiento pesimista? Ejemplos de pensamientos pesimistas y sus consecuencias. Autorregistro de acontecimientos, pensamientos negativos y sus consecuencias.
Sesión 3: Cambiar el pensamiento pesimista por uno optimista	Saber sustituir un pensamiento pesimista por uno optimista.	Corrección del autorregistro anterior. ¿Se puede sustituir el pensamiento? Generar alternativas optimistas a los pensamientos pesimistas. Poner en práctica la sustitución en el entorno escolar y familiar.
Sesión 4: Ser uno mismo	Conocer la importancia de ser uno mismo y de apreciar la felicidad.	Corrección del autorregistro anterior. Explicar la importancia de ser uno/a mismo/a y de apreciarse tal y como se es. Pensar cosas buenas sobre sí mismo/a. Escribir cartas de gratitud y de perdón. Practicar la responsabilidad. Hacer más actividades sociales. Practicar en el colegio y en el entorno familiar.
Sesión 5: Planificar objetivos y gestionar el tiempo	Saber organizarse mejor.	Corregir la práctica de la sesión anterior. Diseñar objetivos y las acciones necesarias para conseguirlos. Utilizar listas y agendas. Conocer la procrastinación y tomar conciencia de ella para evitarla. Practicar en el entorno.
Sesión 6: Ser más activo	Aumentar la actividad y la vida social.	Corregir la práctica anterior. Comprobar qué actividades producen más felicidad (tanto a nivel individual como social). Diseñar acciones para aumentar las actividades sociales.

Programa de entrenamiento en habilidades sociales y reducción del estrés

El programa utilizado con el grupo experimental 2 (habilidades sociales y reducción del estrés) constó también de 6 sesiones de tratamiento en grupo, de 2 horas de duración por sesión y periodicidad semanal.

Antes de los entrenamientos se expusieron las condiciones del entrenamiento y cuáles iban a ser los contenidos principales y se realizó la nivelación de expectativas. Se explicó en qué consiste el autorregistro y sus ventajas, así como el papel que iban a desempeñar las tareas para casa en el tratamiento.

Los componentes del programa han sido tres (Ver tabla 7.3):

- 1) Entrenamiento en Habilidades de Comunicación (3 sesiones). Se explicó qué son las habilidades interpersonales, cuáles son sus características, las ventajas de poseerlas y los inconvenientes de carecer de ellas. También se diferenció entre la conducta verbal y no verbal y los tres estilos de comunicación que hay (pasivo, agresivo y asertivo), indicándose cuáles son sus consecuencias en la comunicación con los demás. Se analizaron las tareas mandadas para casa y se facilitó que todas las personas participantes del grupo comentasen sus ejemplos. Posteriormente, se enseñaron habilidades para iniciar y mantener conversaciones, pedir citas y dar y recibir cumplidos. Por último, se pidió a las personas participantes que practicasen todo lo aprendido con sus amistades y acompañantes (Ver anexo 6).
- 2) Entrenamiento en técnicas de reducción del estrés (3 sesiones). En la sesión 1 se trabajó la respiración diafragmática, qué es, para qué sirve y cómo se hace. En la sesión 2 se trabajó la relajación progresiva, qué es, para qué sirve y cómo se hace para obtener beneficios. En la sesión 3 se trabajó las autoinstrucciones, qué son, para qué sirven y cómo se aplican para utilizarlas adecuadamente. Por último, se les pidió que practicasen estas técnicas cada día en casa y en otros contextos (Ver anexo 7).

Tabla 7.3

Sesiones, objetivos y actividades del entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de reducción del estrés.

Sesiones	Objetivos	Actividades
Sesión 1: Habilidades interpersonales	Conocer las habilidades interpersonales y sus ventajas.	Explicar qué son las habilidades interpersonales, las ventajas de tenerlas y las desventajas de carecer de ellas. Explicar la comunicación verbal y no verbal. Promover un uso adecuado de la comunicación verbal y no verbal. Puesta en práctica de la comunicación verbal y no verbal en situaciones sociales.
Sesión 2: Estilos de comunicación	Conocer los tres estilos comunicativos y sus diferencias.	Corrección de la puesta en práctica de la tarea de la sesión anterior. Explicar cuáles son los derechos de las personas asertivas. Aprender a decir no. Puesta en práctica del estilo asertivo.
Sesión 3: Conectar con los demás	Saber pedir una cita y hacer cumplidos.	Corrección de la práctica del estilo asertivo. Iniciar, mantener y finalizar una conversación. Dar y recibir elogios y cumplidos. Poner en práctica la sustitución en el entorno escolar y familiar.
Sesión 4: Respiración diafragmática	Saber realizar la respiración diafragmática.	Corrección de la puesta en marcha de la tarea de la sesión anterior. Breve explicación de la respiración diafragmática y de sus características e implicaciones. Inspiración/expiración con el diafragma. Practicar diariamente la respiración diafragmática.
Sesión 5: Relajación	Saber utilizar la relajación como forma de desactivarse.	Corregir la práctica de la sesión anterior. Relajación de Jacobson. Aplicar, a los músculos, tensión y relajación y tomar conciencia de las diferencias entre la tensión y la distensión. Relajación pasiva. Prestar atención a los músculos y relajarlos sin aplicar tensión. Practicar diariamente la relajación de Jacobson y la pasiva.
Sesión 6: Autoinstrucciones	Saber realizar las autoinstrucciones.	Corregir la práctica de la sesión anterior. Explicación de qué son las autoinstrucciones. Autoinstrucciones de Meichenbaum. Saber modificar el diálogo interno para facilitar el afrontamiento de una tarea. Practicar diariamente las autoinstrucciones.

2.6. Análisis estadístico

Para determinar si existían diferencias entre los distintos grupos en la fase pretratamiento, se llevó a cabo un ANOVA de un factor (Grupo) con las variables edad, sexo, hábitos de estudio (distintas escalas), felicidad, estilo explicativo (para los acontecimientos positivos y negativos) extraversión, neuroticismo, inteligencia y rendimiento académico.

Para evaluar los efectos generales del tratamiento en optimismo y otras fortalezas sobre la salud física, psicopatológica y el rendimiento académico, se llevó a cabo un Análisis de Varianza de medidas repetidas, tomando como variable de agrupación la fase del entrenamiento (pre, post 6 sesiones y seguimiento a los 6 meses en el caso de los síntomas físicos y psicopatológicos). Cuando no se cumplió el supuesto de esfericidad en los análisis de medidas repetidas, se utilizaron los valores de la F corregidos mediante la prueba de Greenhouse-Geisser. Por su parte, las comparaciones entre grupos se hicieron a partir del estadístico t de Student para muestras relacionadas.

Para evaluar los efectos generales del tratamiento en estilo explicativo optimista (3 sesiones) sobre la salud física y psicopatológica, se realizó igualmente una Prueba T para muestras relacionadas (pre-post 3 sesiones). La misma prueba se aplicó para evaluar los efectos generales del tratamiento con otras fortalezas (3 sesiones) sobre la salud física y psicopatológica.

Por último, para comprobar las diferencias de Grupo en las variables dependientes se realizó un Análisis de Covarianza (ANCOVA), tomando como variable independiente la variable Grupo, con tres niveles (entrenamiento en fortalezas personales, entrenamiento en habilidades sociales y reducción del estrés y control de lista de espera), y como covariante la fase pre de cada grupo. No se tuvieron en cuenta las puntuaciones directas de las variables dependientes, sino que se tomó como variables de medida post las puntuaciones diferenciales resultantes de restar la fase pre de cada grupo a su propia fase post, y como variables de medida de seguimiento las puntuaciones diferenciales resultantes de restar la fase post de cada grupo a su propia fase de seguimiento. Para los contrastes a posteriori entre los grupos se utilizó la prueba de Bonferroni.

3. RESULTADOS

Como ya se ha señalado, para determinar si los grupos eran homogéneos en la fase pretratamiento se llevó a cabo un ANOVA de un factor (Grupo) (Véase la tabla 7.1). Los resultados de estos análisis no mostraron diferencias significativas de grupo en ninguna de las variables objeto de estudio.

A continuación, se muestran los análisis realizados para comprobar los efectos del entrenamiento en fortalezas personales sobre la sintomatología física y psicopatológica y el rendimiento académico, así como tras el seguimiento de 6 meses en el caso de la sintomatología (Objetivo 1: hipótesis 1 y 2).

3.1. Resultados de la eficacia del programa de entrenamiento en Fortalezas Personales

3.1.1. Sintomatología Física

Para comprobar la eficacia del entrenamiento en fortalezas personales sobre los síntomas físicos se realizó un Análisis de Varianza de Medidas Repetidas con tres niveles (pre, post 6 sesiones y seguimiento a los 6 meses). Véanse los resultados de las medias y las desviaciones típicas en la tabla 7.4 y los efectos del entrenamiento sobre los síntomas físicos durante las distintas fases del estudio en la figura 7.2.

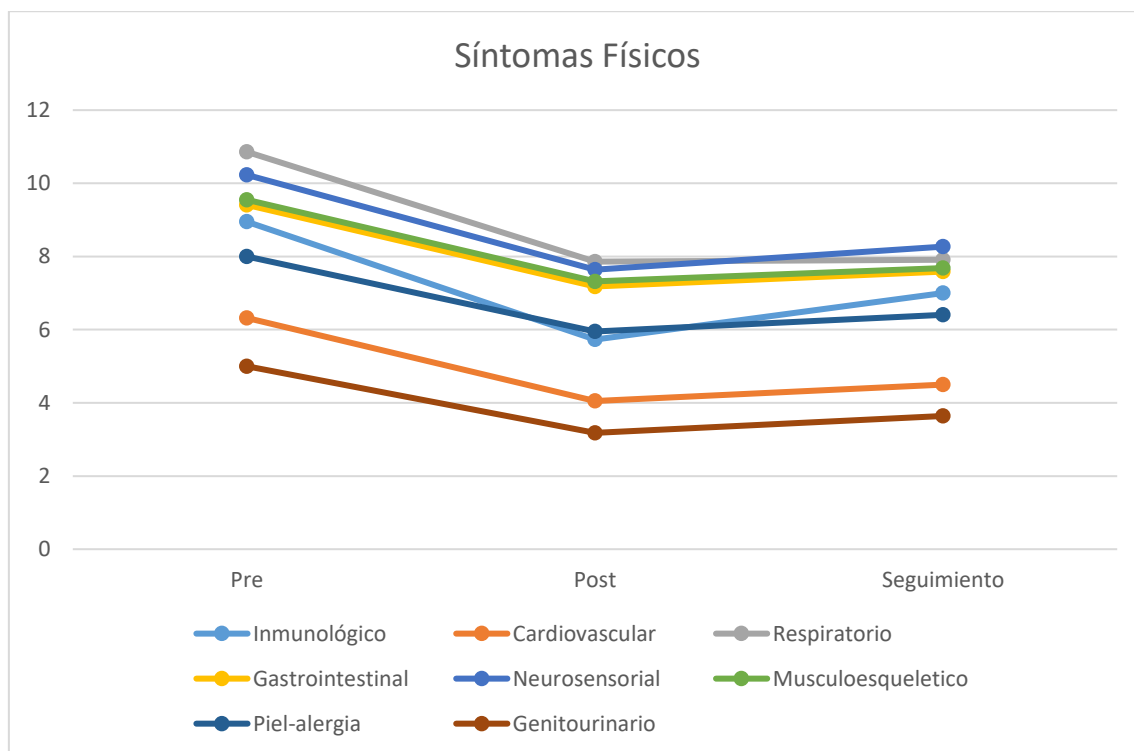
Tabla 7.4

Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas físicos durante las distintas fases del entrenamiento en fortalezas personales

Variables	Fase entrenamiento	Grupo Experimental Fortalezas Personales					
		n	M (DT)	d	F	p	η^2_p
Sistema Inmunológico	Pretest	22	8.95 (4.92)				
	Post 6 sesiones	22	5.73 (3.40)	.63	25.16	.000	.55
	Seguimiento	22	7.00 (4.12)	.36			
Sistema Cardiovascular	Pretest	22	6.32 (4.28)				
	Post 6 sesiones	22	4.05 (2.66)	.51	22.39	.000	.52
	Seguimiento	22	4.50 (3.38)	.16			
Sistema Respiratorio	Pretest	22	10.86 (11.65)				
	Post 6 sesiones	22	7.86 (7.64)	.25	9.82	.003	.32
	Seguimiento	22	7.91 (7.61)	.01			
Sistema Gastrointestinal	Pretest	22	9.41 (4.54)				
	Post 6 sesiones	22	7.18 (3.14)	.47	29.42	.000	.58
	Seguimiento	22	7.59 (3.50)	.13			
Sistema Neurosensorial	Pretest	22	10.23 (6.62)				
	Post 6 sesiones	22	7.64 (4.89)	.38	26.13	.000	.55
	Seguimiento	22	8.27 (5.89)	.13			
Sistema Musculo-esquelético	Pretest	22	9.55 (5.35)				
	Post 6 sesiones	22	7.32 (3.83)	.40	38.22	.000	.65
	Seguimiento	22	7.68 (4.44)	.09			
Sistema Piel-alergia	Pretest	22	8.00 (5.28)				
	Post 6 sesiones	22	5.95 (4.03)	.38	24.28	.000	.54
	Seguimiento	22	6.41 (4.70)	.11			
Sistema Genitourinario	Pretest	22	5.00 (4.90)				
	Post 6 sesiones	22	3.18 (3.35)	.36	23.02	.000	.52
	Seguimiento	22	3.64 (4.03)	.13			

Figura 7.2

Efectos del entrenamiento sobre las subescalas de los síntomas físicos durante las distintas fases de entrenamiento



3.1.1.1. Escala de síntomas del Sistema Inmunológico

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron efectos significativos en función de la fase del entrenamiento, siendo media la magnitud del tamaño del efecto entre las fases pre y post ($d=.63$) y baja entre las fases post y seguimiento ($d=.36$). Las comparaciones por parejas con el estadístico t para muestras relacionadas indican diferencias significativas en el número de síntomas inmunológicos entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones que forman el tratamiento ($t_{(21)} = 5.35; p < .000$), siendo el número de síntomas inmunológicos menor después de las seis sesiones del tratamiento. Finalmente, se observó que la media de síntomas del sistema inmunológico obtenida tras el seguimiento aumentaba con respecto a la obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -3.17; p < .005$) por lo que la disminución experimentada en síntomas inmunológicos en las seis sesiones de tratamiento no se mantenía pasados los 6 meses de seguimiento.

3.1.1.2. Escala de síntomas del Sistema Cardiovascular

Los resultados del Análisis mostraron efectos significativos en la fase del entrenamiento, con tamaño del efecto medio entre las fases pre y post ($d=.51$) y no significativo entre las fases post y seguimiento ($d=.16$). En las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas se encontraron diferencias significativas en los síntomas del sistema cardiovascular entre la fase pre-tratamiento y la medida obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = 4.88$; $p < .000$), siendo el nivel de síntomas en el sistema cardiovascular más bajo después de las seis sesiones que componen el tratamiento. También se comprobó que la media en los síntomas del sistema cardiovascular realizada tras el seguimiento no difería de la media de síntomas del sistema cardiovascular obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -1.69$; $p = .106$), por lo que puede afirmarse que los efectos conseguidos tras el entrenamiento se mantenían 6 meses después.

3.1.1.3. Escala de síntomas del Sistema Respiratorio

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño bajo del efecto ($d=.25$) entre las fases pre-post y no significativo entre las fases post-seguimiento ($d=.01$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en los síntomas del sistema respiratorio entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones del tratamiento ($t_{(21)} = 3.30$; $p < .003$), siendo el nivel de síntomas del sistema respiratorio más bajo después de las seis sesiones del tratamiento. Finalmente, se observó que la media de síntomas del sistema respiratorio obtenida tras el seguimiento no difería de la media de síntomas de dicho sistema obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -.161$; $p = .874$), por lo que se comprueba que el efecto producido por el entrenamiento se mantiene en el tiempo.

3.1.1.4. Escala de síntomas del Sistema Gastrointestinal

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron efectos significativos en la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio ($d=.47$) para las fases pre-post y no significativo para las fases post-seguimiento ($d=.13$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en las

puntuaciones relativas a los síntomas del sistema gastrointestinal entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones que componen el tratamiento ($t_{(21)} = 5.65$; $p < .000$), siendo el nivel de síntomas del sistema gastrointestinal más bajo después de las seis sesiones del tratamiento. Posteriormente, se observó que la media de sintomatología gastrointestinal obtenida tras el seguimiento no difería de la media de síntomas obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -1.90$; $p = .071$) lo que implica que la reducción observada en la sintomatología tras la intervención se mantiene tras el periodo de seguimiento.

3.1.1.5. Escala de síntomas del Sistema Neurosensorial

Los resultados del Análisis mostraron efectos significativos en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto bajo ($d=.38$) entre las fases pre y post y no significativo entre las fases post y el seguimiento ($d=.13$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en puntuaciones del sistema neurosensorial entre la fase pre-tratamiento y la medida obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = 5.59$; $p < .000$), siendo el nivel del sistema neurosensorial menor después de las seis sesiones que constituyen el tratamiento. Además, se observó que la media de síntomas en la escala sistema neurosensorial realizada tras el seguimiento no difería de la media de puntuaciones obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -1.65$; $p = .115$), por lo que podemos concluir que la reducción de los síntomas del sistema neurosensorial tras las 6 sesiones de entrenamiento se mantenía una vez transcurridos los 6 meses del seguimiento.

3.1.1.6. Escala de síntomas del Sistema Musculo esquelético

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron efectos significativos en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio-bajo entre las fases pre y post ($d=.40$) y no significativo entre las fases post y el seguimiento ($d=.09$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas realizadas muestran diferencias significativas en los síntomas del sistema musculo esquelético entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones del tratamiento ($t_{(21)} = 5.99$; $p < .000$), siendo los síntomas del sistema musculo esquelético más bajos después de las seis sesiones del tratamiento. Finalmente, se observó que la media de síntomas del sistema musculo esquelético obtenida tras el seguimiento difería de la media de síntomas

obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -2.16$; $p < .042$) por lo que se observa que los efectos conseguidos tras la fase de entrenamiento en los síntomas del sistema musculo esquelético no se mantenían 6 meses después.

3.1.1.7. Escala de síntomas del Sistema Piel-alergia

Los resultados del Análisis mostraron efectos significativos en la fase de tratamiento, con tamaño del efecto bajo entre las fases pre y post ($d=.38$) y no significativo entre las fases post y seguimiento ($d=.11$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en las puntuaciones del sistema piel-alergia entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones que constituyen el tratamiento ($t_{(21)} = 5.22$; $p < .000$), siendo el nivel de sintomatología del sistema piel-alergia menor después de las seis sesiones que componen el tratamiento. Posteriormente, se observó que la media de síntomas de este sistema obtenida tras el seguimiento no difería de la media obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -1.74$; $p = .096$), por lo que los efectos de reducción en los síntomas del sistema piel alergia tras la fase de entrenamiento se mantenían pasados 6 meses.

3.1.1.8. Escala de síntomas del Sistema Genitourinario

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto bajo entre las fases pre y post ($d=.36$) y no significativo entre las fases post y seguimiento ($d=.13$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas exhiben diferencias significativas en las puntuaciones del sistema genitourinario entre la fase pre-tratamiento y la medida obtenida después de las seis sesiones del tratamiento ($t_{(21)} = 4.91$; $p < .000$), siendo el nivel del sistema genitourinario más bajo después de las seis sesiones del tratamiento. Además, se observó que la media de síntomas de dicho sistema obtenida tras el seguimiento difería de la media de síntomas obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -2.22$; $p < .038$) por lo que la reducción en síntomas del sistema genitourinario conseguida tras el entrenamiento no se mantenía tras el periodo de seguimiento.

3.1.2 Sintomatología Psicopatológica

Para comprobar la eficacia del entrenamiento en fortalezas personales sobre los síntomas psicopatológicos se realizó un Análisis de Varianza de Medidas Repetidas (fases pre, post 6 sesiones y seguimiento a los 6 meses). Véanse los resultados de las medias y las desviaciones típicas en la tabla 7.5 y los efectos del entrenamiento sobre los síntomas psicopatológicos durante las distintas fases del estudio en la figura 7.3.

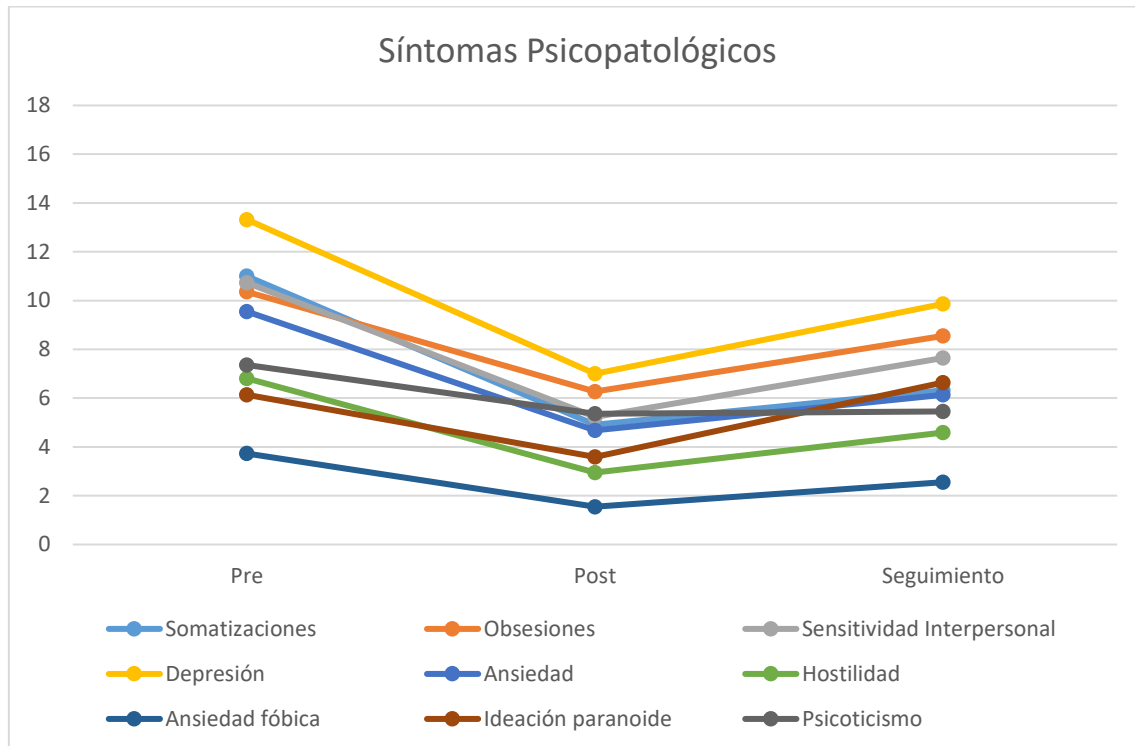
Tabla 7.5

Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas psicopatológicos durante las distintas fases del entrenamiento en fortalezas personales

Variables	Fase entrenamiento	Grupo Experimental Fortalezas Personales					
		n	M (DT)	d	F	p	η^2_p
Somatizaciones	Pretest	22	11.00 (9.29)				
	Post 6 sesiones	22	4.91 (3.61)	.64	22.06	.000	.51
	Seguimiento	22	6.32 (5.63)	.38			
Obsesiones	Pretest	22	10.36 (14.38)				
	Post 6 sesiones	22	6.27 (4.31)	.27	1.84	.189	.08
	Seguimiento	22	8.55 (6.49)	.51			
Sensitividad Interpersonal	Pretest	22	10.73 (8.21)				
	Post 6 sesiones	22	5.23 (4.48)	.65	6.06	.009	.22
	Seguimiento	22	7.64 (9.13)	.52			
Depresión	Pretest	22	13.32 (10.57)				
	Post 6 sesiones	22	7.00 (3.55)	.58	11.75	.002	.36
	Seguimiento	22	9.86 (6.45)	.78			
Ansiedad	Pretest	22	9.55 (8.74)				
	Post 6 sesiones	22	4.68 (3.96)	.54	17.22	.002	.45
	Seguimiento	22	6.14 (6.10)	.36			
Hostilidad	Pretest	22	6.81 (5.98)				
	Post 6 sesiones	22	2.95 (2.46)	.63	16.35	.000	.44
	Seguimiento	22	4.59 (3.94)	.65			
Ansiedad Fóbica	Pretest	22	3.73 (4.30)				
	Post 6 sesiones	22	1.55 (1.92)	.49	10.19	.002	.33
	Seguimiento	22	2.55 (3.02)	.50			
Ideación paranoide	Pretest	22	6.14 (4.23)				
	Post 6 sesiones	22	3.59 (1.97)	.58	13.12	.000	.39
	Seguimiento	22	6.64 (2.63)	1.49			
Psicoticismo	Pretest	22	7.36 (9.01)				
	Post 6 sesiones	22	4.36 (3.80)	.32	5.47	.028	.21
	Seguimiento	22	5.45 (5.97)	.28			

Figura 7.3

Efectos del entrenamiento sobre las escalas de los síntomas psicopatológicos durante las distintas fases del entrenamiento



3.1.2.1. Escala de Somatizaciones

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio entre las fases pre y post ($d=.64$) y medio-bajo ($d=.38$) entre las fases post y seguimiento. Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en el nivel de somatizaciones entre la fase pre-tratamiento y la medida obtenida después de las seis sesiones que componen el tratamiento ($t(21) = 4.62$; $p < .000$), siendo el nivel de somatizaciones menor después de las seis sesiones de tratamiento. Posteriormente, se observó que la media de síntomas en la escala de somatizaciones obtenida tras el seguimiento difería de la media de síntomas de somatizaciones realizada después de las seis sesiones de tratamiento ($t(21) = -2.64$; $p < .015$) es decir, la reducción de los síntomas de somatización experimentada tras la fase de entrenamiento no se mantiene transcurridos los 6 meses del periodo de seguimiento.

3.1.2.2. Escala de Obsesiones

Los resultados del análisis no mostraron diferencias significativas entre los períodos del estudio.

3.1.2.3. Escala de Sensitividad Interpersonal

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas en sensibilidad interpersonal mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio entre las fases pre y post ($d=.65$) y las fases post y seguimiento ($d=.52$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en los síntomas de sensibilidad en las relaciones con los demás entre la fase pre-tratamiento y la medida obtenida después de las seis sesiones del tratamiento ($t(21) = 3.63$; $p < .002$), siendo el nivel de sensibilidad que se muestra en las relaciones con los demás menor después del tratamiento. Finalmente, se observó que la media de síntomas de sensibilidad interpersonal realizada tras el seguimiento no difería de la media de síntomas de sensibilidad interpersonal obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t(21) = -1.94$; $p = .066$) por lo que el efecto conseguido tras el entrenamiento se mantiene pasado el periodo de seguimiento.

3.1.2.4. Escala de Depresión

Los resultados del Análisis mostraron diferencias significativas tras la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio ($d=.58$) entre las fases pre y post y alto entre las fases post y seguimiento ($d=.78$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en los síntomas depresivos entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones que componen el tratamiento ($t(21) = 3.51$; $p < .002$), siendo el nivel de síntomas depresivos menor tras las seis sesiones del tratamiento. Posteriormente, se observó que la media de puntuaciones en la escala de depresión obtenida tras el seguimiento difería de la media en puntuaciones de depresión realizada después de las seis sesiones de tratamiento ($t(21) = -3.22$; $p < .004$) es decir, la mejora producida en los síntomas depresivos como consecuencia de la aplicación de las seis sesiones de entrenamiento en optimismo y felicidad no se mantiene tras los 6 meses del periodo de seguimiento.

3.1.2.5. Escala de Ansiedad

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio entre las fases pre y post ($d=.54$) y bajo entre las fases post y seguimiento ($d=.36$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en las puntuaciones de síntomas de ansiedad entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones que constituyen el tratamiento ($t_{(21)} = 4.19$; $p < .000$), siendo el nivel de ansiedad menor después de dichas sesiones de tratamiento. Además, se observó que la media en síntomas de ansiedad obtenida tras el seguimiento difería de la media de síntomas de ansiedad obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -2.32$; $p < .030$) por lo que la disminución en los síntomas de ansiedad obtenidos tras la fase de entrenamiento no se mantenía a los 6 meses.

3.1.2.6. Escala de Hostilidad

Los resultados del Análisis en hostilidad mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio tanto entre las fases pre y post ($d=.63$) como entre las fases post y seguimiento ($d=.65$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas exhiben diferencias significativas en puntuaciones de la escala de hostilidad entre la fase pre-tratamiento y la medida obtenida después de las seis sesiones del tratamiento ($t_{(21)} = 4.11$; $p < .001$), disminuyendo el nivel de hostilidad después de las seis sesiones de tratamiento. Finalmente, se observó que la media en síntomas de hostilidad realizada tras el seguimiento difería de la media en síntomas de hostilidad obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -3.40$; $p < .003$) es decir, la mejora conseguida en síntomas de hostilidad tras la fase de tratamiento no se mantiene después del periodo de 6 meses de seguimiento.

3.1.2.7. Escala de Ansiedad Fóbica

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron diferencias significativas en la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio entre las fases pre y post ($d=.49$) y entre las fases post y seguimiento ($d=.50$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas indican diferencias significativas en síntomas de ansiedad fóbica entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones que forman el tratamiento ($t_{(21)} = 3.45$; $p < .002$), siendo el nivel de ansiedad

fóbica menor después de las seis sesiones de tratamiento. Además, se observó que la media de síntomas de ansiedad fóbica obtenida tras el periodo de seguimiento difería de la media de síntomas de ansiedad fóbica obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -2.61$; $p < .016$), por lo que se puede concluir que las reducciones conseguidas en estos síntomas tras la fase de tratamiento no se mantienen tras la fase de seguimiento.

3.1.2.8. Escala de Ideación Paranoide

Los resultados del Análisis en ideación paranoide mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio ($d=.58$) entre las fases pre y post y alto entre las fases post y seguimiento ($d= 1.49$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en puntuaciones de la escala de ideación paranoide entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las seis sesiones que componen el tratamiento ($t_{(21)} = 4.04$; $p < .001$), siendo el nivel de ideación paranoide más pequeño después de las seis sesiones del tratamiento. Posteriormente, se observó que la media de síntomas de ideación paranoide obtenida tras el seguimiento difería de la media de síntomas de ideación paranoide obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -3.43$; $p < .003$); es decir, que la mejora en los síntomas de ideación paranoide obtenida tras la fase de tratamiento no se mantiene transcurridos los 6 meses del periodo de seguimiento.

3.1.2.9. Escala de Psicoticismo

Los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron diferencias significativas, con tamaño del efecto bajo tanto entre las fases pre y post ($d=.32$) como entre las fases post y seguimiento ($d=.28$). Las comparaciones con el estadístico t para muestras relacionadas exhiben diferencias significativas en los síntomas de psicoticismo (conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía) entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada tras las seis sesiones del tratamiento ($t_{(21)} = 2.36$; $p < .028$), siendo el nivel de síntomas de psicoticismo menor después de las seis sesiones del tratamiento. Finalmente, se observó que la media de estos síntomas obtenida tras el seguimiento no difería de la media obtenida después de las seis sesiones de tratamiento ($t_{(21)} = -2.06$; p

=.052), por lo que puede afirmarse que la reducción en síntomas de psicoticismo experimentada tras la fase de tratamiento se mantiene tras la fase de seguimiento.

3.1.3. Rendimiento Académico

Para comprobar la hipótesis 2 (mejora de la nota media en las asignaturas de ciencias, letras, u otras asignaturas después del entrenamiento) se realizó también un Análisis de Varianza de Medidas Repetidas teniendo en cuenta las distintas fases del estudio (pre y post 6 sesiones). Véanse los resultados de las medias y las desviaciones típicas en la tabla 7.6 y los efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en las distintas fases del estudio en la figura 7.4.

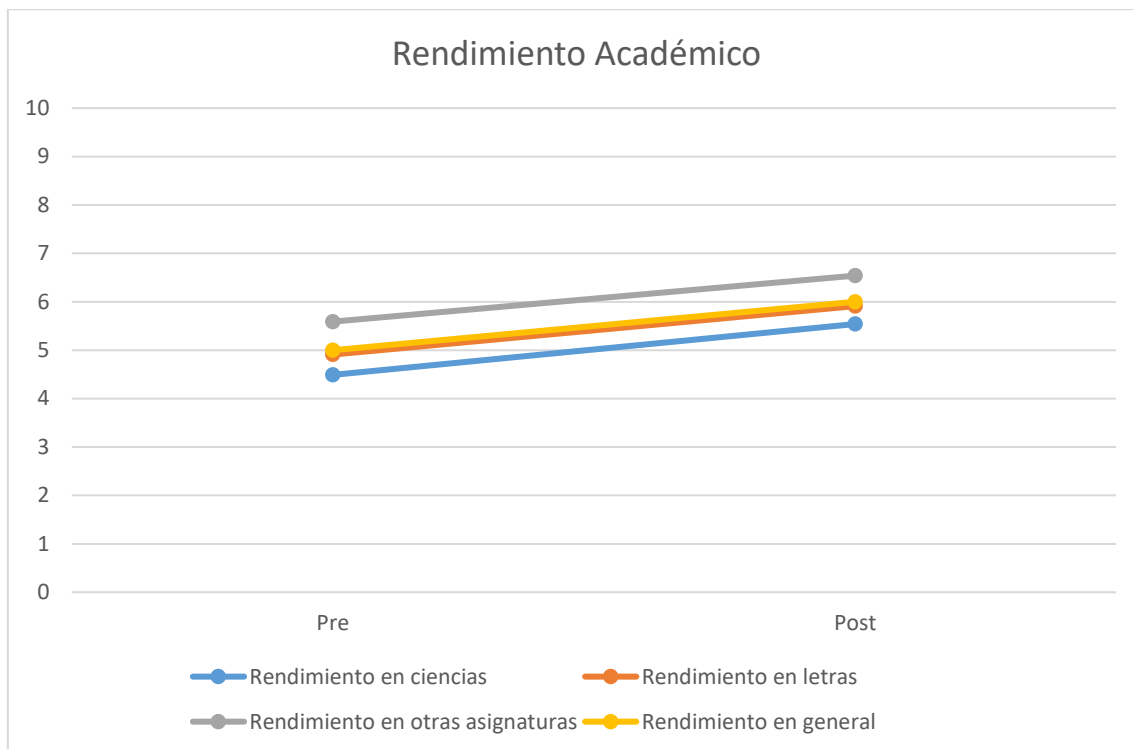
Tabla 7.6

Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos del rendimiento académico durante las distintas fases del entrenamiento en fortalezas personales

Variables	Fase entrenamiento	Grupo Experimental Fortalezas Personales					
		n	M (DT)	D	F	P	η^2_p
Rendimiento en ciencias	Pretest	22	4.49 (1.64)				
	Post 6 sesiones	22	5.54 (1.28)	.62	22.24	.000	.51
Rendimiento en letras	Pretest	22	4.91 (1.23)				
	Post 6 sesiones	22	5.91 (1.36)	.78	38.01	.000	.64
Rendimiento en otras asignaturas	Pretest	22	5.59 (1.36)				
	Post 6 sesiones	22	6.54 (1.55)	.67	16.98	.000	.45
Rendimiento general	Pretest	22	5.00 (1.31)				
	Post 6 sesiones	22	6.00 (1.34)	.73	24.97	.000	.92

Figura 7.4

Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico obtenido en las asignaturas durante las distintas fases del estudio



3.1.3.1. Efectos sobre el rendimiento general

Los resultados del análisis en el rendimiento general mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaños del efecto medio entre las fases pre y post ($d=.62$), siendo el nivel de rendimiento mayor después de las seis sesiones de tratamiento.

3.1.3.2. Efectos sobre el rendimiento en asignaturas de ciencias

Los resultados del Análisis de Varianza de Medidas Repetidas sobre el rendimiento en las asignaturas de ciencias indicaron la existencia de diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio-alto entre las fases pre y post ($d=.78$). Igualmente, el nivel de rendimiento en las asignaturas de ciencias fue más alto después de las seis sesiones de tratamiento.

3.1.3.3. Efectos sobre el rendimiento en asignaturas de letras

Los resultados del análisis del rendimiento en las asignaturas de letras mostraron diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, asimismo con tamaño del efecto medio ($d=.67$) entre las fases pre y post. La puntuación media en las asignaturas de letras fue mejor tras el entrenamiento.

3.1.3.4. Efectos sobre el rendimiento en otras asignaturas

Por último, los resultados del Análisis de Medidas Repetidas mostraron también diferencias significativas en función de la fase de entrenamiento, con tamaño del efecto medio-alto entre las fases pre y post ($d=.73$), siendo el nivel de rendimiento en estas asignaturas más alto después de las seis sesiones del tratamiento.

3.2. Efectos de las tres sesiones de entrenamiento en optimismo

3.2.1. Sintomatología Física

Para comprobar el sub-objetivo 1.1. y la hipótesis 3 (efectos del programa de entrenamiento en estilo explicativo optimista sobre la sintomatología física y psicopatológica) se realizó una Prueba T para muestras relacionadas (pre-post 3 sesiones) con aquellos participantes del grupo experimental que realizaron en primer lugar las 3 sesiones de estilo explicativo optimista. Véanse los resultados de las medias y las desviaciones típicas en la tabla 7.7.

Tabla 7.7

Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas físicos durante las fases del entrenamiento en estilo explicativo optimista

Variables	Fase entrenamiento	Subgrupo estilo explicativo optimista				
		n	M (DT)	d	T	P
Sistema Inmunológico	Pretest	11	9.18 (4.96)			
	Post 3 sesiones	11	6.36 (3.29)	.52	3.74	.004
Sistema Cardiovascular	Pretest	11	6.64 (3.83)			
	Post 3 sesiones	11	4.55 (1.44)	.50	2.83	.016
Sistema Respiratorio	Pretest	11	8.64 (6.28)			
	Post 3 sesiones	11	7.36 (5.10)	.19	2.97	.014
Sistema Gastrointestinal	Pretest	11	9.73 (3.23)			
	Post 3 sesiones	11	7.91 (2.34)	.52	4.82	.001
Sistema Neurosensorial	Pretest	11	9.73 (6.90)			
	Post 3 sesiones	11	8.27 (5.95)	.20	3.73	.004
Sistema Musculo-esquelético	Pretest	11	9.00 (5.29)			
	Post 3 sesiones	11	7.64 (4.95)	.24	6.71	.000
Sistema Piel-alergia	Pretest	11	8.18 (5.74)			
	Post 3 sesiones	11	7.09 (5.11)	.18	3.83	.003
Genitoruinario	Pretest	11	6.36 (6.05)			
	Post 3 sesiones	11	4.91 (4.32)	.22	2.45	.034

3.2.1.1. Escala de Sistema Inmunológico

Los resultados de la prueba T para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas en función de la fase pre-post 3 sesiones, con tamaño del efecto medio entre la fase pre y post ($d=.52$), siendo el nivel de síntomas del sistema inmunológico más bajo después de las tres sesiones de entrenamiento en optimismo.

3.2.1.2. Escala de Sistema Cardiovascular

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en las puntuaciones del sistema cardiovascular entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las tres sesiones que forman el entrenamiento. El tamaño

del efecto fue medio ($d=.50$), siendo las puntuaciones en los síntomas del sistema cardiovascular más bajas tras las tres sesiones de entrenamiento.

3.2.1.3. Escala de Sistema Respiratorio

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en las puntuaciones del sistema respiratorio entre la fase pre-tratamiento y la medida realizada después de las tres sesiones del entrenamiento, con un tamaño del efecto nulo entre las dos fases ($d=.19$), siendo el nivel de sintomatología del sistema respiratorio más bajo después de las tres sesiones de tratamiento.

3.2.1.4. Escala de Sistema Gastrointestinal

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas entre las fases pre y post, con tamaño del efecto medio entre las dos fases ($d=.52$), siendo el nivel del sistema gastrointestinal más bajo después de las tres sesiones del tratamiento.

3.2.1.5. Escala de Sistema Neurosensorial

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas para la medida del sistema neurosensorial entre las fases pre y post, con tamaño del efecto bajo entre dichas fases ($d=.20$). El nivel de sintomatología del sistema neurosensorial fue más bajo después de las tres sesiones de tratamiento.

3.2.1.6. Escala de Sistema Musculo esquelético

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas entre las fases pre y post, con tamaño del efecto bajo ($d=.24$). Los valores del sistema musculo esquelético eran más bajos después de las tres sesiones del entrenamiento.

3.2.1.7. Escala de Sistema Piel-alergia

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas entre la fase pre y la fase post, con tamaño del efecto nulo entre esas fases

($d=.18$), con niveles más bajos en los niveles de sintomatología del sistema piel-alergia después de las tres sesiones del tratamiento.

3.2.1.8. Escala de Sistema Genitourinario

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas muestran diferencias significativas en las puntuaciones del sistema genitourinario entre las fases pre y post, con tamaño del efecto medio ($d=.22$), y siendo el nivel de síntomas del sistema genitourinario más bajo después de las tres sesiones de tratamiento.

3.2.2. Sintomatología Psicopatológica

Para comprobar la eficacia del entrenamiento en estilo explicativo optimista sobre los síntomas psicopatológicos se realizó también una prueba T para muestras relacionadas, teniendo en cuenta las fases pre y post 3 sesiones. Véanse los resultados de las medias y las desviaciones típicas en la tabla 7.8.

Tabla 7.8

Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas psicopatológicos durante las fases del entrenamiento en estilo explicativo optimista

Variables	Fase entrenamiento	Subgrupo estilo explicativo optimista				
		n	M (DT)	D	t	P
Somatizaciones	Pretest	11	10.91 (7.73)			
	Post 3 sesiones	11	6.82 (3.16)	.49	2.53	.030
Obsesiones	Pretest	11	13.55 (8.18)			
	Post 3 sesiones	11	9.82 (4.47)	.42	.511	.681
Sensitividad Interpersonal	Pretest	11	15.45 (8.00)			
	Post 3 sesiones	11	8.00 (6.66)	.86	2.96	.014
Depresión	Pretest	11	16.09 (9.78)			
	Post 3 sesiones	11	8.45 (3.27)	.72	3.46	.006
Ansiedad	Pretest	11	10.18 (8.28)			
	Post 3 sesiones	11	8.00 (5.04)	.24	1.71	.119
Hostilidad	Pretest	11	6.91 (4.89)			
	Post 3 sesiones	11	5.55 (3.59)	.26	2.10	.062
Ansiedad Fóbica	Pretest	11	4.00 (4.58)			
	Post 3 sesiones	11	2.73 (2.37)	.26	1.49	.167
Ideación paranoide	Pretest	11	7.09 (4.35)			
	Post 3 sesiones	11	4.73 (2.45)	.50	2.36	.040
Psicoticismo	Pretest	11	8.55 (10.76)			
	Post 3 sesiones	11	5.27 (4.17)	.28	1.53	.157

3.2.2.1. Escala de Somatizaciones

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post, con tamaño del efecto medio ($d=.49$), y siendo el nivel de somatizaciones más bajo después de las tres sesiones del tratamiento.

3.2.2.2. Escala de Obsesiones

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas en la escala de obsesiones entre las fases pre y post.

3.2.2.3. Escala de Sensitividad Interpersonal

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas en la escala de sensibilidad interpersonal entre las fases pre y post, con tamaño del efecto alto entre las dos fases ($d=.86$). El nivel de sensibilidad interpersonal fue más bajo después de las tres sesiones de entrenamiento.

3.2.2.4. Escala de Depresión

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post, con tamaño del efecto medio entre la fase pre y post ($d=.72$), con mayores niveles de sintomatología depresiva después de las tres sesiones del tratamiento.

3.2.2.5. Escala de Ansiedad

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre la fase pre y post.

3.2.2.6. Escala de Hostilidad

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre la fase pre y post en las puntuaciones de la escala de hostilidad.

3.2.2.7. Escala de Ansiedad Fóbica

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre la fase pre y post.

3.2.2.8. Escala de Ideación Paranoide

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post, con tamaño del efecto medio ($d=.50$), siendo el nivel de ideación paranoide más bajo después de las tres sesiones de tratamiento.

3.2.2.9. Escala de Psicoticismo

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre la fase pre y post en las puntuaciones de la escala de psicoticismo.

3.3. Efectos del programa de entrenamiento en otras fortalezas

3.3.1. Sintomatología Física

Para comprobar el subobjetivo 1.2. y la hipótesis 4 (efectos del programa de entrenamiento en otras fortalezas psicológicas sobre la sintomatología física y psicopatológica) se realizó una Prueba T para muestras relacionadas (pre-post 3 sesiones) con aquellos participantes del grupo experimental que realizaron en primer lugar las 3 sesiones de entrenamiento con otras fortalezas psicológicas. Véanse los resultados de las medias y las desviaciones típicas en la tabla 7.9.

Tabla 7.9

Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas físicos durante las dos fases del entrenamiento con otras fortalezas personales

Variables	Fase entrenamiento	Subgrupo otras fortalezas personales				
		n	M (DT)	D	t	P
Sistema Inmunológico	Pretest	11	8.73 (5.12)			
	Post 3 sesiones	11	7.73 (4.67)	.18	5.24	.000
Sistema Cardiovascular	Pretest	11	6.00 (4.86)			
	Post 3 sesiones	11	5.09 (4.28)	.17	3.67	.005
Sistema Respiratorio	Pretest	11	13.09 (15.31)			
	Post 3 sesiones	11	10.27 (10.87)	.17	2.04	.068
Sistema Gastrointestinal	Pretest	11	9.09 (5.72)			
	Post 3 sesiones	11	8.00 (4.69)	.18	2.78	.019
Sistema Neurosensorial	Pretest	11	10.73 (6.62)			
	Post 3 sesiones	11	9.73 (5.83)	.14	3.03	.013
Sistema Musculo-esquelético	Pretest	11	10.09 (5.61)			
	Post 3 sesiones	11	9.18 (4.87)	.15	2.89	.016
Sistema Piel-alergia	Pretest	11	7.82 (5.06)			
	Post 3 sesiones	11	7.09 (4.44)	.13	3.07	.012
Genitoruinarario	Pretest	11	3.64 (3.11)			
	Post 3 sesiones	11	3.91 (2.47)	.08	-.489	.635

3.3.1.1. Escala de Sistema Inmunológico

Los resultados de la prueba t para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post, con tamaño del efecto nulo entre dichas fases ($d=.18$) y siendo el nivel de síntomas del sistema inmunológico más bajo después de las tres sesiones del tratamiento.

3.3.1.2. Escala de Sistema Cardiovascular

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas en las puntuaciones del sistema cardiovascular entre las fases pre y post,

con tamaño del efecto nulo ($d=.17$) y siendo el nivel de sistema cardiovascular más bajo después de las tres sesiones en las que se recibió el entrenamiento en felicidad.

3.3.1.3. Escala de Sistema Respiratorio

Los resultados de la prueba t no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post en las puntuaciones del sistema respiratorio.

3.3.1.4. Escala de Sistema Gastrointestinal

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas, con tamaño del efecto nulo entre las fases pre y post ($d=.18$). El nivel de sintomatología del sistema gastrointestinal fue más bajo después del entrenamiento.

3.3.1.5. Escala de Sistema Neurosensorial

Los resultados de la prueba t para muestras relacionadas mostraron diferencias significativas, con tamaño del efecto nulo entre las fases pre y post ($d=.14$) y menores niveles de sintomatología neurosensorial después de las sesiones de tratamiento.

3.3.1.6. Escala de Sistema Musculo Esquelético

Los resultados del estadístico t mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post, con tamaño del efecto nulo ($d=.15$), siendo el nivel del sistema musculo esquelético más bajo después de las tres sesiones del tratamiento.

3.3.1.7. Escala de Sistema Piel-alergia

Los resultados de la prueba t mostraron diferencias significativas con tamaño del efecto nulo entre las fases pre y post ($d=.13$). Había menos síntomas del sistema piel-alergia después de las sesiones de tratamiento.

3.3.1.8. Escala de Sistema Genitourinario

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post.

3.3.2. Sintomatología Psicopatológica

Para comprobar la eficacia del entrenamiento en otras fortalezas personales sobre los síntomas psicopatológicos se realizó igualmente una prueba T (pre y post 3 sesiones). Véanse los resultados de las medias y las desviaciones típicas en la tabla 7.10.

Tabla 7.10

Medias, desviaciones típicas y valores estadísticos de los síntomas psicopatológicos durante las distintas fases del entrenamiento en otras fortalezas personales

Variables	Fase entrenamiento	Subgrupo otras fortalezas personales				
		n	M (DT)	d	T	p
Somatizaciones	Pretest	11	11.09 (11.03)			
	Post 3 sesiones	11	10.91 (9.61)	.02	.296	.774
Obsesiones	Pretest	11	10.27 (7.82)			
	Post 3 sesiones	11	7.18 (9.02)	.36	-2.06	.067
Sensitividad Interpersonal	Pretest	11	9.00 (8.97)			
	Post 3 sesiones	11	6.00 (5.33)	.31	-1.22	.250
Depresión	Pretest	11	10.55 (11.05)			
	Post 3 sesiones	11	10.45 (9.18)	.01	.142	.890
Ansiedad	Pretest	11	9.27 (8.04)			
	Post 3 sesiones	11	8.91 (9.53)	.04	-.599	.563
Hostilidad	Pretest	11	7.00 (6.94)			
	Post 3 sesiones	11	6.73 (7.16)	.04	-1.40	.192
Ansiedad Fóbica	Pretest	11	3.82 (3.89)			
	Post 3 sesiones	11	3.45 (4.20)	.09	-2.39	.038
Ideación paranoide	Pretest	11	5.55 (3.75)			
	Post 3 sesiones	11	5.18 (4.09)	.10	-1.00	.341
Psicoticismo	Pretest	11	6.18 (7.18)			
	Post 3 sesiones	11	6.00 (5.88)	.02	.410	.690

3.3.2.1. Escala de Somatizaciones

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post.

3.3.2.2. Escala de Obsesiones

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post en las puntuaciones de la escala de obsesiones.

3.3.2.3. Escala de Sensitividad Interpersonal

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post.

3.3.2.4. Escala de Depresión

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post en las puntuaciones de la escala de depresión.

3.3.2.5. Escala de Ansiedad

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post.

3.3.2.6. Escala de Hostilidad

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post en las puntuaciones de la escala de hostilidad.

3.3.2.7. Escala de Ansiedad Fóbica

Los resultados de la prueba t para muestras relacionadas mostraron diferencias entre las fases pre y post, con efecto nulo entre dichas fases ($d=.09$), siendo el nivel de ansiedad fóbica más bajo después de las tres sesiones de tratamiento.

3.3.2.8. Escala de Ideación Paranoide

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post en las puntuaciones de la escala de ideación paranoide.

3.3.2.9. Escala de Psicoticismo

Los resultados del estadístico t para muestras relacionadas no mostraron diferencias significativas entre las fases pre y post.

3.4. Efectos del programa de entrenamiento en fortalezas personales en comparación con los otros grupos

Para comprobar los objetivos 2 y 3 y las hipótesis 5, 6, y 7 se realizó un Análisis de Covarianza (ANCOVA), en el que se usó como covariante la fase pre de cada grupo. No se tuvieron en cuenta las puntuaciones directas de las variables dependientes, sino que se tomó como variables de medida post las puntuaciones diferenciales resultantes de restar la fase pre de cada grupo a su propia fase post, y como variables de medida de seguimiento las puntuaciones diferenciales resultantes de restar la fase post de cada grupo a su propia fase de seguimiento.

3.4.1. Sintomatología Física

Los resultados de las medias y las desviaciones típicas de las distintas medidas de sintomatología física pueden comprobarse en la tabla 7.11.

Tabla 7.11

Medias, desviaciones típicas y datos estadísticos de los síntomas físicos en función de los grupos

VB	FE	3	2	1	DATOS ESTADÍSTICOS GLOBALES					
		M (DT)	M (DT)	M (DT)	F	p	η^2_p	d_3	d_2	d_1
IN	Pre-6	-3.22 (2.83)	-.39 (1.55)	-.32 (1.21)	22.30	.000	.422			
	6/S	1.27 (1.88)	.48 (1.03)	.50 (1.37)	1.61	.207	.050	-1.00	-1.31	-.42
CV	Pre-6	-2.26 (2.19)	.10 (6.30)	.18 (.50)	23.90	.000	.439			
	6/S	.45 (1.26)	.29 (.72)	-.13 (.64)	3.32	.043	.098	-.22	-.70	-.27
RP	Pre-6	-3.00 (4.27)	-.09 (5.71)	-.37 (1.33)	11.80	.000	.279			
	6/S	.05 (1.33)	.28 (.78)	.73 (2.05)	2.52	.089	.076	-.04	-.83	-.67
GI	Pre-6	-2.23 (1.85)	-.58 (3.27)	-.05 (.72)	22.76	.000	.427			
	6/S	.41 (1.01)	.48 (1.12)	.19 (1.18)	.41	.667	.013	-.05	-1.53	-.85
NS	Pre-6	-2.59 (2.17)	-.33 (.32)	-.22 (1.38)	22.57	.000	.403			
	6/S	.63 (1.81)	.33 (1.02)	-.28 (.94)	3.10	.052	.092	-1.61	-1.27	-.22
ME	Pre-6	-2.23 (1.74)	-.24 (.48)	.77 (1.69)	26.56	.000	.465			
	6/S	.36 (.79)	.24 (.62)	.01 (.87)	.843	.435	.027	-1.60	-.83	-.50
PA	Pre-6	-2.05 (1.84)	-.10 (.36)	.45 (.74)	30.55	.000	.500			
	6/S	.46 (1.22)	.33 (.58)	-.04 (.95)	1.36	.263	.043	-1.41	-1.12	-.52
GU	Pre-6	-1.82 (1.74)	-.05 (.47)	.23 (.53)	30.18	.000	.497			
	6/S	.46 (.96)	.05 (.67)	.18 (.50)	1.823	.170	.056	-1.31	-1.21	.02

*VB= Variables, FE= Fase de entrenamiento, 3= Grupo fortalezas personales, 2= Grupo de habilidades sociales y técnicas de reducción del estrés, 1= Grupo control, d_3 = grupo optimismo-grupo habilidades sociales; d_2 = grupo optimismo – grupo control; d_1 = grupo de habilidades sociales- grupo control. IN= inmunológico; CV= cardiovascular; RP= respiratorio; GI= gastrointestinal; NS= neurosensorial; ME= musculo-esquelético; PA= piel-alergia; GU= genitourinario. Pre-6 = puntuaciones diferenciales entre la fase pre y la fase post 6 sesiones; 6/S= puntuaciones diferenciales entre la fase post 6 sesiones y el seguimiento

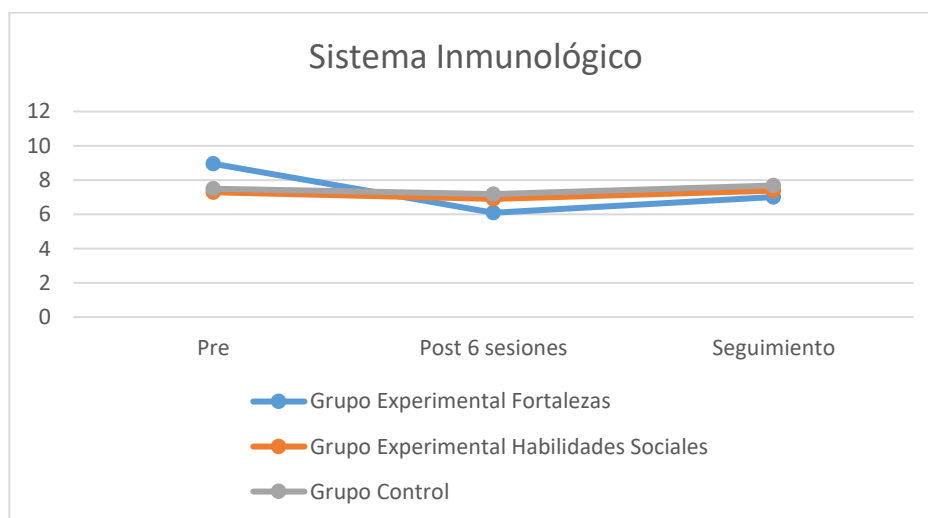
3.4.1.1. Escala de Sistema Inmunológico

Los resultados del Análisis de Covarianza mostraron efectos significativos para la variable grupo tras las 6 sesiones de tratamiento. Los contrastes a posteriori realizados para comprobar las diferencias entre los distintos grupos nos han permitido encontrar diferencias significativas entre los grupos de control (1) y de entrenamiento en fortalezas (3) ($p < .000$), con tamaño del efecto alto ($d_2 = -1.31$) y entre los grupos de estrés y habilidades sociales (2) y de entrenamiento en fortalezas (3) ($p < .000$), con un tamaño de efecto igualmente alto ($d_3 = -1.00$), siendo menores los síntomas del sistema inmunológico en el grupo de entrenamiento en fortalezas que en los otros dos grupos.

Los resultados del Análisis de Covarianza relativos al seguimiento no mostraron efectos significativos de Grupo.

Figura 7.5

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema inmunológico durante las tres fases del estudio



3.4.1.2. Escala de Sistema Cardiovascular

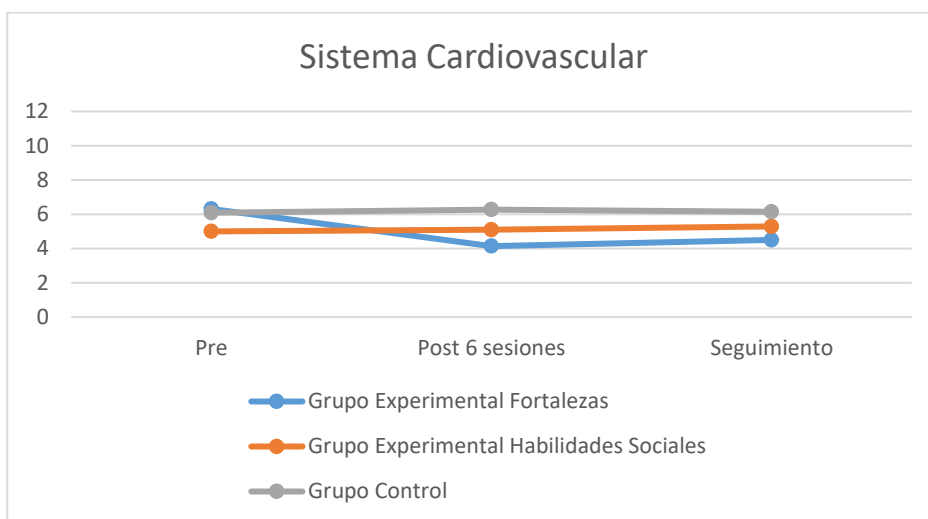
Los resultados del análisis tras las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto alto ($d_2 = -.70$) y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto bajo

($d_3 = -.22$), siendo los síntomas del sistema cardiovascular más bajos en el grupo de fortalezas personales.

Además, los resultados de este análisis en el período de seguimiento mostraron igualmente efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos indican diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$) y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$). Aunque las puntuaciones se incrementaban con respecto a la fase de tratamiento, los síntomas cardiovasculares todavía seguían siendo más bajos en el grupo de fortalezas personales que en los otros dos grupos del estudio.

Figura 7.6

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema cardiovascular durante las tres fases del estudio



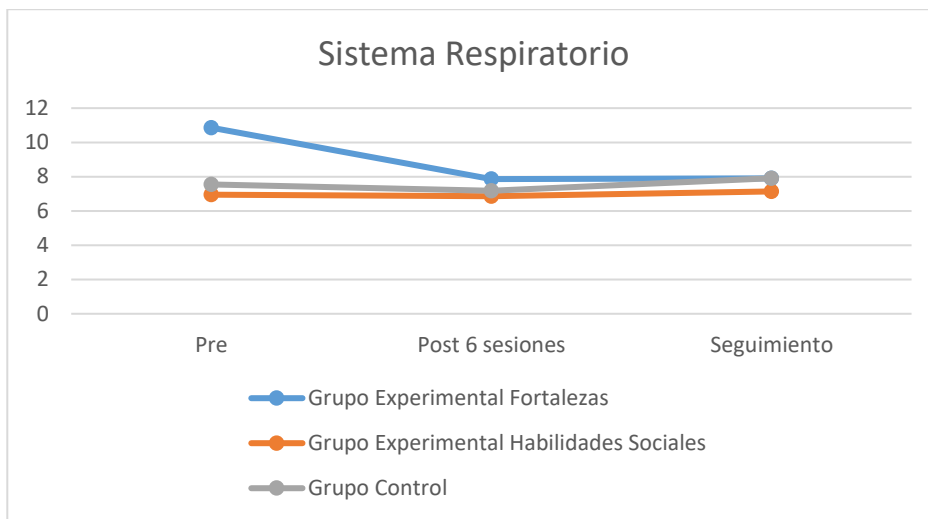
3.4.1.3. Escala de Sistema Respiratorio

Los resultados del Análisis de Covarianza después de las 6 sesiones de entrenamiento arrojaron diferencias significativas para la variable grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos señalan diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con tamaño de efecto alto ($d_2 = -.83$) y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con tamaño del efecto nulo ($d_3 = -.04$). Los síntomas del sistema respiratorio fueron menores en el grupo experimental 3.

Posteriormente, los resultados de los análisis realizados sobre la fase de seguimiento no mostraron efectos significativos para la variable de grupo.

Figura 7.7

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema respiratorio durante las tres fases del estudio



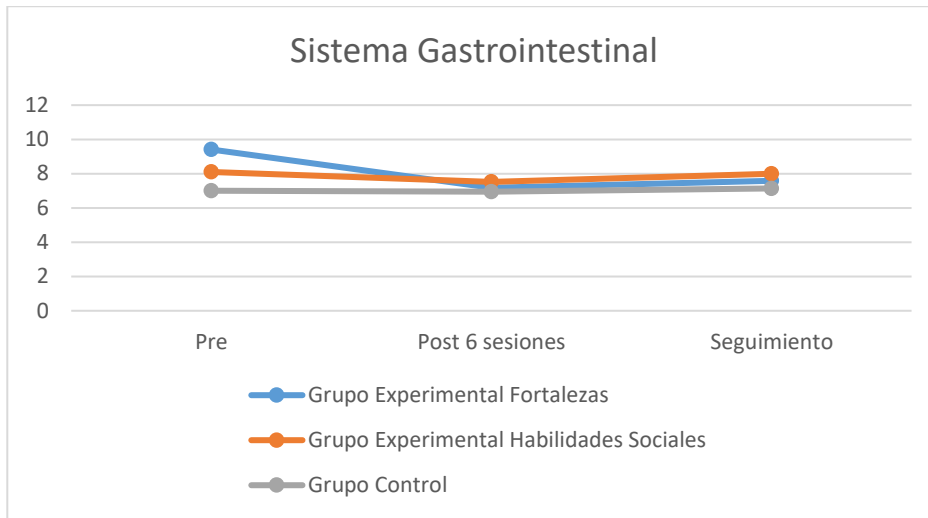
3.4.1.4. Escala de Sistema Gastrointestinal

Los resultados del Análisis de Covarianza en las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos exhiben diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con tamaño de efecto alto ($d_2 = -.1.53$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con tamaño del efecto nulo ($d_3 = -.05$). Es el grupo que ha recibido el entrenamiento en fortalezas personales el que muestra menores puntuaciones en sintomatología gastrointestinal que los otros dos.

Además, los resultados del análisis durante la fase de seguimiento no mostraron efectos significativos para la variable de grupo.

Figura 7.8

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema gastrointestinal durante las tres fases del estudio



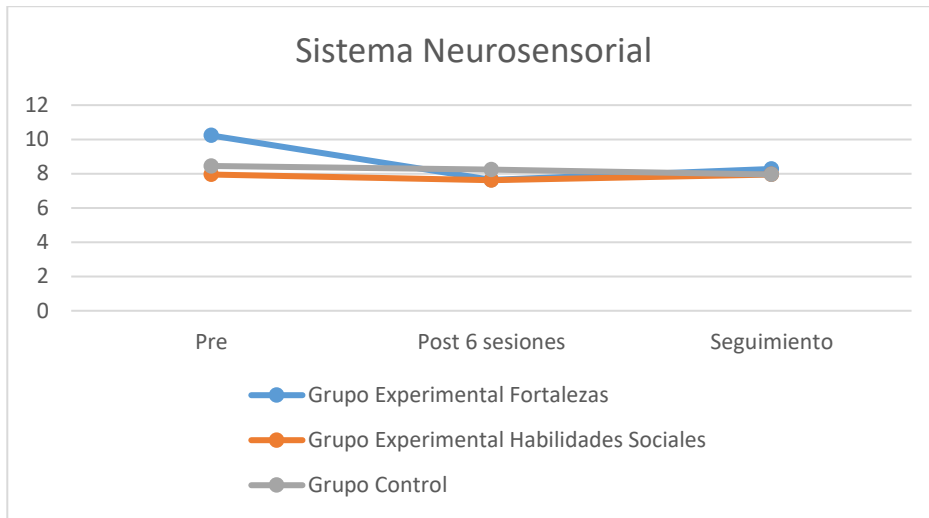
3.4.1.5. Escala de Sistema Neurosensorial

Los resultados del Análisis de Covarianza tras las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable grupo. Las comparaciones por parejas realizadas muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con tamaño del efecto alto ($d_2 = -1.27$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), igualmente con tamaño del efecto alto ($d_3 = -1.61$), recogiendo las puntuaciones más bajas en los síntomas del sistema neurosensorial en el grupo 3.

Finalmente, los resultados del Análisis de Covarianza durante el seguimiento no mostraron efectos significativos para la variable de grupo.

Figura 7.9

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema neurosensorial durante las tres fases del estudio



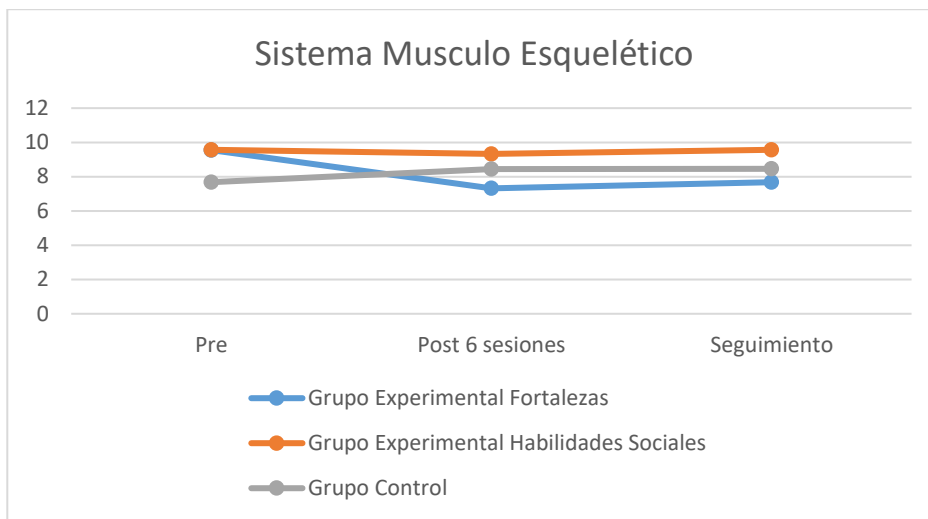
3.4.1.6. Escala de Sistema Músculo Esquelético

Los resultados del análisis después de las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos exhiben diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), siendo el tamaño del efecto alto ($d_2 = -.83$). En concreto, el grupo que ha recibido el entrenamiento en fortalezas personales muestra menor nivel de sintomatología musculoesquelética que el grupo de control.

Posteriormente, los resultados del análisis estadístico en el período de seguimiento no mostraron efectos significativos para la variable grupo.

Figura 7.10

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema musculo esquelético durante las tres fases del estudio



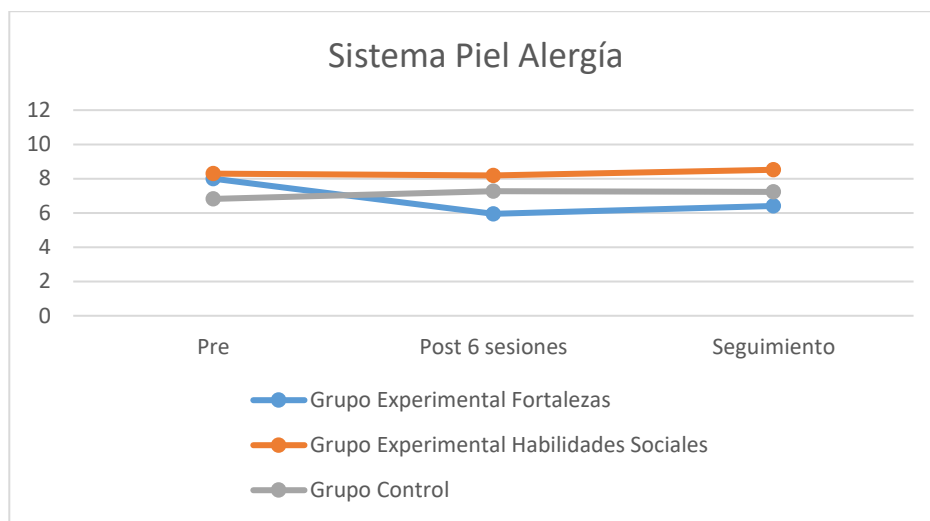
3.4.1.7. Escala de Sistema Piel-Alergia

Los resultados del ANCOVA sobre la variable piel alergia después de las 6 sesiones de entrenamiento indicaron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con tamaño del efecto alto ($d_2 = -1.12$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$) con tamaño del efecto también alto ($d_3 = -1.41$), siendo los síntomas del sistema piel-alergia más bajos en el grupo 3.

Al igual que en casos anteriores, los resultados del ANCOVA durante la fase de seguimiento no mostraron efectos significativos para la variable de grupo.

Figura 7.11

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema piel alergía durante las tres fases del estudio



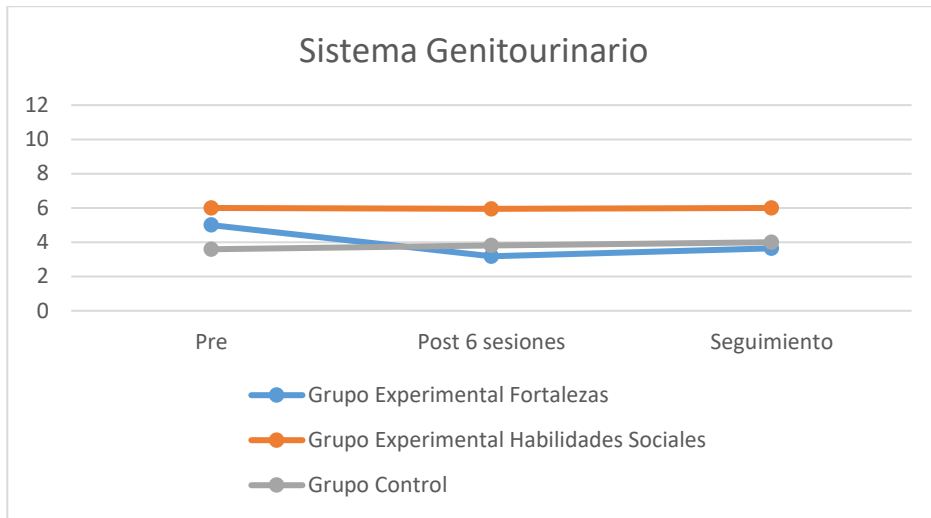
3.4.1.8. Escala de Sistema Genitourinario

Los resultados del análisis sobre las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con tamaño del efecto alto ($d_2 = -1.21$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con tamaño del efecto igualmente alto ($d_3 = -1.31$). El nivel de sintomatología del sistema genitourinario fue menor en el grupo 3.

Finalmente, los resultados del Análisis de Covarianza del seguimiento no mostraron efectos significativos para la variable de grupo.

Figura 7.12

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas del sistema genitourinario durante las tres fases del estudio



3.4.2. Sintomatología Psicopatológica

Pueden comprobarse los resultados de las medias y las desviaciones típicas de las distintas medidas de sintomatología psicopatológica en la tabla 7.12.

Tabla 7.12

Medias y desviaciones típicas en síntomas psicopatológicos en función de los grupos

VB	FE				DATO ESTADISTICOS GLOBALES						
		3	2	1	F	p	η^2_p	d_3	d_2	d_1	
ST	P-6	-6.09 (6.18)	-1.00 (1.61)	-.41 (.67)	24.30	.000	.443				
	6/S	1.41 (2.51)	1.14 (1.77)	.59 (1.10)	1.93	.153	.060	-1.11	-1.27	.47	
OB	P-6	-4.09 (12.80)	-.90 (1.55)	.40 (.96)	6.76	.002	.181				
	6/S	2.27 (3.10)	1.10 (1.92)	.68 (.84)	5.80	.005	.160	-.35	-.39	-.31	
SI	P-6	-5.50 (4.27)	-1.14 (6.30)	-.18 (.66)	7.57	.001	.199				
	6/S	2.41 (5.83)	2.10 (3.51)	-.91 (1.95)	4.18	.020	.120	-.52	-.91	-.21	
DP	P-6	-6.32 (8.45)	-3.19 (5.71)	.32 (.78)	13.77	.000	.311				
	6/S	2.86 (4.17)	.29 (.56)	-.18 (.91)	13.26	.000	.303	-.43	-.99	-.69	
AN	P-6	-4.86 (5.44)	2.10 (3.27)	-.45 (1.01)	18.95	.000	.383				
	6/S	1.45 (2.94)	.43 (.75)	-.32 (.95)	5.93	.004	.163	-.61	-1.11	-.67	
H	P-6	-3.86 (4.41)	.00 (.32)	.18 (.80)	20.72	.000	.404				
	6/S	1.64 (2.26)	.19 (.51)	-.18 (.59)	12.13	.000	.285	-1.21	-1.14	.29	
AF	P-6	-2.18 (2.97)	-.14 (.48)	-.14 (.35)	14.27	.000	.319				
	6/S	1.00 (1.80)	.14 (.48)	.18 (.59)	4.61	.014	.131	-.94	-.95	.00	
IP	P-6	-2.55 (2.96)	-.14 (.36)	-.45 (.74)	18.95	.000	.383				
	6/S	1.05 (1.43)	.24 (.62)	.55 (.91)	5.56	.006	.154	-1.12	-.95	-.52	
PS	P-6	-3.00 (5.98)	-.14 (.48)	.18 (.39)	8.57	.001	.219				
	6/S	1.09 (2.49)	.19 (.40)	-.04 (.49)	5.48	.006	.152	-.66	-.65	-.21	

* VB= Variables, FE= Fase de entrenamiento, 3= Grupo fortalezas personales, 2= Grupo de habilidades sociales y técnicas de reducción del estrés, 1= Grupo control, d_3 = al grupo optimismo-grupo habilidades sociales; d_2 = al grupo optimismo – grupo control; d_1 = al grupo de habilidades sociales- el grupo control. ST= somatizaciones; Ob= obsesiones; SI= sensibilidad interpersonal; DP= depresión; AN= ansiedad; H= hostilidad; AF= ansiedad fóbica; IP= ideación paranoide y PS= psicoticismo. P-6 = a las puntuaciones diferenciales entre la fase pre y la fase post 6 sesiones; 6/S= a las puntuaciones diferenciales entre la fase post 6 sesiones y el seguimiento.

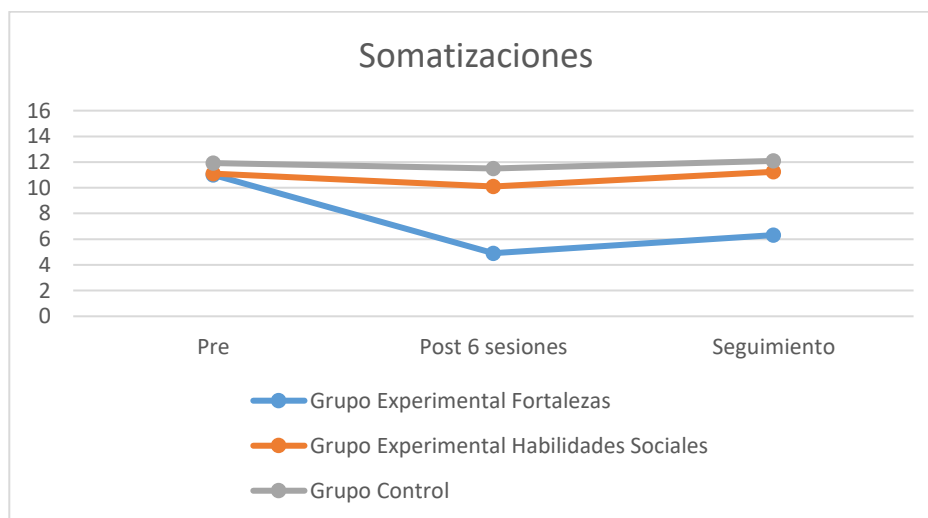
3.4.2.1. Escala de Somatizaciones

Los resultados del Análisis de Covarianza después de las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con un tamaño del efecto alto ($d_2 = -1.27$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), igualmente con tamaño del efecto alto ($d_3 = -1.11$). Es el grupo 3 el que muestra menores niveles de síntomas somáticos.

En cuanto a los resultados del análisis estadístico durante el seguimiento, no se hallaron efectos significativos para la variable de grupo.

Figura 7.13

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas somáticos durante las tres fases del estudio



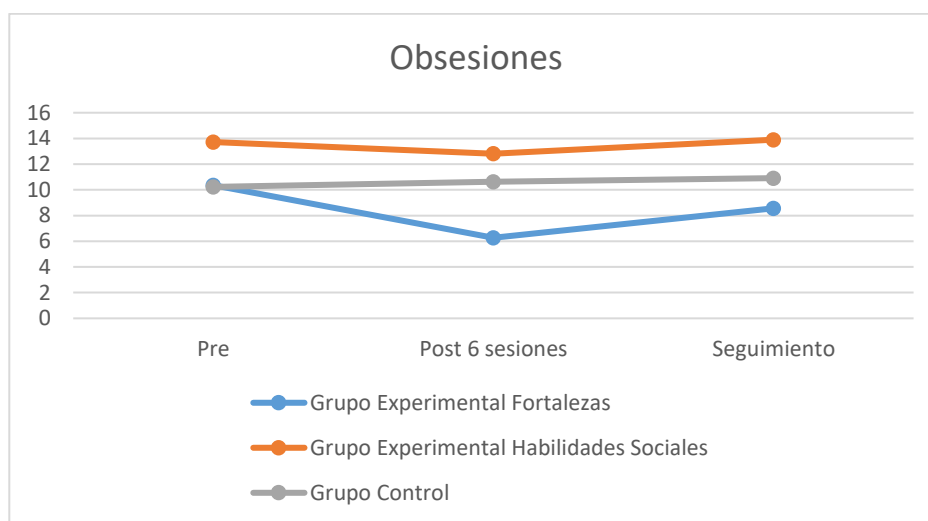
3.4.2.2. Escala de Obsesiones

Los resultados del análisis estadístico tras las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .028$), con un tamaño de efecto bajo ($d_2 = -.39$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .003$), con un tamaño de efecto igualmente bajo ($d_3 = -.35$), produciéndose las mayores bajadas en síntomas obsesivos en el grupo 3.

Posteriormente, los resultados del ANCOVA en la fase de seguimiento mostraron también efectos significativos para la variable de grupo. Las diferencias se encontraban tanto entre los grupos 1 y 3 ($p < .011$), como entre los grupos 2 y 3 ($p < .018$). Aunque las puntuaciones se incrementaban con respecto a la fase de tratamiento, los síntomas obsesivos todavía seguían siendo más bajos en el grupo de fortalezas personales que en los otros dos grupos.

Figura 7.14

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas obsesivos durante las tres fases del estudio



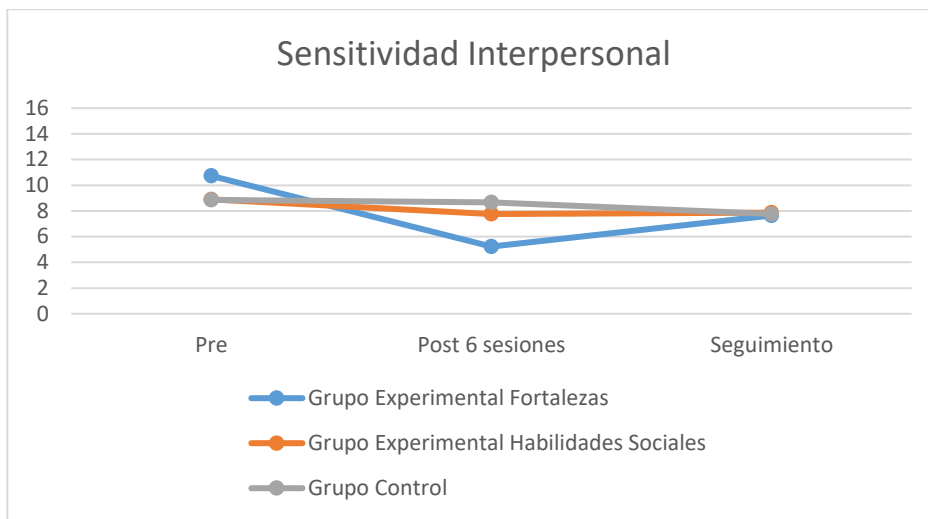
3.4.2.3. Escala de Sensitividad Interpersonal

En la variable de Sensitividad Interpersonal, se encontró también un efecto significativo de grupo después de las 6 sesiones de entrenamiento. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .001$), con un tamaño de efecto alto ($d_2 = -.91$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .017$), con un tamaño de efecto medio ($d_3 = -.52$), siendo el grupo 3 donde se obtienen las puntuaciones más bajas en estos síntomas.

Además, los resultados del análisis en el período de seguimiento mostraron también efectos significativos para la variable de grupo, con diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .036$). Aunque las puntuaciones se incrementaban con respecto a la fase de tratamiento, los síntomas de sensibilidad interpersonal todavía seguían siendo más bajos en el grupo de fortalezas personales que en los otros dos grupos.

Figura 7.15

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas de sensibilidad interpersonal durante las tres fases del estudio



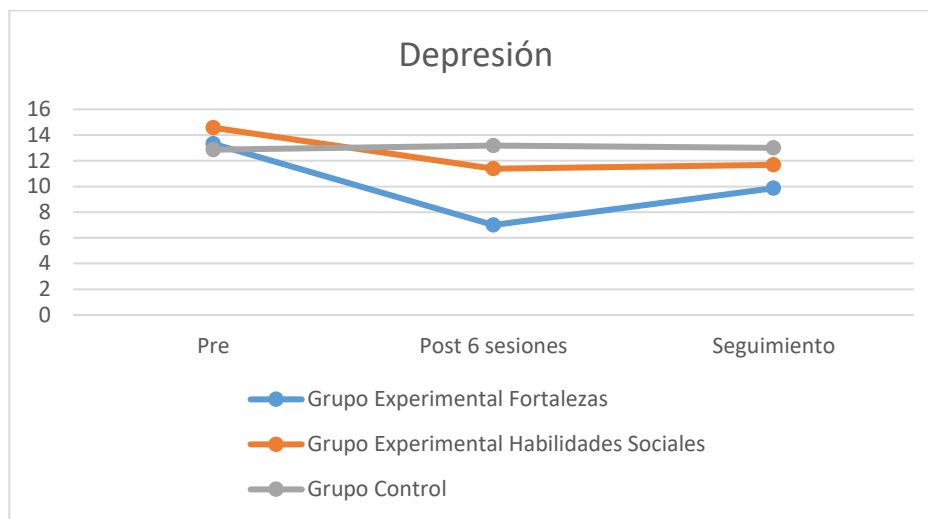
3.4.2.4. Escala de Depresión

Los resultados del Análisis de Covarianza después de las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con un tamaño del efecto alto ($d_2 = -.99$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .015$), con un tamaño del efecto medio ($d_3 = -.43$). El nivel de sintomatología depresiva fue menor en el grupo 3 que en los otros dos.

Posteriormente, los resultados del análisis durante el seguimiento mostraron igualmente efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .001$) y entre los grupos 1 y 2 ($p < .028$), produciéndose todavía la puntuación más baja en los síntomas depresivos en el grupo 3 a pesar del incremento de dichos síntomas con respecto al entrenamiento.

Figura 7.16

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas depresivos durante las tres fases del estudio



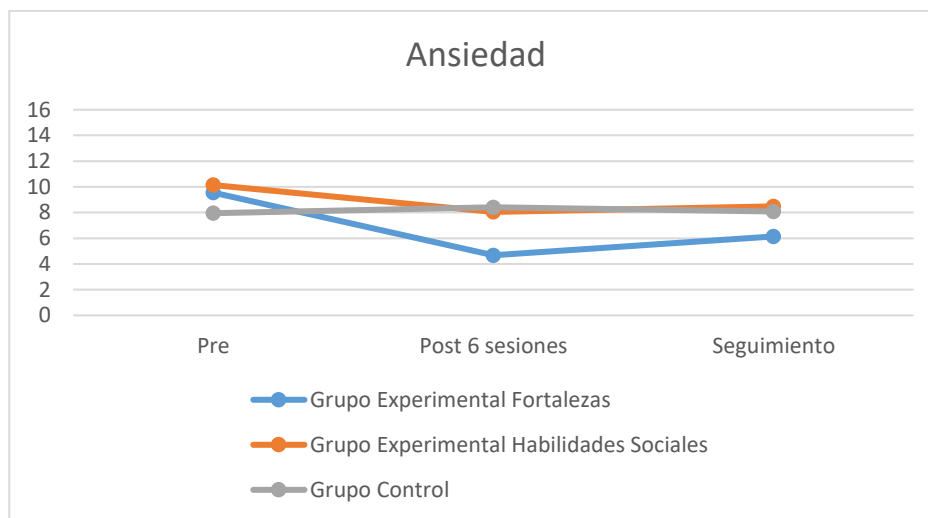
3.4.2.5. Escala de Ansiedad

Los resultados del Análisis de Covarianza para la variable de ansiedad mostraron efectos significativos para la variable grupo después del entrenamiento. Las comparaciones por parejas indicaron diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con un tamaño del efecto alto ($d_2 = -1.11$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .001$), con un tamaño del efecto medio ($d_3 = -.61$). Igual que con el resto de la sintomatología, la puntuación de ansiedad era más baja en el grupo 3 que en los otros dos grupos.

En cuanto a los resultados del análisis después del período de seguimiento, éstos mostraron asimismo efectos significativos para la variable grupo. Las comparaciones por parejas señalaron diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), entre los grupos 2 y 3 ($p < .004$) y entre los grupos 1 y 2 ($p < .047$), siendo el número de síntomas ansiosos durante esta fase más bajo en el grupo 3 que en los otros dos grupos, incluso tras el incremento de estos síntomas en relación con la fase de tratamiento. El número de síntomas ansiosos es menor en el grupo de habilidades sociales que en el grupo control.

Figura 7.17

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas ansiosos durante las tres fases del estudio



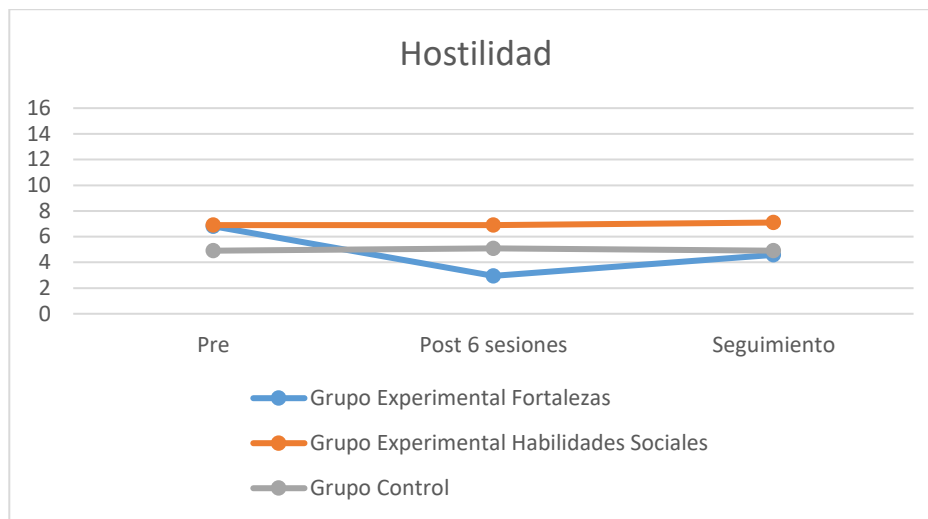
3.4.2.6. Escala de Hostilidad

Los resultados del Análisis de Covarianza tras el entrenamiento recibido mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto alto ($d_2 = -1.14$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto también alto ($d_3 = -1.21$), siendo el número de síntomas de hostilidad más bajo en el grupo 3 con respecto a los otros dos grupos del estudio.

Los resultados de los análisis realizados después del seguimiento indicaron igualmente efectos significativos para la variable de grupo. En la misma línea, las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$) y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), siendo el grupo 3 donde se da la mayor reducción en síntomas de hostilidad a pesar del ligero incremento de dichos síntomas desde la fase de tratamiento.

Figura 7.18

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas de hostilidad durante las tres fases del estudio



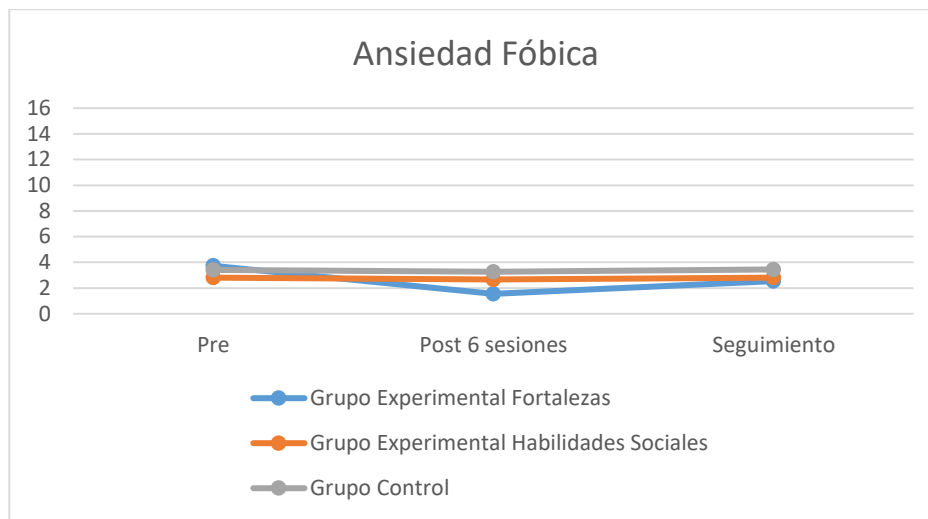
3.4.2.7. Escala de Ansiedad Fóbica

Como en los casos anteriores, los resultados del Análisis de Covarianza, tomando como variable dependiente la ansiedad fóbica tras las 6 sesiones de entrenamiento, mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto alto ($d_2 = -.95$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto igualmente alto ($d_3 = -.94$). Igual que con el resto de la sintomatología, el nivel de sintomatología de ansiedad fóbica era más reducido en el grupo 3 que en los otros dos.

Finalmente, los resultados del análisis estadístico en la fase de seguimiento mostraron asimismo efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .001$) y entre los grupos 2 y 3 ($p < .004$). Aunque el incremento de la sintomatología era mayor en el grupo 3, éste grupo todavía seguía exhibiendo los niveles de sintomatología más bajos.

Figura 7.19

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas de ansiedad fóbica durante las tres fases del estudio



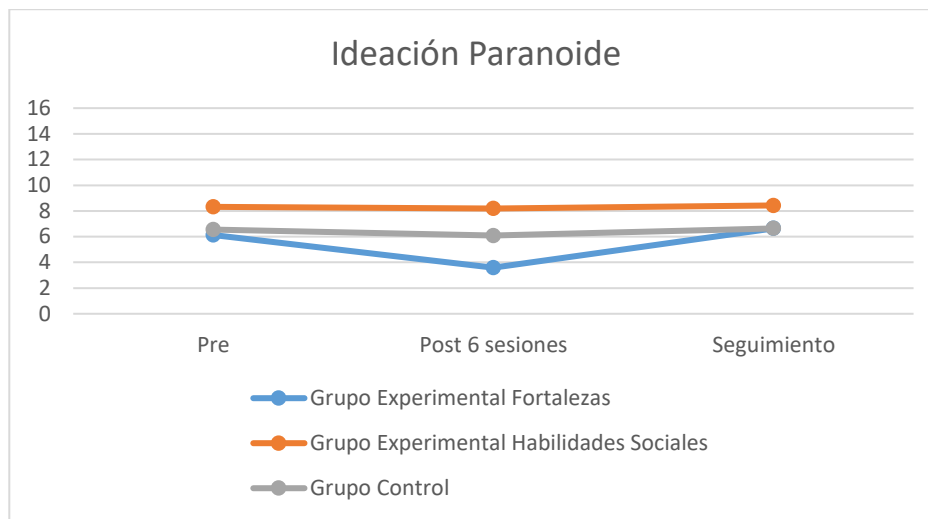
3.4.2.8. Escala de Ideación Paranoide

Los resultados del Análisis de Covarianza exhibieron efectos significativos para la variable de grupo después del entrenamiento. Las comparaciones por parejas demostraron la existencia de diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto alto ($d_2 = -.95$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto igualmente alto ($d_3 = -1.12$). El número de síntomas de ideación paranoide era más reducido en el grupo 3 que en los otros dos.

Después del seguimiento los resultados mostraron también efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas entre los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .001$) y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), produciéndose las puntuaciones más bajas en síntomas de ideación paranoide en el grupo 3 a pesar del incremento de dichos síntomas con respecto a la fase de tratamiento.

Figura 7.20

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas de ideación paranoide durante las tres fases del estudio



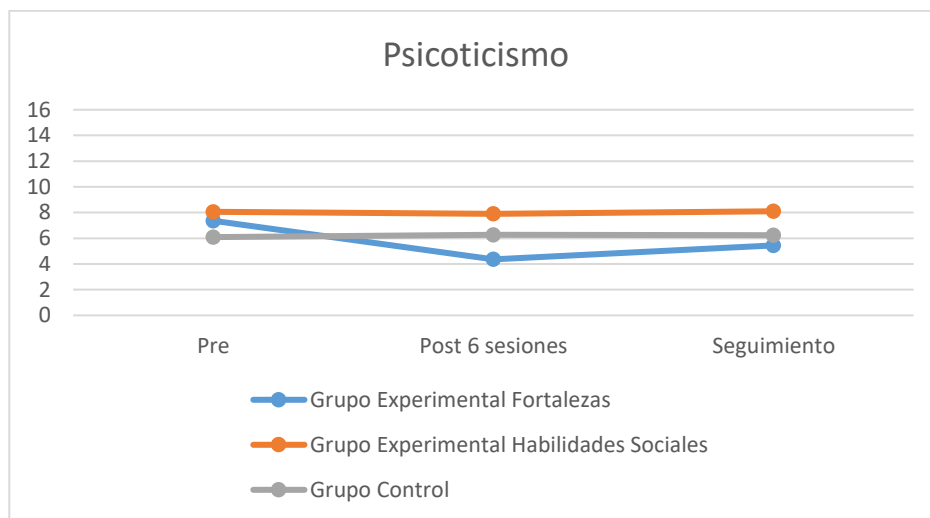
3.4.2.9. Escala de Psicoticismo

Por último, los resultados del ANCOVA en la variable de psicoticismo tras las 6 sesiones de entrenamiento mostraron también efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas indicaron diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .003$), con un tamaño del efecto medio ($d_2 = -.65$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .001$), con un tamaño del efecto igualmente medio ($d_3 = -.66$). El número de síntomas de psicoticismo era más reducido en el grupo 3 que en los otros dos grupos del estudio.

En cuanto a los efectos tras el seguimiento, los resultados del Análisis de Covarianza señalaron igualmente efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas realizadas muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .004$) y entre los grupos 2 y 3 ($p < .001$), siendo las puntuaciones más bajas en síntomas psicóticos en el grupo 3 que en los otros dos, a pesar del incremento en dichos síntomas desde el entrenamiento.

Figura 7.21

Efectos del entrenamiento sobre los síntomas psicóticos durante las tres fases del estudio



3.4.3. Rendimiento Académico

Los resultados de las medias y las desviaciones típicas de las distintas medidas del rendimiento académico pueden consultarse en la tabla 7.13.

Tabla 7.13

Medias y desviaciones típicas en rendimiento académico en función de los grupos

VB	FE	3	2	1	DATOS ESTADISTICOS GLOBALES					
		M (DT)	M (DT)	M (DT)	F	p	η^2_p	d_3	d_2	d_1
R.C	P-6	1.04 (.89)	-.06 (1.01)	-.15 (.80)	14.37	.000	.320	.60	.40	-.09
R.L	P-6	1.01 (.59)	-.04 (.71)	-.18 (.50)	17.27	.000	.362	.69	.17	-.40
R.O	P-6	.94 (.98)	-.25 (.87)	.16 (.68)	9.20	.000	.232	.40	.12	-.22
R.G	P-6	1.00 (.26)	-.98 (.37)	-.05 (.35)	84.46	.000	.735	.47	.21	-.24

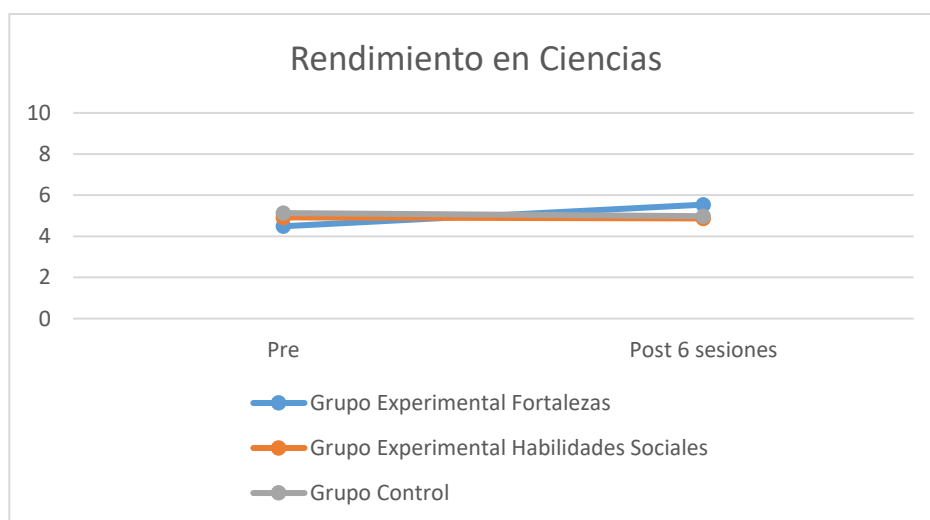
* VB= Variables, FE= Fase de entrenamiento, 3= Grupo fortalezas personales, 2= Grupo de habilidades sociales y técnicas de reducción del estrés, 1= Grupo control, d_3 = al grupo optimismo-grupo habilidades sociales; d_2 = al grupo optimismo – grupo control; d_1 = al grupo de habilidades sociales-el grupo control. RC= rendimiento en ciencias; RL= rendimiento en letras; RO= rendimiento en otras asignaturas y RG= al rendimiento en general. P-6 = a las puntuaciones diferenciales entre la fase pre y la fase post 6 sesiones

3.4.3.1. Rendimiento Académico en Ciencias

Los resultados del Análisis de Covarianza después de haber recibido las 6 sesiones de entrenamiento mostraron efectos significativos para la variable de grupo. Las comparaciones por parejas señalan diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto bajo ($d_2 = .40$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto medio ($d_3 = .60$), siendo el rendimiento en las asignaturas de ciencias mejor en el grupo 3 que en los otros dos grupos incluidos en el estudio.

Figura 7.22

Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en asignaturas de ciencias durante las fases pre y post del estudio

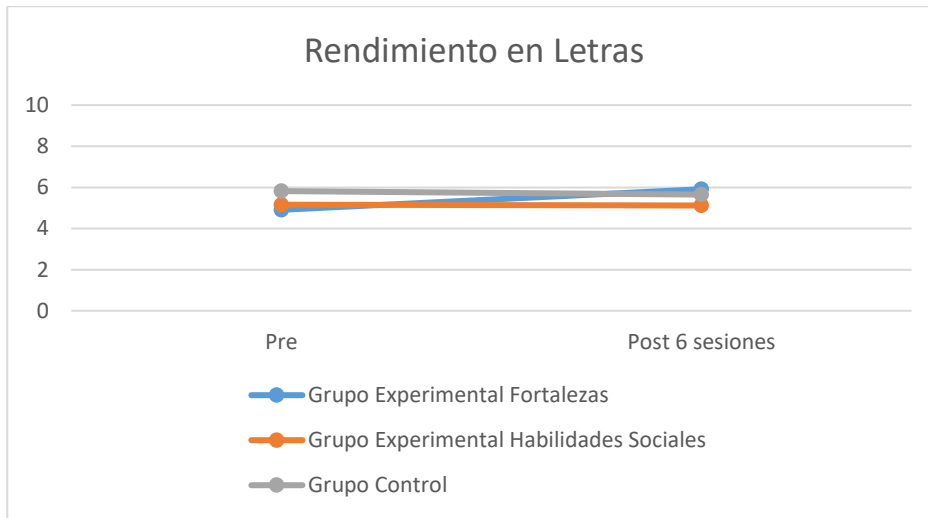


3.4.3.2. Rendimiento Académico en Letras

Los resultados del Análisis de Covarianza exhibieron efectos significativos para la variable de grupo después de la aplicación de las sesiones de entrenamiento. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .000$), pero con un tamaño de efecto prácticamente nulo ($d_2 = .17$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto medio ($d_3 = .69$). Las notas en las asignaturas de letras fueron mejores en el grupo 3 que en los grupos 1 y 2.

Figura 7.23

Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en asignaturas de letras durante las fases pre y post del estudio

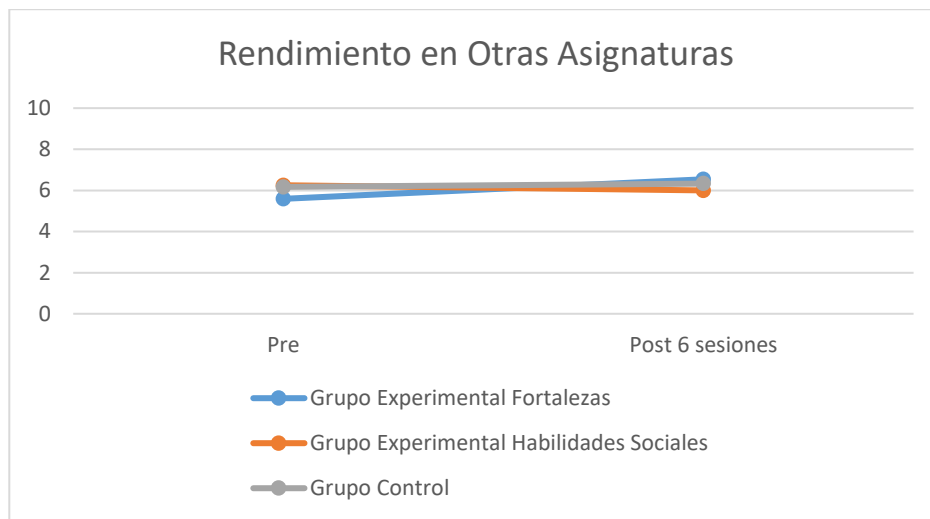


3.4.3.3. Rendimiento Académico en otras Asignaturas

Los resultados del ANCOVA con respecto al rendimiento en otras asignaturas mostraron efectos significativos para la variable de grupo tras la finalización del entrenamiento. Las comparaciones por parejas realizadas en los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .024$), con un tamaño de efecto nulo ($d_2 = .12$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .000$), con un tamaño de efecto medio ($d_3 = .40$), con mayor rendimiento académico en estas asignaturas en el grupo 3 que en los otros dos grupos.

Figura 7.24

Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en otras asignaturas durante las fases pre y post del estudio

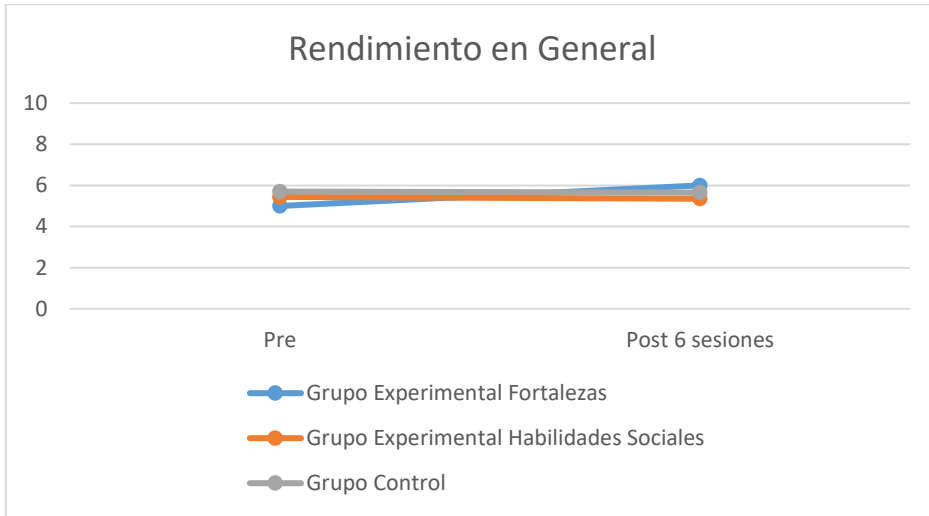


3.4.3.4. Rendimiento Académico General

Los resultados del ANCOVA mostraron efectos significativos para la variable de grupo a la finalización del tratamiento. Las comparaciones por parejas indican diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 ($p < .003$), con un tamaño de efecto bajo ($d_2 = .21$), y entre los grupos 2 y 3 ($p < .001$), con un tamaño de efecto medio ($d_3 = .47$). Las calificaciones de rendimiento medio son más altas en el grupo que recibió el entrenamiento en fortalezas personales que en los grupos de habilidades sociales y afrontamiento del estrés y control de lista de espera.

Figura 7.25

Efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico en general durante las fases pre y post del estudio



CAPITULO 8. DISCUSIÓN ESTUDIO 2

1. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN FORTALEZAS PERSONALES

1.1. Sintomatología física y psicopatológica

En las hipótesis que se plantearon con respecto a la sintomatología física y psicopatológica se esperaba que el número de síntomas físicos y de malestar psicopatológico de la población adolescente disminuyera después de las sesiones de entrenamiento en fortalezas personales y que esta disminución se mantuviese 6 meses después de finalizar el entrenamiento.

Los resultados obtenidos tras el análisis indican que la aplicación del programa de entrenamiento en fortalezas personales ha sido eficaz para reducir los síntomas físicos de los sistemas inmunológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, musculo esquelético, piel-alergia y genitourinario, siendo los tamaños del efecto medios en la mayoría de los casos. Sin embargo, esta reducción sólo se mantiene durante el período de seguimiento en los síntomas de los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial y piel-alergia. En definitiva, el programa parece lograr una reducción de la sintomatología física tras su aplicación, pero el efecto solo se mantiene a medio plazo en algunos de dichos síntomas.

Los resultados son similares a los publicados en otros trabajos con adolescentes, en los que también se ha encontrado una relación positiva entre el entrenamiento en fortalezas personales y la mejora de los síntomas físicos después de la aplicación de las intervenciones, no manteniéndose de forma tan clara tras el periodo de seguimiento (Hahtami *et al.*, 2011; Remor & Amorós, 2012).

En la misma línea, en otros estudios se ha corroborado el papel del entrenamiento en optimismo y/u otras fortalezas para mejorar la salud física, las conductas de autocuidado y la adherencia en general en pacientes con distintas enfermedades. Así, en el trabajo realizado por Cohen *et al.* (2006) se encontró que una intervención en optimismo era eficaz para aumentar las conductas de afrontamiento y autocuidado en pacientes con cáncer. Resultados similares se han hallado en el estudio llevado a cabo por Dockham *et al.* (2016) con pacientes de cáncer adolescentes; en este estudio, un entrenamiento en optimismo y bienestar (entre otros componentes) se mostró eficaz para

reducir la evaluación negativa de la enfermedad, la incertidumbre y la desesperanza, además de para aumentar las conductas de autocuidado y la calidad de vida, aunque 6 meses después de concluido el programa sólo se mantenía la reducción de la evaluación negativa de la enfermedad. Por otra parte, Mann (2001), en un estudio con mujeres con VIH, comprobó que la intervención en optimismo aumentaba la adherencia al tratamiento y disminuía los efectos secundarios de los fármacos. Por último, Huffman *et al.* (2018) llevaron a cabo un entrenamiento en optimismo y gratitud en pacientes con un síndrome coronario agudo; los resultados señalaron la efectividad del entrenamiento para mejorar la salud física y reducir los ingresos hospitalarios, aunque estos efectos tampoco se mantuvieron tras el seguimiento.

En cuanto a los efectos del programa sobre los síntomas psicopatológicos, el entrenamiento basado en las sesiones de fortalezas personales se ha mostrado igualmente eficaz para reducir los síntomas de somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, con tamaños del efecto medios para la mayoría de los síntomas; no obstante, esta reducción no se ha mantenido en el período de seguimiento. Así, puede afirmarse que el entrenamiento en fortalezas personales consigue reducir la sintomatología psicopatológica tras su aplicación, aportando información sobre sintomatología psicopatológica que es más amplia que en otros estudios; sin embargo, los efectos del programa aplicado no parecen extenderse a medio plazo.

Los resultados descritos son parecidos a los hallados en otros trabajos, en los que se muestra que el entrenamiento en fortalezas como el perdón, la gratitud, el sentido del humor y el optimismo son eficaces para disminuir los síntomas ansiosos, depresivos y hostiles. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Engels *et al.* (2012) se encontró una reducción de la sintomatología psicopatológica en adolescentes que habían recibido un entrenamiento para fomentar el estilo explicativo optimista y resolver problemas sociales. Datos semejantes pueden corroborarse en tres programas de intervención sobre el optimismo realizados en las últimas décadas. Así, en el programa de Optimismo de Pennsylvania el optimismo demuestra ser un factor de protección con respecto a los síntomas depresivos (Peterson & Seligman, 1984; Girgus *et al.*, 1992). Por su parte, el Programa Australiano de Optimismo se ha mostrado igualmente eficaz para reducir los síntomas ansiosos y depresivos de la población adolescente (Roberts, 2014). Por último, en España, el Programa Sonrisa, realizado en Murcia y basado en fomentar la motivación

y la educación emocional, la terapia de conducta, la resolución de problemas, el optimismo, las habilidades sociales y la planificación de metas, ha conseguido mejorar el estado de ánimo, la ansiedad para hablar en público, las relaciones familiares, la creatividad y el bienestar psicológico, además de reducir la disforia (Sánchez-Hernández & Méndez, 2009). En el caso de estudiantes universitarios, en una investigación reciente de Joshanloo *et al.* (2019), en la que se aplica un programa de entrenamiento en técnicas para fomentar el bienestar (pensar de forma optimista, generar emociones positivas y gratitud), se ha conseguido producir una mejora de la sintomatología depresiva, así como reducir los síntomas ansiosos y hostiles.

En lo que respecta al periodo de seguimiento, estos resultados son coincidentes con los expuestos en algunos estudios, que muestran que los efectos de la intervención no se mantienen tras el periodo de seguimiento ni en los síntomas ansiosos ni depresivos. En esta línea, encontramos el programa OVK (Engels *et al.*, 2012) en el cual, pasados los dos años del periodo de seguimiento, no se mantenía la reducción de los síntomas depresivos. También se observan los mismos resultados en el programa de optimismo de Australia (Roberts, 2014) y en el programa SOAR (Gilboy, 2003), en los cuales no se mantenían los efectos conseguidos en síntomas ansiosos y depresivos pasados los periodos de seguimiento de 6 y 5 meses respectivamente.

En cambio, estos resultados son discordantes con los encontrados en otros estudios, en los que sí se mantuvieron los efectos de la intervención tras el periodo de seguimiento. Por ejemplo, en el programa POP se mantiene la reducción de los síntomas depresivos pasados los dos años del periodo de seguimiento (Girgus *et al.*, 1992; Peterson & Seligman, 1984). Las discrepancias halladas en nuestro estudio con respecto a estos resultados podrían deberse a diferencias existentes entre las dos investigaciones tanto en la muestra como en el número de sesiones, en la evaluación, en la intervención y/o en el periodo de seguimiento usados entre ambos estudios. Así, el POP se aplica con alumnos y alumnas de 5 y 6 de primaria mientras que el presente estudio se ha llevado a cabo con alumnado de 2 y 3 de la ESO. Además, el POP consta de 12 sesiones de entrenamiento, justo el doble de las utilizadas en ésta investigación. En el POP se evalúan los síntomas depresivos con un cuestionario específico de síntomas depresivos (CDI) mientras que en este trabajo se utiliza un cuestionario más amplio (SCL-90-R). La intervención no es exactamente la misma: en el caso del POP se incluyen dos componentes de entrenamiento -uno cognitivo centrado en el optimismo y otro centrado en el entrenamiento de las

habilidades interpersonales-, mientras que en el presente estudio se entrenan el componente de optimismo y otros aspectos personales como ser uno mismo y apreciar la felicidad, organizarse mejor y no agobiarse, estar más activo y dedicar más tiempo a la vida social.

Estas mismas discrepancias descritas para los efectos de la intervención durante el seguimiento se encuentran con respecto al estudio de Joshanloo *et al.* (2019), en el cual se mantiene la disminución observada en los síntomas ansiosos y depresivos pasados los tres meses del periodo de seguimiento. Las discrepancias en los resultados se pueden deber a la diferencia en la muestra, ya que en la investigación de Joshanloo *et al.*, se aplicó el entrenamiento a estudiantes universitarios mientras que en este trabajo se llevó a cabo con adolescentes. Otras diferencias, que pueden afectar a los resultados, son el periodo de seguimiento (tres meses frente a seis), el número de sesiones de las intervenciones (14 sesiones frente a 6) y las fortalezas entrenadas (pensar de forma optimista, generar emociones positivas y gratitud frente a ser uno mismo, no agobiarse y aumentar la actividad social).

En resumen, las discrepancias encontradas con estas investigaciones parecen indicar que los factores más relevantes para que se mantengan los efectos tras el periodo de seguimiento son el número de sesiones, el periodo que se establece para el seguimiento, las fortalezas entrenadas y los cuestionarios usados en la evaluación. Con respecto a la cantidad de sesiones aplicadas, todo parece indicar que un mayor número de sesiones ayuda a mantener los efectos a largo plazo. Por su parte, con respecto al periodo que se establece para el seguimiento parece indicar que los seguimientos que se realizan tras un periodo completo de un año o dos presentan mejores efectos a lo largo de tiempo. En referencia a los cuestionarios utilizados en la evaluación, los resultados nos indican que las investigaciones que utilizan cuestionarios que evalúan un problema en particular muestran mejores resultados tras el periodo de seguimiento. Con respecto a las fortalezas entrenadas parece que entrenar un mayor número de fortalezas produce mejores resultados tras el paso del tiempo.

1.2. Rendimiento Académico

Según las hipótesis planteadas, se esperaba que la nota media general y la obtenida en las distintas categorías de asignaturas aumentasen tras la intervención en fortalezas personales, pudiendo evaluarse estos efectos en la tercera evaluación.

Como indican los análisis realizados y los tamaños del efecto encontrados en este estudio, se ha producido un incremento en el rendimiento académico en general, así como en las calificaciones de las distintas categorías de asignaturas -ciencias, letras y otras asignaturas-, desde la primera a la tercera evaluación.

Los resultados descritos son similares a los expuestos en otros estudios publicados en los que se ha buscado la mejora del rendimiento académico mediante un programa basado en el entrenamiento de fortalezas, tanto en alumnado de primaria, como en alumnado de secundaria y universitario. Así, en alumnado de primaria, Luiselli *et al.* (2010) hallaron una mejora del rendimiento académico y del comportamiento disruptivo tras aplicar un entrenamiento centrado en la información sobre los efectos de la conducta positiva en el aula y el compromiso con las actividades de aprendizaje. Green & Rynsaardt (2007), Marqués *et al.* (2011) y Beauchemin *et al.* (2008) encontraron los mismos efectos sobre el rendimiento en estudiantes de secundaria de Australia, Portugal y Estados Unidos respectivamente. En el primer estudio, la mejora del rendimiento se logró a través de un programa centrado en las fortalezas personas y la esperanza, en el segundo y en el tercero mediante un entrenamiento en mindfulness. En lo que respecta al estudiantado universitario, Barrios *et al.* (2018) mejoraron igualmente las calificaciones en estudiantes tras la aplicación de un programa de entrenamiento centrado en actividades que ayudaban a incrementar un estado de ánimo positivo, como recordar hechos positivos, la gratitud y el mindfulness.

Tras lo expuesto en los párrafos precedentes y, en líneas generales, puede concluirse que el entrenamiento en fortalezas personales llevado a cabo en este estudio (basado en generar un estilo explicativo más optimista, una mayor aceptación de uno mismo, así como una mejor organización y una conducta más proactiva) parece ejercer un papel en el aumento del rendimiento académico en asignaturas de distinto tipo. Los resultados obtenidos en este estudio, por tanto, son novedosos en cuanto que aportan información importante sobre los efectos indirectos que puede tener este tipo de entrenamiento en el rendimiento académico, aunque no haber incluido un período de seguimiento en el estudio no nos permite conocer en qué medida este cambio se mantendrá en el tiempo.

2. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN ESTILO EXPLICATIVO OPTIMISTA

Según la hipótesis planteada inicialmente, la población adolescente reduciría el número de síntomas físicos y psicopatológicos tras la aplicación de las tres sesiones de entrenamiento en estilo explicativo optimista. Igualmente, se esperaba encontrar diferencias en el entrenamiento basado en las tres sesiones de optimismo en relación con el entrenamiento centrado en seis sesiones de fortalezas personales.

Los resultados encontrados muestran que el entrenamiento en optimismo parece ser eficaz tanto para reducir la sintomatología física en general, como para disminuir los síntomas de somatización, sensibilidad interpersonal, depresión e ideación paranoide, siendo medios los tamaños del efecto encontrados.

Si comparamos los resultados obtenidos tras la aplicación del módulo de estilo explicativo optimista con los resultados observados después de la aplicación del programa al completo (optimismo más otras fortalezas) se observan efectos similares con respecto a la sintomatología física, pero efectos peores en relación con la sintomatología psicopatológica cuando solamente se entrena el optimismo. Por tanto, es posible que el componente del optimismo sea especialmente relevante para disminuir la sintomatología física, pero es necesario un entrenamiento combinado en optimismo y otras fortalezas para lograr mayores cambios en la reducción de la sintomatología psicopatológica.

Los resultados encontrados en otros trabajos también muestran que el entrenamiento en optimismo consigue reducir la sintomatología que se presenta en enfermedades como el cáncer, tanto en población adolescente (Sulkers *et al.*, 2013) como en población adulta (Cardenal *et al.*, 2014), la enfermedad coronaria (Mohammadi *et al.*, 2018) y el dolor crónico (Cohen *et al.*, 2014). Así, el entrenamiento en optimismo mostró una mejor recuperación física tras la intervención en jóvenes con cáncer, además de reducir el malestar y el dolor en mujeres con cáncer de mama. Por su parte, con las personas que eran pacientes coronarios, el entrenamiento en optimismo producía una reducción de las náuseas y el dolor e incidía en el aumento de las conductas de autocuidado y la esperanza de vida. Por último, recibir varias sesiones sobre pensamiento optimista disminuyó la intensidad del dolor en jóvenes estudiantes con dolor crónico.

En lo que respecta a la salud psicopatológica, los datos encontrados en este estudio muestran que la intervención en optimismo es eficaz para reducir algunos síntomas psicopatológicos que están en la base de muchos problemas posteriores, como los síntomas depresivos, coincidiendo con los hallazgos de programas similares realizados con adolescentes en distintos países (Gillham *et al.*, 2001; Gilboy, 2005; Roberts, 2014). Estos mismos resultados han sido obtenidos por Remor *et al.* (2010) que, mediante un programa de intervención en optimismo, reducían los síntomas depresivos en adolescentes.

Los resultados de este estudio muestran asimismo que la intervención en optimismo también es eficaz para mejorar las dificultades interpersonales en adolescentes. Igualmente, estos resultados están en línea con otros estudios publicados que encuentran la misma relación. Por ejemplo, en el estudio de Behrad *et al.* (2012) se entrenó a adolescentes con dificultades interpersonales en técnicas para fomentar el pensamiento optimista. Los resultados mostraron que el entrenamiento en optimismo era eficaz para mejorar los problemas interpersonales. Estos mismos hallazgos se encuentran tras la aplicación del programa australiano de optimismo, con población adolescente, llevada a cabo por Roberts (2015).

Además de los citados, los resultados de este trabajo también muestran que el entrenamiento en optimismo es eficaz para reducir la ideación paranoide. Datos similares los podemos encontrar en el trabajo llevado a cabo por Roberts *et al.* (2018) con adolescentes australianos, a los cuales se les aplicó un entrenamiento en optimismo de 12 sesiones. Los resultados de esta investigación muestran que el entrenamiento en optimismo es eficaz para reducir la ideación paranoide.

En resumen, aunque los resultados obtenidos son solo orientativos -la muestra en el caso del entrenamiento en optimismo es muy pequeña y no se ha realizado una comparación entre grupos realmente-, los datos parecen sugerir que el componente de optimismo desempeña un papel relevante con respecto a la sintomatología física, los síntomas depresivos y las dificultades interpersonales. Así, centrarse exclusivamente en el entrenamiento de este componente nos podría permitir implantar programas más breves y específicos para la población adolescente con esta sintomatología.

3. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN OTRAS FORTALEZAS

De acuerdo con la hipótesis que se planteó, se esperaba que el entrenamiento en otras fortalezas produciría una disminución de los síntomas físicos y psicopatológicos de la población adolescente. Igualmente, se esperaba encontrar diferencias entre este tipo de intervención y el entrenamiento conjunto en optimismo y otras fortalezas.

Los resultados encontrados muestran que el entrenamiento en otras fortalezas realizado es eficaz para reducir los síntomas físicos de tipo inmunológico, cardiovascular, gastrointestinal, neurosensorial, musculo-esquelético y piel-alergia, así como los síntomas de ansiedad fóbica, aunque los tamaños del efecto encontrados son pequeños.

Por su parte, al comparar los resultados obtenidos tras la aplicación del módulo de otras fortalezas con los resultados observados después de la aplicación del programa al completo (optimismo más otras fortalezas) podemos observar que el entrenamiento al completo se muestra más eficaz para reducir los síntomas físicos y psicopatológicos de la población adolescente que el entrenamiento en otras fortalezas por sí solo. En este sentido, se podría afirmar que el entrenamiento en otras fortalezas parece ejercer únicamente un pequeño efecto sobre la reducción de la sintomatología física, requiriendo la presencia del componente del optimismo para observarse algún efecto sobre la sintomatología psicopatológica.

Estos resultados son similares a los hallazgos de otros estudios, en los que se muestra que el entrenamiento en otras fortalezas es eficaz para reducir la sintomatología física, tanto en adolescentes (Videra-García & Reigal-Garrido, 2013) como en estudiantes universitarios (Hahtami *et al.*, 2011) y personas adultas (Veenhoven, 2008; Esch *et al.*, 2013).

En lo que respecta a los síntomas psicopatológicos, los datos encontrados en la literatura difieren de los que se han expuesto en este estudio. En concreto, se ha encontrado que el entrenamiento en otras fortalezas mejora la salud psicológica con respecto a los síntomas de estrés, ansiedad, dificultades interpersonales y depresión, tanto de la población adolescente como de otros grupos de población. En el caso de adolescentes, los estudios muestran una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva (Green & Rynsaardt, 2007; Malmivaara, 2012) y una mejora en los síntomas ansiosos y las dificultades interpersonales (Beauchemin *et al.*, 2008) tras la aplicación de

programas de intervención que incluyen algún componente para fomentar otras fortalezas. Por su parte, en personas adultas, podemos encontrar el trabajo de Ortega-Martínez y Ramírez-Fernández (2021) en el cual un programa de intervención en gratitud reduce los síntomas ansiosos y depresivos. También podemos encontrar el trabajo de Hasheminia *et al.* (2014) con mujeres adultas, en el cual un entrenamiento en otras fortalezas se ha mostrado eficaz para reducir los síntomas de la depresión postparto.

Es posible que las discrepancias entre estos resultados y los hallados en nuestro estudio se deban a diferencias en los componentes específicos del programa de entrenamiento aplicado (en nuestro caso se intentó fomentar la autorrealización, la apreciación de la felicidad y la capacidad para organizarse y ser más activos, mientras que en los otros estudios los programas estuvieron centrados fundamentalmente en los componentes de gratitud, emociones positivas y/o mindfulness) o al número de sesiones de entrenamiento (tres sesiones en nuestro caso frente a cinco como media en los otros programas a los que se alude). Las discrepancias encontradas parecen indicar que los entrenamientos con un mayor número de sesiones son más eficaces para producir efectos. Lo mismo parece ocurrir con los componentes de entrenamiento; mostrándose más eficaces los entrenamientos en gratitud, atención plena y desarrollo de las emociones positivas.

En definitiva, teniendo en cuenta que los resultados son solo orientativos, porque la muestra es excesivamente reducida y no se ha comparado directamente el entrenamiento en otras fortalezas con un entrenamiento combinado en optimismo y otras fortalezas podría afirmarse que el componente de otras fortalezas ejerce un efecto muy pequeño sobre la sintomatología física y ninguno sobre la sintomatología psicopatológica.

Por último, los resultados parecen indicar que el entrenamiento en optimismo podría ser más relevante en la reducción de la sintomatología física, de los síntomas depresivos y de las dificultades interpersonales que el entrenamiento en otras fortalezas. Estos resultados nos llevan a pensar que puede ser mejor aplicar programas de entrenamiento únicamente en optimismo, evitando realizar intervenciones más largas y costosas que parecen no mejorar los resultados que produce el optimismo por sí solo. Por ello implantar programas cortos de entrenamiento en optimismo puede ser una herramienta útil y eficaz de cara a reducir la sintomatología de la población adolescente.

4. EFICACIA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN FORTALEZAS PERSONALES EN COMPARACIÓN CON LOS OTROS GRUPOS

En las hipótesis 5 y 6 se planteaba que el alumnado que recibiese el entrenamiento en fortalezas personales experimentaría menos síntomas físicos y psicopatológicos y tendría mejor rendimiento académico que el alumnado que hubiese recibido el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento del estrés y que el alumnado que no hubiese recibido ningún tratamiento. Además, se esperaba que estos efectos se mantuviesen para los síntomas físicos y psicopatológicos durante la fase de seguimiento en el grupo que había recibido el entrenamiento en fortalezas personales, pero no en los otros dos grupos.

Tras la aplicación del tratamiento, los resultados muestran que las personas participantes del grupo de fortalezas personales presentan menores niveles de sintomatología física que los otros dos grupos en todas las subescalas evaluadas; por su parte, no se encuentran diferencias en ninguna de las subescalas de síntomas físicos entre los grupos de habilidades sociales y control de lista de espera. En cuanto al seguimiento, los resultados muestran que estos participantes del grupo de fortalezas personales mantienen los efectos conseguidos tras la intervención en las subescalas de sintomatología cardiovascular, respiratoria, gastrointestinal, neurosensorial y piel-alergia.

Los datos mencionados son similares a los hallados en otros trabajos publicados, en los cuales se muestra que el entrenamiento en fortalezas es más eficaz que otro tipo de entrenamiento, o la ausencia del mismo, para reducir los síntomas físicos tanto en población adulta como en adolescentes.

En concreto, Mohammadi et al. (2017) compararon un entrenamiento en optimismo con un grupo control sin intervención en pacientes coronarios, encontrando que el entrenamiento en optimismo era más eficaz que la ausencia de intervención para reducir los síntomas cardiovasculares producidos por la enfermedad. Estos resultados se mantuvieron pasados los dos meses del periodo de seguimiento. En la misma línea, Mollinari *et al.* (2018) estudiaron la eficacia de un programa de intervención que incluía componentes de optimismo y visualización, en comparación con un grupo de control sin entrenamiento, para disminuir el dolor en pacientes con fibromialgia. El grupo que había

recibido el entrenamiento en optimismo mostró mayor reducción del dolor que el grupo control, manteniéndose estos resultados 5 meses después.

En el caso de la población adolescente, Briones (2018) realizó un trabajo en el cual se estudió el efecto de la hipnosis y el optimismo sobre la fatiga física de adolescentes con leucemia. Los resultados mostraron que el entrenamiento en optimismo combinado con la hipnosis fue más eficaz para reducir la fatiga física que la ausencia de intervención. Estos resultados se mantuvieron transcurridos 6 meses. Datos similares se encuentran en el trabajo llevado a cabo por McClellan *et al.* (1999) con el objetivo de mejorar la salud física de la población adolescente. Para ello dividieron a las personas participantes en dos grupos. El primer grupo recibió un entrenamiento dirigido a promover el pensamiento optimista mientras que el segundo grupo no recibió ninguna intervención. Los resultados mostraron que las personas participantes del grupo que había recibido el entrenamiento en optimismo informaban de menos síntomas físicos, hacían menos visitas a las consultas médicas y tenían mejores hábitos de alimentación y ejercicio que los componentes del grupo que no había recibido ningún tipo de intervención.

Atendiendo a los resultados obtenidos podemos concluir, en general, que los programas que incluyen los componentes de fortalezas se muestran más eficaces que otro tipo de intervenciones, o que la ausencia de las mismas, para reducir los síntomas físicos y para mantenerlos a lo largo del tiempo. Por ello diseñar y aplicar intervenciones con adolescentes en las cuales se entrenen las fortalezas personales puede ser muy beneficioso para su salud física.

En lo que respecta a la sintomatología psicopatológica, los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento muestran que las personas participantes del grupo de fortalezas personales presentan menores niveles de sintomatología psicopatológica (en las subescalas de somatizaciones, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) que los otros dos grupos de tratamiento incluidos en el estudio, pero estos resultados no se mantienen tras el período de seguimiento. Al igual que sucedió con los síntomas físicos, no se hallaron diferencias en los síntomas psicopatológicos entre el grupo que recibió el entrenamiento en habilidades sociales y técnicas para reducir el estrés y el grupo de control sin intervención.

Los resultados hallados con respecto a los síntomas ansiosos y depresivos también se han encontrado en otros estudios en los que han participado adultos o adolescentes. Dentro de las investigaciones publicadas con población adulta, Bolier *et al.* (2013) llevaron a cabo un meta-análisis en el cual se hace una revisión de los programas de intervención llevados a cabo para aumentar la satisfacción y reducir los síntomas depresivos. Los resultados de este trabajo muestran que intervenciones centradas en el entrenamiento en optimismo y/o felicidad son más eficaces que otros tipos de intervenciones (como el entrenamiento en solución de problemas, autoestima y/o relajación) para reducir los síntomas depresivos y aumentar la satisfacción vital, manteniéndose estos resultados pasados 3 y 6 meses. Datos parecidos han sido aportados por Méndez (2018) en personas con edades comprendidas entre los 30 y 40 años a las que se pretendía mejorar el estado de ánimo y reducir los pensamientos rumiativos. En este estudio los participantes fueron asignados a uno de cuatro grupos experimentales. Al primer grupo se le aplicó un entrenamiento basado en técnicas para fomentar el pensamiento optimista, el segundo grupo recibió un entrenamiento cognitivo-conductual, en el tercero se llevó a cabo un entrenamiento centrado en la mejora del vocabulario emocional y el cuarto no recibió ninguna intervención. Los resultados mostraron que el entrenamiento basado en el desarrollo del pensamiento optimista era más eficaz que los otros tres grupos para reducir los pensamientos rumiativos y para mejorar el estado de ánimo. Estos resultados se mantuvieron tras el periodo de seguimiento de tres meses. En el trabajo llevado a cabo por Salces-Cubero *et al.*, (2019) en el cual se aplicaba un programa de intervención combinado basado en el optimismo, la gratitud y el saboreo a personas mayores, se comprobaba que el entrenamiento en estas fortalezas era eficaz para reducir los síntomas depresivos y para mantener los resultados pasados tres meses. Por último, Kasanzew *et al.* (2007) encontraron mayor reducción de síntomas (obsesiones, somatizaciones, depresión, sensibilidad interpersonal y ansiedad) cuando se aplicaba un tratamiento combinado de técnicas cognitivas más un entrenamiento en técnicas para fomentar el pensamiento optimista que cuando solo se aplicaba el tratamiento en técnicas cognitivas. Las diferencias en la sintomatología se mantenían tres meses después tras la conclusión del entrenamiento.

En cuanto a los estudios llevados a cabo con población adolescente, Acacia *et al.* (2006) analizaron distintos tratamientos que pretendían reducir los síntomas depresivos y aumentar la satisfacción con la vida en esta población. Los resultados de su estudio

muestran que los tratamientos que incorporan las fortalezas como componentes del entrenamiento son más eficaces que los programas que incluyen componentes para la solución de problemas y/o el manejo de las habilidades sociales y la autoestima. Callear & Christensen (2010) han hallado datos similares en una revisión sistemática sobre las intervenciones más eficaces para reducir los síntomas depresivos de la población adolescente. En esta revisión, de nuevo los programas que incluyen las fortalezas como variables de entrenamiento eran mejores que los programas centrados en la resolución de problemas y las habilidades sociales para reducir la sintomatología depresiva. Los datos aportados en el estudio de Hassan *et al.* (2014) se sitúan en la misma línea expuesta. En él, las personas participantes fueron divididos en dos grupos experimentales: el primer grupo recibió un entrenamiento para fomentar el pensamiento optimista, mientras que el segundo grupo fue entrenado en un programa de educación para la salud. Los resultados mostraron que el entrenamiento para fomentar el pensamiento optimista fue más eficaz que el entrenamiento en educación para la salud para reducir los síntomas depresivos y la ansiedad. Estos resultados se mantuvieron tras los dos periodos de seguimiento de 42 y 54 meses. Álvarez (2015) ha presentado datos semejantes a los ya expuestos con adolescentes de la provincia de Jaén. En esta investigación se dividió a los participantes en dos grupos. El primer grupo recibió un entrenamiento combinado de gratitud, esperanza, optimismo y perdón, mientras que el segundo grupo no recibió ningún tipo de intervención. Los resultados muestran que el grupo que recibió el entrenamiento combinado presentaba mayor reducción de los síntomas depresivos y una mejora superior de la felicidad subjetiva y el bienestar psicológico que el grupo que no recibió entrenamiento. No se realizó periodo de seguimiento. González-Comino (2017) realizó también un estudio con adolescentes de la provincia de Jaén, pero midiendo en este caso la sintomatología ansiosa y la satisfacción con la vida. En el estudio se dividió a los participantes en dos grupos. El grupo experimental recibió un entrenamiento en optimismo, mindfulness e inteligencia emocional. El grupo de control no recibió ningún entrenamiento. Los resultados muestran que el entrenamiento en optimismo, mindfulness e inteligencia emocional fue mejor que la ausencia de entrenamiento para reducir los síntomas ansiosos y para aumentar la satisfacción. Estos resultados se mantuvieron transcurridos los seis meses del periodo de seguimiento.

Es posible que las discrepancias entre estos resultados y los obtenidos en este trabajo se deban a la muestra. Las investigaciones llevadas a cabo por Bolier *et al.* (2013)

y Kasanziu *et al.* (2007) se llevaron a cabo con adultos con algún tipo de patología mientras que en este trabajo se realizaron con adolescentes sanos. También encontramos diferencias en el tipo de intervención, la mayoría de los estudios realiza intervenciones centradas en reducir algún síntoma específico como la ansiedad o los síntomas depresivos, mientras que en este trabajo la intervención persigue mejorar la salud psicológica en general (Acacia *et al.*, 2006; Callear *et al.*, 2010; González-Comino, 2017). En la evaluación llevada a cabo también podemos encontrar diferencias. En general, en la mayoría de las investigaciones se realizan evaluaciones de un solo síntoma psicológico, en cambio, en este trabajo, se realiza una evaluación de un mayor número de síntomas. La última diferencia sería el periodo de seguimiento. Lo más frecuente en las investigaciones es aplicar un seguimiento más largo de 6 meses, como en el trabajo de Hassan *et al.* (2014) en el cual se establece un periodo de 42 y 54 meses.

El factor que más influye de cara a mantener los efectos tras el periodo de seguimiento parece ser el periodo que se establece para llevar a cabo el seguimiento. En los estudios descritos se realiza con población adulta por lo que no tienen periodos de descanso, como ocurre con la población adolescente tras el periodo de verano. Este periodo de descanso puede producir una disminución de los síntomas psicológicos que ocasiona la presión del curso escolar. El alumnado puede haber renovado su ilusión y ganas por el nuevo curso académico y cambiar la percepción que tienen de su salud psicológica. Otro elemento que puede afectar al mantenimiento de los efectos puede ser el tipo de intervención llevada a cabo. Los tipos de entrenamiento difieren en los componentes utilizados pudiendo darse el caso de que unos componentes sean más efectivos que otros para mantener los efectos a largo plazo.

Los resultados encontrados en este trabajo parecen indicar que el entrenamiento en fortalezas personales reduce más síntomas psicopatológicos que otro tipo de intervenciones. La mayoría de estudios se centran en los síntomas psicopatológicos más comunes, como pueden ser los síntomas depresivos, la ansiedad y las dificultades interpersonales; en cambio, en este trabajo se recogen los efectos de la intervención en un mayor número de síntomas psicopatológicos, lo cual aporta más información con respecto a la relación del entrenamiento con estos otros tipos de síntomas. En definitiva, es posible que las intervenciones en estilo explicativo optimista y otras fortalezas para fomentar el bienestar: como ser uno mismo, no agobiarse, ser más activo y dedicar más tiempo a la

vida social, pueden ser más beneficiosas que otro tipo de intervenciones para mejorar la salud psicopatológica de la población adolescente.

Relativo a los efectos del entrenamiento sobre el rendimiento académico, los resultados muestran que las personas participantes del grupo de fortalezas personales presentan mayores puntuaciones (en asignaturas de ciencias, letras y otras asignaturas) que los otros dos grupos. Esta mejora no se observó en el grupo que recibió el entrenamiento en habilidades sociales y manejo del estrés, cuyos resultados académicos no diferían de los hallados para el grupo de control de lista de espera.

Los resultados encontrados en este trabajo coinciden de nuevo con los encontrados en la bibliografía relevante sobre el tema, la cual nos muestra que el entrenamiento en fortalezas es más eficaz que el entrenamiento en autoestima o que la ausencia de entrenamiento para aumentar el rendimiento académico. En este sentido, Baumeister *et al.* (2007) intentaron comprobar la eficacia de dos intervenciones dirigidas a la mejora del rendimiento académico en adolescentes –una centrada en un entrenamiento para fomentar el pensamiento optimista y otra cuyo objetivo era mejorar la autoestima-; los resultados mostraron un mejor rendimiento académico en el grupo de optimismo que en el grupo de autoestima, manteniéndose estos efectos tres meses después de la finalización del tratamiento. Datos parecidos se encuentran en el trabajo realizado por Ciarrochi *et al.* (2008), que llevaron a cabo una intervención similar en adolescentes: un entrenamiento en técnicas para mejorar la autoestima y un entrenamiento para fomentar el pensamiento optimista. En este caso, los resultados mostraron igualmente que el entrenamiento en optimismo era más eficaz que el entrenamiento en autoestima para mejorar el rendimiento. Estos resultados se mantuvieron tras el periodo de seguimiento.

¿Qué implicaciones pueden tener estos resultados en el actual sistema educativo español? Si tenemos en cuenta los datos publicados sobre el fracaso escolar por el Ministerio de Educación correspondientes al curso académico 2019-2020 (MEC, 2020), nos encontramos con los siguientes datos: en secundaria el número de estudiantes que abandonan antes de obtener el título de graduado en ESO se aproxima al 25%; es decir, uno de cada cuatro estudiantes se retira antes de completar los estudios secundarios obligatorios, necesarios para acceder al mercado laboral. Estas cifras aumentan para el caso de bachiller, donde casi el 50% de las personas matriculadas se retiran sin obtener el título. Por último, en el caso de los ciclos formativos, tanto de grado medio como de grado superior, el porcentaje de alumnado que se retira sin obtener el título se aproxima al 30%.

Por su parte, los datos recogidos en la encuesta de salud pública europea del año 2019 indican que el 12% de la población adolescente europea sufre ansiedad, depresión y otros problemas psicológicos (ESPE, 2019). Este porcentaje se reduce al 5% en el caso de los problemas físicos. En el caso concreto de España, según la encuesta nacional de salud del año 2019, son alrededor de 450.000 adolescentes los que sufren algún problema psicológico y unos 215.000 los que sufren problemas físicos (ENS, 2019, 2020).

Los problemas de salud, tanto física como psicopatológica, el bajo rendimiento académico y el abandono prematuro de los estudios son dificultades que pueden facilitar que se desarrollen diferentes programas de intervención que palien estas dificultades. Dentro de todos los programas que se han desarrollado para intervenir con adolescentes, tanto para mitigar estos efectos como para promocionar otros, los programas llevados a cabo en fortalezas se han mostrado eficaces para mejorar la salud y aumentar el rendimiento. Incluir éstos programas en el diseño de los planes educativos tendría sentido ya que podrían aplicarse a lo largo de todo el curso escolar o en determinados momentos. Implantarlos de forma transversal podría ayudar a un desarrollo más completo y amplio de la persona adolescente además de mejorar la salud física y psicológica y prevenir el fracaso escolar y el absentismo.

5. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA

Al tratarse de un estudio llevado a cabo en distintos centros escolares, con distintos horarios, en distintas aulas y con un calendario escolar que entraña serias dificultades para la implantación de programas de intervención con el estudiantado, hemos de señalar que existen algunas limitaciones con respecto a los hallazgos expuestos en el estudio.

1. En primer lugar las dificultades de acceso a la muestra para la aplicación del entrenamiento. Debido a que las personas participantes eran de distintas clases fue realmente complicado poder reunirlos para realizar las sesiones de intervención durante el horario escolar. Por tanto, sería recomendable poder realizar estudios posteriores en horario no escolar.

2. En segundo lugar el tamaño de la muestra. Veintidós participantes por grupo es un número escaso que puede plantear dificultades en la representatividad y la generalización de los resultados. En estudios posteriores podría realizarse un muestreo

más representativo que abarcase centros de las distintas zonas geográficas de la provincia de Jaén, además de ampliar el número de participantes de los distintos grupos.

3. En tercer lugar los instrumentos de evaluación utilizados para evaluar la sintomatología. A pesar de que están adaptados a la muestra y que en general muestran valores aceptables de consistencia interna, se encontraron dificultades de comprensión en algunos de los ítems del ESS-R y el SCL-90-R. Para resolver este problema en estudios posteriores podría darse una explicación previa sobre las dificultades de comprensión concretas que ya se sabe que podrían producirse antes de que las personas participantes rellenen el instrumento. Igualmente, puede insistirse a las personas participantes en la importancia de preguntar todo aquello que no se entienda, evitando que contesten sin saber lo que se les está preguntando. Por último, puesto que en la evaluación de la sintomatología los instrumentos de medida son exclusivamente autoinformes, podría complementarse la información mediante informes de terceras personas (padres/madres, profesorado, acompañantes, profesionales clínicos...).

4. En cuarto lugar el número de instrumentos utilizados. El cuadernillo era bastante amplio y la población adolescente daba en ocasiones muestras de cansancio, lo que podría estar afectando igualmente a la respuesta. En estudios posteriores podría utilizarse alguna escala abreviada o realizar la evaluación dividida en dos momentos diferentes.

5. En quinto lugar el momento del periodo de seguimiento del estudio con respecto a los síntomas físicos y psicopatológicos. El periodo de seguimiento se realizó en el mes de septiembre, mes que se caracteriza porque el alumnado se incorpora al nuevo curso académico después de un periodo de dos meses de descanso, en el cual han tenido tiempo de reducir el estrés y la ansiedad que le pueda provocar la presión del curso académico anterior, así como descansar físicamente; además de ser un mes donde se renuevan las ganas y la ilusión con la entrada del nuevo curso. Estos elementos pueden influir temporalmente en la percepción que tiene el alumnado sobre su salud física y psicológica y aparecer reflejado en la evaluación realizada. Por lo tanto, quizá sería mejor llevar a cabo el seguimiento dentro del mismo curso académico y/o ampliar su duración para que coincida con el periodo escolar del siguiente curso.

6. En sexto lugar la dificultad para conocer en qué medida ha influido sobre el rendimiento escolar la sesión sobre la mejora en la organización y planificación del

estudio que se proporcionaba a las personas participantes del grupo de fortalezas personales. Dentro del entrenamiento en otras fortalezas se incluyó una sesión para organizarse mejor y no agobiarse con el acúmulo de tareas escolares. Esta sesión se adaptó al contexto educativo y se ayudó a las personas participantes a planificarse adecuadamente y a organizarse bien. Esta sesión tuvo un efecto positivo sobre algunos aspectos de los hábitos de estudio, por lo que tenemos que tener presente que la mejora en el rendimiento académico se puede deber a este cambio producido en los hábitos de estudio. Para ello se podría diseñar una sesión de organización y planificación en aspectos generales de la vida del estudiante sin estar centrada en el ámbito escolar y comprobar el efecto diferencial de ambas sesiones en los hábitos de estudio. También podría aplicarse la sesión al resto de grupos, o a un grupo nuevo y ver los efectos que produce.

7. En séptimo lugar el efecto del aumento de la nota por parte del profesorado en el último trimestre. Puede ocurrir que el profesorado aumente la nota ligeramente al alumnado que ha mostrado más esfuerzo a lo largo del curso, influyendo esto en nuestros resultados y confundiendo los verdaderos efectos de la intervención sobre el rendimiento. Como es posible que el entrenamiento en fortalezas personales haya dado lugar a un comportamiento más activo y mayor implicación del alumnado con sus tareas escolares, este grupo podría haberse beneficiado especialmente en su evaluación por parte del profesorado, en premio a su mejor comportamiento. Es muy complicado que el profesorado no tenga en cuenta el comportamiento y la mejora del alumnado en sus calificaciones académicas, por lo que quizá podría incluirse un instrumento que evaluase dicho comportamiento y luego tenerse en cuenta los resultados en este para interpretar las notas académicas.

8. En octavo y último lugar el periodo de seguimiento para el rendimiento académico. En este trabajo se ha incluido un periodo de seguimiento de 6 meses para los síntomas físicos y psicopatológicos, que se llevó a cabo en el mes de septiembre, pero no se realizó ningún seguimiento de las calificaciones escolares obtenidas por el alumnado que participó en el estudio. Esta decisión se tomó al considerar que la evaluación de septiembre no era realmente comparable con las anteriores y además solo existirían calificaciones para el alumnado suspenso. Una recomendación para poder establecer un seguimiento efectivo para ocasiones posteriores sería establecer un seguimiento más largo, por ejemplo de un año, comparando así los mismos periodos escolares en distintos cursos académicos (es decir, en la 1ª, 2ª y 3ª evaluación del curso siguiente).

CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES GENERALES

1. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 1

A continuación se detallan algunas conclusiones que pueden extraerse a partir de los resultados encontrados en el estudio 1 de este trabajo.

1. La población adolescente con puntuaciones altas en optimismo (disposicional y estilo explicativo) y en felicidad indican experimentar menos síntomas físicos.
2. La población adolescente más optimista y feliz señalan una experiencia subjetiva menor de sintomatología psicopatológica.
3. La estabilidad emocional es el mejor predictor de la salud física y psicopatológica de esta muestra de adolescentes. Parece desempeñar un papel tan relevante en ambos tipos de sintomatología que sus efectos medían una gran parte de los efectos del resto de las variables personales, especialmente en el caso de la sintomatología física.
4. El optimismo disposicional aporta poco a la predicción de la sintomatología física y es un predictor moderado de la sintomatología psicopatológica en esta muestra de adolescentes.
5. El estilo explicativo optimista únicamente explica un pequeño porcentaje de la varianza de la sintomatología depresiva.
6. La felicidad sólo juega un cierto papel en la predicción de la sintomatología psicopatológica pero, incluso en este caso, es posible que este quede ligado al que desempeña el optimismo disposicional para predecir la ausencia de estos síntomas.

2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 2

En general, a la luz de los resultados descritos, en el estudio 2, podemos concluir que:

1. El entrenamiento completo en fortalezas personales es eficaz para reducir los síntomas físicos y psicopatológicos de adolescentes y para aumentar el rendimiento académico.

2. El entrenamiento combinado en fortalezas personales produce efectos perdurables a corto-medio plazo sobre la sintomatología física, pero no sobre la sintomatología psicopatológica.
3. El entrenamiento en estilo explicativo optimista produce también una reducción de los síntomas físicos y psicopatológicos de la población adolescente. Los resultados sugieren que un entrenamiento de este tipo podría ser tan eficaz como el entrenamiento conjunto en fortalezas fundamentalmente en lo que respecta a la sintomatología física, aunque sería necesario ampliar la muestra y comparar ambos tipos de intervenciones directamente para poder extraer una conclusión más definitiva al respecto.
4. El entrenamiento en otras fortalezas (excluyendo el optimismo) no parece desempeñar un papel tan relevante como el entrenamiento en optimismo o el entrenamiento en fortalezas al completo para la reducción de la sintomatología, aunque se necesitan estudios basados en ensayos clínicos y con muestras significativas antes de comprender mejor cuál es el papel desempeñado por este tipo de entrenamiento.
5. El entrenamiento en fortalezas personales es más eficaz para reducir la sintomatología física y psicológica y para aumentar el rendimiento académico que el entrenamiento en habilidades sociales y técnicas para reducir el estrés y que la ausencia de intervención. El grupo de habilidades sociales y técnicas para reducir el estrés no mostró diferencias con respecto al grupo de control de lista de espera en ninguna de las variables dependientes incluidas en el estudio. Aunque hay un descenso en los efectos de la intervención durante el seguimiento, el grupo que recibió el entrenamiento en fortalezas personales sigue mostrando una menor sintomatología física y, de forma menos clara, una menor sintomatología psicopatológica que los otros dos grupos del estudio.

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BLIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1988). The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward an adequate evaluation of the theories' validities.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Acosta, F. P., & Clavero, F. H. (2018). Ansiedad y felicidad como estados emocionales contrapuestos en la infancia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 8(2), 65-77. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v8i2.245>
- Affleck, G., Pfeiffer, C., Tennen, H., & Fifield, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis quantitative and qualitative findings. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 1(2), 71-77. <https://doi.org/10.1002/art.1790010203>
- Agrawal, N., Geeta M., & Jennifer, A. (2007), Getting Emotional about Health, *Journal of Marketing Research*, 44(1), 100–13. <https://doi.org/10.1509/jmkr.44.1.100>
- Aguilar García, F. S. (2020). Relaciones intrafamiliares y felicidad en adolescentes de una institución educativa de Trujillo. <https://hdl.handle.net/11537/24622>
- Ai, A. L., Tice, T. N., Huang, B., Rodgers, W., & Bolling, S. F. (2008). Types of prayer, optimism, and well-being of middle-aged and older patients undergoing open-heart surgery. *Mental health, religion and culture*, 11(1), 131-150. <https://doi.org/10.1080/13674670701324798>
- Al Omari, O., Wynaden, D., Al-Omari, H., & Khatatbeh, M. (2017). Coping strategies of Jordanian adolescents with cancer: An interpretive phenomenological analysis study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(1), 35-43. <https://doi.org/10.1177/1043454215622408>
- Alarcón, R. (2000). Variables psicológicas asociadas con la felicidad. *Persona*, (003), 147-157. <https://doi.org/10.26439/persona2000.n003.810>

- Alonso Álvarez, G. (2015). Análisis de factores mediadores en el bienestar subjetivo. Intervención desde la Psicología Positiva. *Repositorio de trabajos de la universidad de Jaén*. <https://hdl.handle.net/10953.1/1891>
- Alpi, S. V., Quiceno, J. M., Lozano, F., & Romero, S. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud percepción de enfermedad felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnostico de artritis reumatoide. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 49-59. DOI: [10.14718/ACP.2017.20.1.4](https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.4)
- Álvarez Muñoz, J. S. (2021). El ocio y la satisfacción familiar en la población adolescente de la Región de Murcia. *Proyecto de investigación*. <http://hdl.handle.net/10201/101389>
- Ames, M.E., Rawana, J.S., Gentile, P., & Morgan, A. S. (2015). The protective role of optimism and self-esteem on depressive symptom pathways among Canadian Aboriginal youth. *Journal Youth Adolescent*, 44(1), 142-54. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0016-4>
- Andrade G., Miguel., Miranda J., Christian Freixas S., & Irma. (2000). Citado por Reyes T. Yesenia N. *Tesis Digital Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima-Perú.
- Anthony, E. G., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2016). Optimism and mortality in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Journal of aging research*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/5185104>
- Aragón, A. P. (2020). Nutrición y adolescencia. *Nutrition Clínica Med 2020*; XIV (2): 64-84 <https://doi.org/10.7400/NCM.2020.14.2.5090>
- Arango, L. L., William, M. K., Montgomery, M. J. & Ritchie, R. (2008). A Multi-Stage Longitudinal Comparative Design Stage II: Evaluation of the Changing Lives Program. *Journal of Adolescent Research*, 23(3), 310-341. <https://doi.org/10.1177/0743558408314381>
- Aranzana Juarros, M., Salguero del Valle, A., Molinero González, O., Boletto Rosado, A.F. & Márquez Rosa, S. (2018). Relación de la carga interna de entrenamiento, optimismo y resiliencia con los niveles de estrés-recuperación en nadadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 18(1), 43-54. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/cpd/article/view/29715>

- Arequipeño Vásquez, F. M. D. M., & Gaspar Salazar, M. N. (2017). Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/397>
- Arguís, R., Bolsas, A. P., Hernández, S., & Salvador, M. M. (2010). Programa “aulas felices”. Psicología positiva aplicada a la educación. *Zaragoza. SATI*.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas y J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychological: An international perspective* (s. 189-203). North-Holland: Elsevier.
- Asebedo, S.D., & Seay, M.C. (2016). Positive Psychological Attributes and Retirement Satisfaction. *Journal of Financial Counseling and Planning Volume 25(2)*, 161-173.
- Asoouline, S. G. N., Ihrig, D., & Forstadt (2006). Attributional choices for academic success and failure by intellectually gifted student. *Gifted Child Quarterly*, 50(4), 283-294. <https://doi.org/10.1177/001698620605000402>
- Augusto, J.M., & Martínez, R. (1998). Afrontamiento al estrés y salud: panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología*, 58(1), 31-48.
- Azni. I. (2005) Fuel oil-edible oil waste blend. *Research Report*. The Research Management Centre, Universiti Putra Malaysia, Serdang, Selangor.
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10), 2045-2068. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02690.x>
- Bakker, A. B., Rodríguez-Muñoz, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva. *Psicothema*, 66-72. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9105>
- Balaguer, I., Castillo, I., Duda, J. L., & Tomás, I. (2009). Análisis de las propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Clima en el Deporte. *Revista de Psicología del deporte*, 18(1), 73-83.

- Ballina, G.F.J., Martín, L.P., Iglesias, G.A., Hernández, M.R. & Cueto, E.A. (1995). La fibromialgia. Revisión clínica. *Revista Clínica Española*, 195(1), 326-334. <https://doi.org/10.25009/pys.v16i2.752>
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3, pp. 699-706). San Diego, CA: Academic Press.
- Barahona Esteban, M. N., Sánchez Cabaco, A., & Urchaga Litago, J. D. (2013). La Psicología Positiva aplicada a la educación: el programa CIP para la mejora de las competencias vitales en la Educación Superior. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*, 6(4), pp. 244-256. <https://hdl.handle.net/11441/84824>
- Barbaranelli, C., Caprara, G.V., & Rabasca, A. (1998). *Manuale del BFQC. Big Five Questionnaire Children*. O.S. Organizzaaioni Speciali-Firenze.
- Barber, M. (2010). How Government, Professions and Citizens Combine to Drive Successful Educational Change. In A. Hargreaves, A. Lieberman, M. Fullan, y D. Hopkins (Eds.), *Second International Handbook of Educational Change* (Vol. 1, pp. 261-278). Dordrecht: Springer Science Business Media. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2660-6_15
- Barca, A., & Peralbo, M. (2002). Informe Final del Proyecto FEDER/ESOG-Galicia: 1FD97-0283. Los contextos de aprendizaje y desarrollo en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO): *Perspectivas de intervención psicoeducativa sobre el Fracaso escolar en la comunidad Autónoma de Galicia*. Madrid: Dirección General de Investigación (I+D). Ministerio de Ciencia y Tecnología (Memoria final inédita del Proyecto de Investigación, 3 vols.).
- Barca, A., Regina, P.C., Brenlla B. J., & Santamaría, C.S. (2000). Enfoques de aprendizaje, estilos atribucionales y rendimiento académico en una muestra de alumnos de educación secundaria de Brasil. *Actas V congreso Galego-portugués. de Psicopedagogía* 6(4), 1138-1663.
- Barefoot, B. O. (2000). The first-year experience: ¿Are we making it any better? *About campus*, 4(6), 12-18. <https://doi.org/10.1177/108648220000400604>

- Barimani, S., Asadi, J., & Khajevand, A. (2018). A Comparison between the Effectiveness of Game Therapy and Emotional Intelligence Training on Social Compatibility and Communicative Skills of Exceptional Primary School Hyperactive and Deaf Children. *International Journal of Pediatrics*, 6(5), 7653-7666. <https://doi/10.22038/ijp.2017.27514.2374>
- Barkhuizen, N., Rothmann, S., & Van De Vijver, F. J. (2014). Burnout and work engagement of academics in higher education institutions: Effects of dispositional optimism. *Stress and Health*, 30(4), 322-332. <https://doi.org/10.1002/smi.2520>.
- Barrios, M. A., Villarroel, M. E. S., & de Faria, L. D. C. P. (2018). Efectos de un programa de felicidad sobre el rendimiento académico de estudiantes universitarios. *REDHECS: Revista electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social*, 13(25), 34-54.
- Baška, T., Madarasová-Gecková, A., Bašková M., & Krajčovič, A. (2016). Decline in alcohol use among adolescents in Slovakia: a reason for optimism? *Public Health*, 139: 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.08.003>
- Batat, W., Peter, P. C., Moscato, E. M., Castro, I. A., Chan, S., Chugani, S., & Muldrow, A. (2019). The experiential pleasure of food: A savoring journey to food wellbeing. *Journal of Bussines Research*, 100(1), 392-399. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.12.024>
- Beauchemin, J., Hutchins, T. L., & Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary health practice review*, 13(1), 34-45. <https://doi.org/10.1177/1533210107311624>
- Behrad, M., Kalantari, M., & Molavi, H. (2012). Efficacy of training optimism on general health. *Journal of Zahedan Medical Science Research*, 14(9), 107-110.
- Belfer, M.L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 226-36. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>

- Berrios-Martos, M. P., Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M., & López-Zafra, E. (2012). La inteligencia emocional y el sentido del humor como variables predictoras del bienestar subjetivo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(1), 211-227. https://www.researchgate.net/profile/M_Pilar_BerriosMartos/publication/286942572_motional_intelligence_and_sense_of_humor_as_predictive_variables_of_subjective_wellbeing/links/569d285008ae00e5c98eb851.pdf
- Bevel, R. K. (2010). *The effects of academic optimism on student academic achievement in Alabama* (Doctoral dissertation, University of Alabama Libraries). <https://ir.ua.edu/handle/123456789/742>
- Bisquerra Alzina, R., & Hernández Paniello, S. (2017). Psicología positiva, educación emocional y el programa aulas felices. *Papeles del Psicólogo*, vol. 38, num. 1, p. 58-65. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2822>
- Bisquerra, R. (2008). *Educación para la ciudadanía y convivencia. El enfoque de la educación emocional*. Barcelona: Praxis – Wolters Kluwer.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Bisquerra, R. (2014). *Educación emocional e interioridad*. En L. López, *Maestros del corazón. Hacia una pedagogía de la interioridad* (pp. 223-250). Madrid: Wolters Kluwer.
- Bisquerra, R. (2015). *Universo de emociones*. Valencia: Palau Gea.
- Bisquerra, R. (Coord.). (2011). *Educación emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, (4) 582-589. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717407>
- Blanco, A., Díaz, D., & García del Soto, A. (2006). Recovering the context in posttraumatic stress disorder: The psychosocial trauma in victims of political violence and terrorism. *Estudios de Psicología*, 27(3), 333-350. <https://doi.org/10.1174/021093906778965053>
- Boehm JK., & Kubzansky, LD. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655-91. <https://doi.org/10.1037/a0027448>

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, *13*(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bonny, A. E., Britto, M. T., Klostermann, B. K., Hornung, R. W., & Slap, G. B. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*, *106*(5), 1017-1021. <https://doi.org/10.1542/peds.106.5.1017>
- Boselie, J. J., Vancleef, L. M., & Peters, M. L. (2017). Increasing optimism protects against pain-induced impairment in task-shifting performance. *Journal of Pain*, *18*(4), 446–455. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.12.007>
- Brattberg, G. (1994). The incidence of back pain and headache among Swedish school children. *Quality of Life Research*, *3*(1), S27 -S31. <https://doi.org/10.1007/BF00433372>
- Bredal, I. S., Bonsaksen, T., Heir, T., Skogstad, L., Lerdal, A., Grimholt, T. K., & Ekeberg, Ø. (2019). Optimists report fewer physical and mental health conditions than pessimists in the general Norwegian population. <https://hdl.handle.net/10642/6876>
- Brennan, F. X., & Charnetski, C. J. (2016). Explanatory style and immunoglobulin A (IgA). *Integrative Physiological and Behavioral Science*, *35*(4), 251-255. <https://doi.org/10.1007/BF02688787>
- Bressler, L., & Bressler, M. (2010). The role and relationship of hope, optimism and goal setting in achieving academic success: A study of students enrolled in online accounting courses. *Academy of Educational Leadership Journal*, Volume 14.
- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of personality and social psychology*, *82*(1), 102. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.102>
- Brodrick, D.A., Park, N., & Peterson, C. (2009). Three Ways to Be Happy: Pleasure, Engagement, and Meaning--Findings from Australian and US Samples. *Social Indicators Research*, *90*(2), 165-179. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9251-6>

- Bronfman, N., & López-Vázquez, E. (2011). *A Cross-Cultural Study of Perceived Benefit Versus Risk as Mediators in the Trust-Acceptance Relationship*. *Risk Analysis*, 31(12), 1919–1934. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2011.01637.x>
- Brown NJ, Sokal AD., & Friedman HL. (2014). The persistence of wishful thinking. *Am Psychology*, 69(6):629-32. <https://doi.org/10.1037/a0037050>
- Brunwasser, S., Gillham, J., & Kim, E. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1042–1054. [doi:10.1037/a0017671](https://doi.org/10.1037/a0017671)
- Bryant, F., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A., Whitehead, D., Okamura, H., Yajima, J., ... & Steptoe, A. (2009). Synergistic effects of psychological and immune stressors on inflammatory cytokine and sickness responses in humans. *Brain, behavior, and immunity*, 23(2), 217-224. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.09.007>
- Bublitz, M. G., Peracchio, L. A., & Block, L. G. (2010). Why did I eat that? Perspectives on food decision making and dietary restraint. *Journal of Consumer Psychology*, 20(3), 239-258. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2010.06.008>
- Buchanan, G.M. (1995). Explanatory style and coronary heart disease. *Explanatory style* (p p.:225-232). Hillsdale, N.J.: Erlbaum. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2010.06.008>
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H., & Macarena, R. (2001). “Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo”, *Salud Mental*, 24 (3), 17-23.
- Button, K., Lydon, J., D’Alessandro, D., & Koestner, R. (2006). The differential effects of intrinsic and identified motivation on well-being and performance: prospective, experimental, and implicit approaches to self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (4), 750-762. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.750>
- C. Ayres, C. (2008). Mediators of the relationship between social support and positive health practices among middle adolescents. *Journal of Pediatric Healthcare*, 22, pp. 94-102. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.02.010>

- Cabello González, R., Castillo Gualda, R., Rueda Gallego, P., & Fernández-Berrocal, P. (2016). *Programa INTEMO+. Mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes*. Pirámide.
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of adolescence*, 33(3), 429-438. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.07.004>
- Campbell, A. Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Sage.
- Campo-Arias, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C., & Díaz-Martínez, L. (2005). “Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia”, *Archivos Pediátricos Uruguayos*, 76 (1), 21-26.
- Cantrell, K. (2006). *An exploratory examination of the effectiveness of explanatory style for positive versus negative events in group cognitive behavioral treatment*. Tesis Doctoral no publicada. Laramie, Wyoming: University of Wyoming. <https://search.proquest.com/dissertations-theses/exploratory-examination-effectiveness-explanatory/docview/304975607/se-2?accountid=14555>
- Cardemil, E., Reivich, K., & Seligman, M. (2002). The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Behaviour Research and Therapy*, 5(2), 313-327.
- Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., Segura-Cardona, A., Muñoz-Rodríguez, D. I., & Agudelo-Cifuentes, M. C. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 97-111.
- Carson, R. (1989). Personality. *Annual Review of Psychology*, 26, 393-414. https://doi.org/10.1007/978-94-011-1660-2_21
- Carver, C. & Scheier, M. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Carver, C. S., & Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462. <https://doi.org/10.1007/BF01175355>

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. En Snyder y López. (Eds.): *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1080/17439760903157166>
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (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, 375-390. <https://doi.org/10.1037/10338-005>
- Carver, C., Scheier, M., & Ortiz Salinas, M. E. (1997). *Teorías de Personalidad*. Segunda Edición. México. Ed. Prentice Hall Hispanoamérica.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2001). Optimism, pessimism and self-regulation. En E.C. Chang (ed.): *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 31-51). Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10385-002>
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2005). Optimism. En S.J. Lopez y C.R. Snyder (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). Nueva York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1080/17439760903157166>
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390. <https://doi.org/10.1037/10338-005>
- Carver, C.S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. 96. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Segerstrom, S.C. (2010). *Optimism. Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S., & Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.508>
- Casullo, M.M. (2008). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires. Ed. Lugar.

- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, D. (2004) Positive youth development in the United States: Research Findings on evaluations of positive youth development programs. *The annals of the American academy of political and social science*, 591(1), 98-124. <https://doi.org/10.1177/0002716203260102>
- Celano, M., Maggisano, V., Lepore, S. M., Russo, D., & Bulotta, S. (2019). Secoiridoids of olive and derivatives as potential coadjuvant drugs in cancer: A critical analysis of experimental studies. Pharmacological research. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2019.01.045>
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., & de la Torre-Luque, A. (2014). Positive psychology group intervention for breast cancer patients: a randomised trial. *Psychological Reports*, 115(1), 44-64. <https://doi.org/10.2466/15.20.PR0.115c17z7>
- Cha, S., Levi, E., Findley, M., Leung, W., Tarrash, M., & Benfield, N. (2018). Effectiveness of a Patient Decision Aid in Postpartum Contraceptive Counseling [1e]. *Obstetrics y Gynecology*, 131, 52S. doi: 10.1097/01.AOG.0000533020.23138.bf
- Chang, E. C. (1998). Cultural differences, perfectionism, and suicidal risk in a college population: ¿Does social problem solving still matter? *Cognitive Therapy and Research*, 22(3), 237-254. <https://doi.org/10.1023/A:1018792709351>
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and individual Differences*, 23(3), 433-440. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)80009-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)80009-8)
- Chang, E.C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 109-1.120. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.1109>
- Chen, S., & Lu, L. (2009). Academic Correlates of Taiwanese Senior High School Students' Happiness. *Adolescence*, v. 44(176), 979-992.

- Cheng, T., Mauno, S., & Lee, C. (2014). ¿Do job control, support, and optimism help job insecure employees? A three-wave study of buffering effects on job satisfaction, vigor and work-family enrichment. *Social Indicators Research*, 118(3), 1269-1291. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0467-8>
- Cherry, J., Demmler-Harrison G., Kaplan, S., Steinbach, W., Hotez, P., Feigin., & Cherry's. (2013). *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 7 ed.
- Chico, E. (2002). "Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento". *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Chico, E. (2006). Personality dimensions and subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 38-44.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology* (2nd Ed.), Vol. 1: Theory and methods. New York: Wiley.
- Cillessen, A., & Rose, A. (2005). Understanding popularity in the peer system. *Current directions in Psychological Science*, 14(2), 102-105. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00343.x>
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-321. <https://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00016>
- Constance V. S. (2012). *An exploration of the relationship between optimistic explanatory style and doctoral study completion* (Order No. 3507508). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1015394237). Retrieved from <https://search.proquest.com/dissertations-theses/exploration-relationship-between-optimistic/docview/1015394237/se-2?accountid=14555>
- Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*, 2(2), 311-319. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.10>

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, P., & McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.4.668>
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cousins, L. A., Cohen, L. L., & Venable, C. (2015). Risk and resilience in pediatric chronic pain: Exploring the protective role of optimism. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 934-942. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu094>
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1224-1236. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.6.1224>
- Cruz, de la M. V., Cordero. A., Seisdedos, N., & González, M. (1988). *Dominó 70: D-70. Adaptación española*. TEA Ediciones, SA.
- Csikszentmihalyi, M., & Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4(2), 1–15. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_6
- Csikszentmihalyi, Mihaly (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York, NY: Harper and Row.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray Perez, M., & Rocha Zuniga, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia psicológica*, 28(1), 127-134. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100012>
- Danhauer, S. C., Crawford, S. L., Farmer, D. F., & Avis, N. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 371-379. <https://doi.org/10.1007/s10865-009-9211-x>
- Danner, D., Snowdon, D., & Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813.

- Davidson, K., & Prkachin, D. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact of health-promoting behaviour and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(6), 617-625. <https://doi.org/10.1177/0146167297236005>
- Davis, S.F., Hanson, H., Edson, R., & Ziegler, C. (1992) The relationship between optimism-pessimism, loneliness, and level of self-esteem in college students. *College Student Journal*, 26, 244-247.
- De Salud Pública, S. (2017) Encuesta de Salud Pública Europea 2016-2017.
- De Salud Pública, S. (2017). Encuesta nacional de salud 2016-2017 Primeros resultados. Santiago.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227- 268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Del Barrio, V., Carrasco, M.A., & Holgado, F. (2006a). Factors structure invariance in the children's Big Five Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 158-167. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.3.158>
- Detan Genebrozo, J. T. (2020). Uso de Mental Health First Aid para educar sobre salud mental en adolescentes: *revisión narrativa (Bachelor's thesis)*. <http://hdl.handle.net/10486/691431>
- Dew, T., & Huebner, E. S. (1994). Adolescents perceived quality of life: An exploratory investigation. *Journal of School Psychology*, 32(2), 185-199. [https://doi.org/10.1016/0022-4405\(94\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-4405(94)90010-8)
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jimenez, B., Gallardo, I. Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz, E. M., Moraga, E. F., & Soromaa, H. (2011). Fiabilidad y validez de constructo del test MUNSH para medir felicidad, en población de adultos mayores chilenos. *Universitas Psychologica*, 10(2), 567-580.

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diehl, M., Hay, E. L., & Berg, K. M. (2011). The ratio between positive and negative affect and flourishing mental health across adulthood. *Aging y mental health*, *15*(7), 882-93. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.569488>
- Diener E, Lucas RE. (1999). *Personality and subjective well-being*. pp. 213–29.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542-575.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *The science of optimal happiness*. Boston: Blackwell Publishing.
- Diener, E., Nickerson, C., & Lucas, R.E. (2002). Dispositional affect and job outcomes. *Social Indicators Research*, *59*(3), 229-25. <https://doi.org/10.1023/A:1019672513984>
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review Psychology*, *54*(1), 403-425.
- Dingfelder, M. (2002). Cross Seccion Calculations in Condensed Media: Charged Particles in Liquid Water. *Radiation protection dosimetry*, *99*(1-4), 23-27. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.rpd.a006770>
- Dockham, B., Schafenacker, A., Yoon, H., Ronis, D. L., Kershaw, T., Titler, M., & Northouse, L. (2016). Implementation of a psychoeducational program for cancer survivors and family caregivers at a cancer support community affiliate: a pilot effectiveness study. *Cancer nursing*, *39*(3), 169-180. [doi: 10.1097/NCC.0000000000000311](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000311)
- Dowrick, P. W., & Crespo, N. (2005). School failure. In T. P. Gullotta, y G. R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 589-610). New York, NY, US: Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/0-387-23846-8_27
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, *1*, 629-651.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A metaanalytic review. *American Journal of Community Psychology*, *25*(2), 115-152. <https://doi.org/10.1023/A:1024654026646>

- Easvaradoss, V., & Rajan, R. (2013). Positive psychology spirituality and well-being: An overview. *Indian Journal of Positive Psychology*, 4(2), 321. Retrieved from <https://search.proquest.com/scholarly-journals/positive-psychology-spirituality-well-being/docview/1614632809/se-2?accountid=14555>
- Eaton, R. J., Bradley, G., & Morrissey, S. (2014). Positive predispositions, quality of life and chronic illness. *Psychology, Health y Medicine*, 19(4), 473-489. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.824593>
- Ediger, M. (1994). Early field experiences in Teacher education. *College Student Journal*, pp 302-306.
- Edward, K., Munro, I., Robins, A., & Welch, A. (2011) *Mental Health Nursing: Dimensions of praxis*. South Melbourne: Oxford University Press. <https://hdl.handle.net/1959.11/14706>
- Eisenberg, D, Nicklett, E.J., Roeder, K.M., Kirz, N. (2011). Eating Disorder Symptoms among College Students: Prevalence, Persistence, Correlates, and Treatment-seeking. *Journal of American College Health*, 59(8), 700-707. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.546461>
- Ekas, N.V., Lickenbrock, D.M., & Whitman, T.L. (2010). Optimism, social support, and well-being among mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1274-1284. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0986-y>
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). *The psychology of gratitude*. New York: Oxford University Press.
- Eslami, B., Macassa, G., Sundin, Ö., Khankeh, H. R., & Soares, J. J. (2014). Style of coping and its determinants in adults with congenital heart disease in a developing country. *Congenital heart disease*, 9(4), 349-360. <https://doi.org/10.1111/chd.12150>
- Estévez, E., Herrero, J., Martínez, B., & Musitu, G. (2006). Aggressive and non-aggressive 22 rejected students: An analysis of their differences. *Psychology in the Schools*, 43(3), 387-400. <https://doi.org/10.1002/pits.20152>

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescent. *Personality and individual differences*, 42(6), 1069-1079.
- Eysenck, H. (1994). *Tabaco, personalidad y estrés*. Barcelona: Herder.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1964). *Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1968). *Manual for the Eysenck Personality Inventory*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Feicht, T., Wittmann, M., Jose, G., Mock, A., Von Hirschhausen, E., & Esch, T. (2013). *Evaluation of a seven-week web-based happiness training to improve psychological well-being, reduce stress, and enhance mindfulness and flourishing: a randomized controlled occupational health study*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. <https://doi.org/10.1155/2013/676953>
- Fernández. A.J., Castañeda. A.C., González. F.J., & Vílchez, D. (2016). Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Atención Primaria*; 48(5), 301-307. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.007>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández-Ríos, L., & Novo, M. (2012). Positive psychology Zeigeist (or spirit of the times) or ignorance (or disinformation) of history. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 333-344.
- Ferrer Planchart, S. C. (2021). Socio-Educational Strategies for Inclusion of Immigrant Students at Schools. *Revista Educación*, 45(1), 515-529. <http://dx.doi.org/10.15517/revedu.v45i1.41372>

- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G.S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 25-43. <https://doi.org/10.1007/BF00844753>
- Flores-Lozano, J. (2006, julio). *Optimismo y salud. JANO, Vol. 1616*, p. 60.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Villazón-García, U., García-Portilla, M., & Muñiz, J. (2010). Dimensionality of hallucinatory predisposition: Confirmatory factor analysis of the Launay-Slade Hallucination Scale revised in college student. *Anales de Psicología* 26(1), 41-48. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Fordyce, M. (1997). *Educating for happiness reave quebecoide de psychological 18*.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24(6), 511.
- Forsterling, F., & Morgenstern, M. (2002). Accuracy of self-assessment and task performance: ¿Does it pay to know the truth? *Journal of Education Psychology*, 94(3), 576-585.
- Forsyth, D. R., Lawrence, N. K., Burnette, J. L., & Baumeister, R. F. (2007). Attempting to improve the academic performance of struggling college students by bolstering their self-esteem: An intervention that backfired. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(4), 447-459. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.4.447>
- Fournier, M., Ridder, D., & Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type I diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*. 7(4), 409-432. <https://doi.org/10.1348/135910702320645390>
- Fox Eades, J. (2008). *Celebrating Strengths: Building Strengths-based Schools*. UK: Capp Press.
- Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., Thompson, D., Schreiber, G. B., & Daniels, S. R. (2005). Does adolescent depression predict obesity in Black and White young adult women? *Psychological Medicine*, 35(10), 1505-1513. [doi:10.1017/S0033291705005386](https://doi.org/10.1017/S0033291705005386)
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 47, pp. 1-53). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2>
- Fredrickson, B.L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions: Biological Sciences* (Royal Society of London) 1367-1378. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Freud, S (1929-1930). *El malestar de la cultura*.
- Friedman, L.C., Weinberg, A.D., Webb, J.A., Cooper, H.P., & Bruce, S. (1995). Skin cancer prevention and early detection intentions and behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 11(1), 59-65. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30502-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30502-6)
- Froh, J. J., Yurkewicz, C., & Kashdan, T. B. (2009). Gratitude and subjective wellbeing in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of Adolescence*, 32(3), 633-650. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.06.006>
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
- Gallardo Vera, E. J. (2020). Deserción escolar y su relación con el rendimiento académico de los estudiantes del primer año secundaria en el área educación por el trabajo en la Institución Educativa Privada “Rosa de América” del distrito de Chulucanas, 2017.
- Gancedo, M. (2008). *Hacia una Psicología*. Tesis doctoral. Universidad de Palermo.
- Garaigordobil, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: A study with adolescents from 14 to 17 years. *Spanish Journal of Psychology*, 9(2), 182-192. <https://core.ac.uk/reader/38810410>
- García-Alandete, J., Gallego-Hernández de Tejada, B., Pérez-Rodríguez, S., & Marco-Salvador, J. H. (2019). Meaning in life among adolescents: Factorial invariance of the purpose in life test hopelessness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 24-34. <https://doi.org/10.1002/cpp.2327>

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Garner, Melissa J., McGregor, Bonnie A., Murphy, Karly M., Koenig, Alex L., Dolan, Emily D., & Albano, Denise. (2015). Optimism and depression: a new look at social support as a mediator among women at risk for breast cancer. *Psycho-oncology*, 24(12), 1708-1713. <https://doi.org/10.1002/pon.3782>
- Gawronski, KA., Kim, ES., Langa, KM., & Kubzansky, LD. (2016). Dispositional Optimism and Incidence of Cognitive Impairment in Older Adults. *Psychosom Med*, 78(7), 819-28. [doi: 10.1097/PSY.0000000000000345](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000345)
- Gibb, B. E., & Alloy, L. B. (2006). A prospective test of the hopelessness theory of depression in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 264-274. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502_10
- Gibbons, Blanton, Gerrard, Buunk & Eggleston (2016). *The relationship of a course grade to hope and optimism in nursing student's academic success*. <https://ir.ua.edu/handle/123456789/2574>
- Gilboy, S. (2003). Students' optimistic attitudes and resiliency program. *Empirical validation of a prevention program developing hope and optimism*. Tesis Doctoral no publicada. Arizona: University of Arizona. <https://search.proquest.com/dissertations-theses/students-optimistic-attitudes-resiliency-program/docview/305026724/se-2?accountid=14555>
- Gillham J., Brunwasser S.M. & Freres D.R. (2008). Preventing depression in early adolescence. En J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds.). *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 309-322). New York: Guilford Press.
- Gillham, J., Hamilton, J., Freres, D., Patton, K. & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: a randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 203-219. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9014-7>
- Gillham, J., Reivich, K., Jaycox, L. & Seligman, M. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two year follow up. *Psychological Science*, 6(6), 343-351. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00524.x>

- Gillham, J., Shatte, A. & Reivich, K., (2001). "Optimism, pessimism and exploratory style". En CHANG, E. C. (ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice*. Washington: *American Psychological Association*, 53-75. <https://doi.org/10.1037/10385-003>
- Gilman, R. & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 311-319. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9036-7>
- Gilman, R., Huebner, S., & Furlong, M. J. (Eds). (2009). *Handbook of positive psychology in schools*. New York: Routledge/Taylor y Francis Group.
- Giménez, M., Vázquez, C., & Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psicología, Sociedad y Educación*, 2, 83-100.
- Godoy-Izquierdo, D., Lara, R., Vázquez, M. L., Araque, F., & Godoy, J. F. (2013). Correlates of Happiness Among Older Spanish Institutionalised and NonInstitutionalised Adults. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 389-414. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9335-5>
- Gómez-Baya, D., & Muñoz-Velázquez, J. A. (2021). La medición de la felicidad a través del Test de Asociación Implícita y su relación con la depresión y el bienestar autoinformados. *Terapia Psicológica*, 39-61. Recuperado a partir de <http://www.teps.cl/index.php/teps/article/view/302>
- González-Comino, A. (2017). *Programa para reducir la ansiedad en adolescentes a través del optimismo, el mindfulness y la inteligencia emocional*. <https://hdl.handle.net/10953.1/8333>
- González-Pienda, J. A., Nunez, J. C., González-Pumariega, S., Álvarez, L., Roces, C., & García, M. (2002). A structural equation model of parental involvement, motivational and aptitudinal characteristics, and academic achievement. *The Journal of Experimental Education*, 70(3), 257-287. <https://doi.org/10.1080/00220970209599509>
- Goñi, A., Rodríguez, A., & Ruiz de Azúa, S. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25(4), 141-151.

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Greco, C., Morelato, G., & Ison, M. (2007). Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Psicodebate*, (7), 1-14.
- Green, S., Grant, A., & Rynsaardt, J. (2007). Evidence-based life coaching for senior high school students: Building hardiness and hope. *International Coaching Psychology Review*, 2(1), 24-32.
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American psychologist*, 58(6-7), 466. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.466>
- Grinhauz, A.S., & Castro Solano, A. (2014). La evaluación de las virtudes y fortalezas del carácter en niños argentinos: adaptación y validación del Inventario de Virtudes y Fortalezas para Niños. *Summa psicológica*, 11(1), 115-126. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/36058>
- Güel Barceló, M., & Muñoz Redondo, J. (2003). *Educación emocional: programa de actividades para educación secundaria postobligatoria*. Ciss Praxis.
- Guerra, T. (1993). *Clima social familiar en adolescentes y su influencia en Rendimiento Académico*. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Guido Veronese., Marco Castiglioni., Marco Tombolani, MA., & Mahmud Said, MA (2011). My happiness is the refugee camp, my future Palestine': *optimism, life satisfaction and perceived happiness in a group of Palestinian children*. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00951.x>
- Gullone, E., & Cummins, R. A. (1999). The Comprehensive Quality of Life Scale: A psychometric evaluation with an adolescent sample. *Behaviour Change*, 16 (2), 127-139. <https://doi.org/10.1375/bech.16.2.127>
- Guterman, N. B., Hahm, H. C. & Cameron, M. (2002). Adolescent victimization and subsequent use of mental health counselling services. *Journal of adolescent Health*, 30(5), 336-345. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00406-2](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00406-2)

- Guzmán, J.F., & García García, C. (2014). Bienestar psicológico en bailarines: un análisis social cognitivo / Psychological well-being in dancers: a social cognitive analysis. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 14 (56), 687-704. <https://www.redalyc.org/pdf/542/54232971007>
- Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Wethington, H., Lowy, J., Liberman, A., Crosby, A., Fullilove, M., Johnson, R., Moscicki, E., Price, L., Snyder, S., Tuma, F., Cory, S., Stone, G., Mukhopadhyaya, K., Chattopadhyay, S. & Dahlberg, L. (2007). The effectiveness of universal school-based programs for the prevention of violent and aggressive behaviour. *A report for Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Task Force on Community Preventive Services*. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.012>
- Harker, L., & Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 112–124. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.1.112>
- Hart, S., Vella, L., & Mohr, D. (2008). Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health Psychology*, 27(2), 230-238. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.230>
- Hawkins, W. E., Hawkins, M. J. & Seeley, J. (1992). Stress, health-related behavior and quality of life on depressive symptomatology in a sample of adolescents. *Psychological Reports*, 71(1), 183–186. <https://doi.org/10.2466/pr0.1992.71.1.183>
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731-739.
- Heaven, P.C. (1989). Extraversion, neuroticism and satisfaction with life among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 10(5), 489-492. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90029-9](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90029-9)

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hendriks, T., Warren, M. A., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & De Jong, J. (2019). How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the Capítulo 6. Referencias Bibliográficas. 109 science of well-being. *The Journal of Positive Psychology, 14*(4), 489-501. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484941>
- Hernández, B., & Valera, S. (2001). *Psicología Social Aplicada e Intervención Psicosocial*. Santa Cruz de Tenerife: Resma.
- Hernández, Ó. S., Martín-Brufau, R., Carrillo, F. X. M., Berna, F. J. C., & Gras, R. M. L. (2017). Relación entre optimismo, creatividad y síntomas psicopatológicos, en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Education Psychology, 8*(22), 1151-1179. <http://dx.doi.org/10.25115/ejrep.v8i22.1418>
- Hernández, V.K. (2017). *Evaluación del bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en Cúcuta, norte de Santander*. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/5823>
- Herzberger, S. D., & Tennen, H. (1986). The effect of self-relevance on judgments of moderate and severe disciplinary encounters. *Journal of Marriage and the Family, 47*, 311-318.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 33*(7), 1073-1082. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6)
- Hilsman R, Garber J. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology, 1995; 69*(2), 370-380. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.2.370>
- Holden, E. W., Gladstein, J., Trulsen, M., & Wall, B. (1994). Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache, 34*(9), 508-514. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1994.hed3409508.x>
- Holder, M. D., Coleman, B., & Singh, K. (2012). Temperament and Happiness in Children in India. *Journal of Happiness Studies, 13*(2), 261-274. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9262-x>

- Hollins, N., & Foley A. R. (2013) The experiences of students with learning disabilities in a higher education virtual campus. En: *Education Technology Research and Development*, Vol. 61; (pp. 607 – 624). <https://doi.org/10.1007/s11423-013-9302-9>
- Hotard, S., McFeather, R., McWhirter, R. & Stegall, M. (1989). “Interactive effects of extraversion, neuroticism and social relationships on subjective well-being”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 321-331. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.2.321>
- Huebner, E. S. (1991a). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12, 231-240. <https://doi.org/10.1177/073428299100900408>
- Huebner, E. S. (1991b). Correlates of life satisfaction in children. *School Psychology Quarterly*, 6, 103-111. <https://doi.org/10.1037/h0088805>
- Huebner, E. S. (1991c). Further validation of the Student's Life Satisfaction Scale: *Assessment*, 9, 363 – 368. <https://doi.org/10.1177/073428299100900408>
- Huebner, E. S., Drane, W. & Valois, R. F. (2000). Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International*, 21(3), 281–292. <https://doi.org/10.1177/0143034300213005>
- Hulbert, N.J., & Morrison, V. L. (2006) A preliminary study into stress in palliative care; optimism, self-efficacy and social support. *Psychology, Health y Medicine*, 11(2), 246-54. <https://doi.org/10.1080/13548500500266664>
- Indoo, Singh., & Ajeya, Jha, (2013). Teacher Effectiveness in Relation to Emotional Intelligence Among Medical and Engineering Faculty Member. *Europe's Journal of Psychology* *ejop.psychopen.eu*, 1841-041.
- Jackson, B., Sellers, R. M., & Peterson, C. (2002). Pessimistic explanatory style moderates the effect of stress on physical illness. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 567–573.
- Jahoda, M. (1958). *Current concept of positive mental health*. New York: Basic Book. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00061-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00061-7)

- Jaycox L., Reivich K., Gillham J., & Seligman, M. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 801-816. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90160-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90160-0)
- Jha, D. K., Kant, T., & Singh, R. K. (2013). A critical review of recent research on functionally graded plates. *Composite Structures*, 96, 833-849. <https://doi.org/10.1016/j.compstruct.2012.09.001>
- Jiménez Rodríguez, V., Alvarado Izquierdo, J.M., & Puente Ferreras, A. (2013). Una aproximación al trabajo social desde la óptica de la psicología positiva (virtudes y fortalezas). *Cuadernos de trabajo social*, 26(2), 397-407.
- Johnson, J., Evers, K., Paiva, A., Van Marter, D., Prochaska, J. Prochaska, J., Mauriello, L., Cummins, C. & Padula, J. (2006) Prevention profiles: Understanding youth who do not use substances. *Addictive Behaviors*, 31(9), 1593 -1606. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.006>
- Johnson, J.E. (1996). Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing and Health*, 19(1), 3-12. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199602\)19:1<3::AID-NUR1>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199602)19:1<3::AID-NUR1>3.0.CO;2-S)
- Johnstone, J., Rooney, R. M., Hassan, S., & Kane, R. T. (2014). Prevention of depression and anxiety symptoms in adolescents: 42 and 54 months follow-up of the Aussie Optimism Program-Positive Thinking Skills. *Frontiers in psychology*, 5, 364. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00364>
- Jones T., DeMore, M., Cohen, LL, O'Connell, C., & Jones, D (2008). Childhood Healthcare Experience, Healthcare Attitudes, and Optimism as Predictors of Adolescents' Healthcare Behaviour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(3), 234-240. <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9126-7>
- Kahlert, D., & Brand, R. (2017). The role of learned optimism, proactive coping and goal adjustment in re-establishing regular exercise after a lapse. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 47(4), 315-323. <https://doi.org/10.1007/s12662-017-0465-0>
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. España: Penguin Random House Grupo Editorial España.

- Kaiser, A., & Malik, S. (2015). *Peer Victimization and Psychiatric Symptoms among Adolescents Pak J Med Res. Vol. 54, No. 4.* https://www.researchgate.net/profile/Sadia-Malik-2/publication/305636941_Peer_Victimization_and_Psychiatric_Symptoms_among_Adolescents/links/5796717808aed51475e552ad/Peer-Victimization-and-Psychiatric-Symptoms-among-Adolescents
- Kamen, L.P., Rodin, J., & Seligman, M.E.P. (1987). *Explanatory style and immune functioning. Unpublished manuscript*, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Kang Y., Choi S., & Ryu E. (2018). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse. Educ. Today*, 29(5), 538-43.
- Kashdan, T.B., & Yuen, M. (2007). Whether highly curious students thrive academically depends on the learnings environment of their school: A study of Hong Kong adolescents. *Motivation and Emotion*, 31, 260-270. <https://doi.org/10.1007/s11031-007-9074-9>
- Kasser, T., & R. M. Ryan. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals, *Personality and Social Psychology Bulletin* 22, pp. 280–287. <https://doi.org/10.1177/0146167296223006>
- Kátia Bones Rocha., Katherine Pérez., Maica Rodríguez-Sanz., Carme Borrell., & Jordi E. Obiols (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema* 2010. Vol. 22, n° 3, pp. 389-395. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72714400006>
- Katja, R., Päivi, AK., Marja-Terttu, T., & Pekka, L. (2002). Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *J Sch Health*, 72(6), 243-9. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb07337.x>
- Kaźmierczak. M., Gierszewska, M., Mieczkowska. E., Gebuza. G., & Banaszekiewicz M. (2015). *Analysis of Chosen Variables Psychological Determining the Occurrence of Mood Disorders After Childbirth*, 26, 771-979.
- Keefe, F.J., & Bonk, V. (1999). Valoración psicosocial del dolor en pacientes con artritis reumatoide. En *Rheumatic Disease Clinics of North America* (Ed.): Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas. Madrid: Panamericana.

- Keller, Punam A., & Donald R. Lehmann (2008). Designing Effective Health Communications: A Meta-Analysis of Experimental Results. *Journal of Public Policy and Marketing*, 27 (2), 117–30. <https://doi.org/10.1509/jppm.27.2.117>
- Kelloniemi H., Ek, E., & Laitinen J. (2005). *Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults*, 45(2), 169-76. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.05.001>
- Kessler, R.C., (2012). *Adolescent Mental Health, Behavior Problems, and Academic Achievement*. *Journal of health and social behavior*.
- Keyes, C. (1998). *Social well-being*. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M., & López, S. J. (2002). *To ward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions*. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (dirs.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). Londres: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *American Journal of Public Health*, 102, 2164-2172.
- Khoshaba, D. M., & Maddi, S. R. (1999). Early experiences in hardiness development. *Consulting Psychology Journal*, 51, 106-116. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.51.2.106>
- Kindt, K., Van Zundert, R., & Engels, R. (2012). Evaluation of a Dutch school-based depression prevention program for youths in highrisk neighborhoods: study protocol of a two-armed randomized controlled trial. *Biomedical Central Public Health*, 12, 212–218. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-212>
- King, K.B., Rowe, M.A., Kimble, L.P., & Zerwic, J.J. (1998). Optimism, coping and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Research in Nursing and Health*, 21, 15-26. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199802\)21:1<15::AID-NUR3>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199802)21:1<15::AID-NUR3>3.0.CO;2-W)
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., & Rifel, J. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362-367. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039966>

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Konu, A.I., Lintonen, T.P., & Rimpelä, M.K. (2002). Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Education Research*, 17, 155- 165. <https://doi.org/10.1093/her/17.2.155>
- Kowal, J. L. C. (1980). *Increasing the happiness of outpatient cancer patients*, tesis de licenciatura no publicada, Universidad de Edmunton, Canadá.
- Kubzansky, L. D., Huffman, J. C., Boehm, J. K., Hernandez, R., Kim, E. S., Koga, H. K., & Lloyd-Jones, D. M. (2018). Bienestar psicológico positivo y enfermedad cardiovascular. *Journal of the American college of cardiology*, 72(12). <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.042>
- Kukreja. T, y Singh. A (2013). Stress and optimism among undergraduate students. *Indian Journal of Health and Wellbeing* 2013, 4(3), 574-577. Retrieved from <https://search.proquest.com/scholarly-journals/stress-optimism-among-undergraduate-students/docview/1795522687/se-2?accountid=14555>
- Kunzendorff, E., Wilhelm, M., Scholl, V. & Scholl, M. (1991). Coping processes in selected groups of chronically ill patients. *Z. Gesamte. Inn. Med.*, 46(8), 690-696.
- Kurtz-Costes, B. E. & Schneider, W. (1994). Self-concept, attributional beliefs, and school achievement: a longitudinal analysis. *Contemporary Educational Psychology*, 19(2), 199-216. <https://doi.org/10.1006/ceps.1994.1017>
- Labarthe, D. R., Kubzansky, L. D., Boehm, J. K., Lloyd-Jones, D. M., Berry, J. D., & Seligman, M. E. (2016). Positive cardiovascular health: a timely convergence. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(8), 860-867.
- Lai, J. C. (2009). Dispositional optimism buffers the impact of daily hassles on mental health in Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 247-249. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.03.007>
- Lai, J., Cheung, H., Lee, W. & Yu, H. (1998). The utility of the Revised Life Orientation Test to measure evaluación del optimismo: Un análisis Preliminar del Life Orientation test optimism among Hong Kong Chinese. *International Journal of Psychology*, 33, 45-56. <https://doi.org/10.1080/002075998400600>

- Lai, J.C.L. & Wan, W. (1996). Dispositional optimism and coping with academic examinations. *Perceptual and Motor Skills*, 83(1), 23-27. <https://doi.org/10.2466/pms.1996.83.1.23>
- Lambert, L., Passmore, H. A., & Joshanloo, M. (2019). A positive psychology intervention program in a culturally-diverse university: Boosting happiness and reducing fear. *Journal of Happiness Studies*, 20(4), 1141-1162. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9993-z>
- Langeveld, J.H., Koot, M. H., & Passchier, J.Do. (1999). Experienced Stress and Trait Negative Affectivity Moderate the Relationship between Headache and Quality Adolescents? *Journal of Pediatric Psychology*, 24(1), 1 – 11.
- Langeveld, JH., Koot, HM., Loonen, MC., Hazebroek-Kampschreur, AA., & Passchier, J. A. (1996). Quality of life instrument for adolescents with chronic headache. *Cephalalgia*, 16(3), 183-96. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1996.1603183.x>
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7(2), 469-476. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=647/64770213>
- Lazarus, R.S., Cohen, J.B., Folkman, S., & Schaefer, C. (1980). Psychological stress and adaptation: some unresolved issues. En H. Selye (ed.): *Guide to stress research*, pp. 91-117.
- Lee, C., Ashford, S., & Jamieson, L. (1993). The effects of Type A behavior dimension and optimism on coping strategy, health, and performance. *Journal of Organizational Behavior* 14(2), 143-157. <https://doi.org/10.1002/job.4030140205>
- Lee, J., Kim, J., & Lee, J. (2018). The children's optimism and humor training program in south korea. *International Journal of Mental Health*, 47(2), 118-136. <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2017.1367450>
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social science y medicine*, 62(12), 3133-3145. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.041>

- Lee, Y. C., Wu, W. L., & Lee, Y. C. (2016). Explanatory style differences in health literacy: a survey among young adults in Taiwan. *Psychology, health y medicine*, 21(2), 189-197. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.994536>
- Leeson, P., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. (2008). Cognitive ability, personality, and academic performance in adolescence. *Personality and Individual Differences*, 45(7), 630-635. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.07.006>
- Lenger, K. A., & Gordon, C. L. (2019). To have and to savor: Examining the associations between savoring and relationship satisfaction. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/cfp0000111>
- Leung, J. P., & Zhang, L. W. (2000). Modelling life satisfaction of Chinese adolescents in Hong Kong. *International Journal of Behavioural Development*, 24(1), 99-104. <https://doi.org/10.1080/016502500383520>
- Leung, J.P., & Leung, K. (1992). Life satisfaction, self-concept and relationship with parents in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(6), 653-665. <https://doi.org/10.1007/BF01538737>
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Ranasinghe, P. (2009). Causal thinking after a tsunami wave: Karma beliefs, pessimistic explanatory style and health among Sri Lankan survivors. *Journal of Religion and Health*, 48, 38-45. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9162-5>
- Lewinsohn, P., Pettit, J., Joiner, T., & Seeley, J. (2003). The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 244-253. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.244>
- Leyton, D. (2017). *La experiencia de estudiantes de contextos vulnerables en diferentes Instituciones de Educación Superior*.
- Lindberg, L., & Swanberg, I. (2006). Wellbeing of 12-year-old children related to interpersonal relations, health habits and mental distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 274-281. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00405.x>
- Linley, P. A., Stephen, J., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006): Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, enero 2006, 1(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/17439760500372796>

- Little B. R., Lecci, L., & Watkinson, B. (1992). Personality and personal projects: Linking Big Five and PAC units of analysis. *Journal of Personality*, 60(2), 501-525. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00982.x>
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Lluch, M. (2002). *Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva*. *Salud Mental*, 25, (004).
- Lluch, M. (2015). Evaluación empírica de la escala de satisfacción de Jahoda. *Salud Mental*, 121, (005).
- Loeser, J., Butler, S.H., Chapman, C., Turk, D., & Bonica, C. (2001). *Terapéutica del dolor*. México: Mc Graw-Hill.
- Loh, YY., Nagao, K., Hoover, AJ., Hesk, D., Rivera, NR., Colletti, SL., Davies, IW., & MacMillan, DWC. (2017). Photoredox-catalyzed deuteration and tritiation of pharmaceutical compounds. *Science*, 358(6367), 1182-1187.
- Londoño, C., Hernández, L. M., Alejo, I. E., & Pulido, D. (2013). Diseño y validación de la Escala de Optimismo Disposicional/Pesimismo-EOP. *Universitas Psychologica*, 12, 139-155.
- López Sánchez, F., Carpintero, E., Campo, A., Lázaro, S., & Soriano, S. (2007). Bienestar personal y social: un programa de promoción para adolescentes. En J. N. García (Coord.). *Dificultades de desarrollo. Evaluación e intervención* (pp. 15-224). Madrid: Pirámide.
- López, C. E. (2003). *Educación emocional. Programa para 3-6 años*. Barcelona: Praxis.
- López, C.E. (2003). “El espejo de las emociones ¡Vive las emociones!” En M. Antón y B. Moll, Educación Infantil. *Orientaciones y recursos (0-6 años)* (pp.70/127-70-159). Barcelona: Praxis.
- López, C.E. (2004). “La tutoría en Educación infantil”. En M. Álvarez y R. Bisquerra, *Manual de orientación y tutoría* (pp.456/145-456/150). Barcelona: Praxis
- López, E., Ochoa, M.G., & Olaizola, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental, scielo.org.mx*.

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- López, M., Serrano-Ibáñez, E. R., Maestre, C. R., López-Martínez, A. E., Ruiz-Párraga, G. T., & Esteve, R. (2019). Pesimismo defensivo, optimismo y adaptación al dolor crónico. *Psicología Conductual*, 27(2), 325-340.
- Lowell, E., Tonnsen, B.L., Bailey, D.B., & Roberts, J.E. (2017). The effects of optimism, religion, and hope on mood and anxiety disorders in women with the FMR premutation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61, 916-927. <https://doi.org/10.1111/jir.12409>
- Luiselli, J. K., Putnam, R. F., Handler, M. W., & Feinberg, A. B. (2005). Whole-school positive behaviour support: Effects on student discipline problems and academic performance. *Educational Psychology*, 25(2-3), 183-198. <https://doi.org/10.1080/0144341042000301265>
- Lurquin, J. H. (2013). Persisting Through Difficult Tasks: Individual Differences in Working Memory Capacity and Explanatory Style. *University of Colorado at Boulder, ProQuest Dissertations Publishing*, 15, 39-357.
- Lyubomirsky, S. (2008). La ciencia de la felicidad: *Un método comprobado para conseguir el bienestar*. Barcelona, España: Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S. (2008). The how of happiness: *A scientific approach to getting the life you want*. New York.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111–131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Mahdavi-Haji, T., Mohammadkhani, S., & Hahtami, M. (2011). The effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 407–411. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.080>
- Mahler, H.I.M., & Kulik, J.A. (2000) Optimism, pessimism and recovery from coronary bypass surgery: Prediction of affect, pain and functional status. *Psychology, Health and Medicine* 5: 347-358. <https://doi.org/10.1080/713690216>
- Manassero, M.A. & Vázquez, A. (2000). La atribución causal y la predicción del logro escolar: patrones causales, dimensionales y emocionales. *Estudios de Psicología*, 54, 3-22.

- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Marchesi, A. & Pérez, E. (2003), *La comprensión del fracaso escolar en España*, en Marchesi, A. y Hernández Gil, C., *El fracaso escolar*, Madrid, Alianza.
- Marina, JA (2004). *Aprender a vivir*. Editorial Ariel. Barcelona.
- Marqués, S. C., País-Ribeiro, J. L., & López, S. J. (2011). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: A two-year longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 1049-1062. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9244-4>
- Marsh, C., Hammond, M. D., & Crawford, M. T. (2019). Thinking about negative life events as a mediator between depression and fading affect bias. *PLOS ONE*, 14(1), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211147>
- Martínez, A., Reyes Del Paso, G., García, A., & González, I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18 (1), 66-72.
- Martínez, M., Buelga, S., & Cava, M.J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38, 293-303.
- Marujo, H., & Neto, L. M. (2009). “Programa VIP: Hacia una psicología positiva aplicada”. En c. Vázquez y g. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: desclee de Brower.
- Maslow, A. (1971). *Farther Reaches of Human Nature*. New York, NY: McGraw-Hill, (299).
- Maslow, A (1973). *A review of research on the need hierarchy theory*. Baruch College, The City University of New York USA.
- McCain, G.A. (1996). A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22, 323-349. [https://doi.org/10.1016/S0889-857X\(05\)70275-1](https://doi.org/10.1016/S0889-857X(05)70275-1)
- McGrath, H., & Noble, T. (2011). *Bounce back! A wellbeing y resilience program. Lower primary K-2; middle primary: Yrs 3-4; upper primary/junior secondary: Yrs 5-8*.
- MECD (2019), *Las cifras de la educación en España*. Estadísticas e indicadores, Madrid.

- Meehan BT., Hughes, JN., & Cavell, TA. (2003). Teacher-student relationships as compensatory resources for aggressive children. *Child Development*, 74, 1145-1157. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00598>
- Meléndez, J. C., Agustí, A. I., Delhom, I., Reyes, M. F., & Satorres, E. (2018). Bienestar subjetivo y psicológico: comparación de jóvenes y adultos mayores. *Summa Psicológica UST*, 15, 18-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009143>.
- Mella, R., González, L., D'apponio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89.
- Mendoza Álvarez, X. (2014). *Estrés parental y optimismo en padres de niños con trastorno del espectro autista*. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5732>
- Merry, S., McDOWELL, H. E. A. T. H. E. R., Wild, C. J., Bir, J., & Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 538-547. <https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00007>
- Miloseva, L. (2012). A cognitive behavioral depression prevention program for early adolescents. *Journal on Educational Psychology*, 6(3), 32-40.
- Min, M. O., Yoon, D., Minnes, S., Ridenour, T., & Singer, L. T. (2019). Profiles of individual assets and mental health symptoms in at-risk early adolescents. *Journal of adolescence*, 75, 1-11. [doi:10.1016/j.adolescence.2019.06.012](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.012)
- Mohammadi, N., Aghayousefi, A., Nikrahan, G. R., Adams, C. N., Alipour, A., Sadeghi, M., & Huffman, J. C. (2018). A randomized trial of an optimism training intervention in patients with heart disease. *General hospital psychiatry*, 51, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2017.12.004>
- Molinari, G., García-Palacios, A., Enrique, Á., Roca, P., Fernández-Llanio Comella, N., & Botella, C. (2018). The power of visualization: back to the future for pain management in fibromyalgia syndrome. *Pain Medicine*, 19(7), 1451-1468. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx298>
- Monjas, M^a I. (2004). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y adolescentes*. Madrid: CEPE. (1^a ed., 7^a imp.)

- Montero, J.R. (1990). Fracaso escolar: un estudio experimental en el marco de la teoría de la indefensión aprendida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(2), 257-270.
- Monzani, D., Steca, P., & Greco, A. (2014). Brief Report: Assessing Dispositional Optimism in Adolescence—Factor Structure and Concurrent Validity of the Life Orientation Test-Revised. *Journal of Adolescence*, 37, 97-101.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.11.006>
- Moreno, I., & Montaña, A. (2000). Aspectos psíquicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 27, 436-441.
- Moreno, J., Escobar, A., Vera, A., Calderón, T., & Villamizar, L. (2009). *Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaqué.* Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297225173007>
- Moreno, L.F. (1985). *Tratamiento con C.A.F. en cáncer de mama avanzado.* Comunicación presentada en el IV Congreso Cubano de Medicina Interna, 27-30 de noviembre, La Habana (Cuba).
- Moyano, D. E., Flores, M. E., & Soromaa, H. (2011). Fiabilidad y validez de constructo del test munsh para medir felicidad, en población de adultos mayores chilenos. *Universitas Psychologica*, 10 (2), 567-580. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=647/64722451020>
- Myers, D. G. (1992, Fall). *Older, wiser, and happier? A Better Tomorrow*, pp. 88-91.
- Myers, D. G. (1992, July 15). Understanding happiness. *Bottom Line: Personal*, pp. 9-10.
- Myers, D. G. (1992, July/August). The secrets of happiness. *Psychology Today*, pp. 38-45.
- Myers, D. G. (1992, September). Finding happiness. *Church Herald*, pp. 32-34.
- Myers, D. G. (2010) In L. Bormans (Ed.). *The ten commandments of happiness.* The world book of happiness. Tielt, Belgium: Lannoo Uitgeverij.
- Naicker, K., Galambos, N. L., Zeng, Y., Senthilselvan, A., & Colman, I. (2013). Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *Journal of Adolescent Health*, 52, 533-538.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.016>

- National Institute for Health and Care Excellence (2009).
- Natvig, G. K., Albrektsen G., & Qvarnstrom, U. (2003). Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nurse Practitioners*, 9, 166–175. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00419.x>
- Natvig, G., Albrektsen, G., & Qvarnstrom, U. (2003). Methods of teaching and class participation in relation to perceived social support and stress: modifiable factors for improving health and wellbeing among adolescents. *Educational Psychology*, 23 (3), 261–274. <https://doi.org/10.1080/0144341032000060101>
- Naveira, A. G. (2015). Optimismo, estrategia de afrontamiento, afectividad y satisfacción en la vida en atletas adolescentes de rendimiento. *Anuario de Psicología*, 45(2), 161-175.
- Nedate, Y., & Tagami, F. (1995). Effects of happiness training program on subjective well-being modification. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 43(2), 65-72. [doi:http://dx.doi.org/10.5926/jjep1953.43.2.177](http://dx.doi.org/10.5926/jjep1953.43.2.177)
- Neumark-Sztainer D. (2012). Integrating messages from the eating disorders field into obesity prevention. *Adolesc Med State Art Rev*, 23(3), 529–543.
- Neumeister KS. (2007). Perfectionism in gifted students: an overview of current research. *Gifted Education International*, 23: 254-63. <https://doi.org/10.1177/026142940702300306>
- Noble, T., & McGrath, H. (2018). ¡Recuperarse! Un enfoque educativo positivo para mejorar el bienestar, la resiliencia y el aprendizaje socioemocional en los años primarios. *Escaneo*, 37(3).
- Noda, Y. (2007). Junior College Student's menstrual and sexual health; relating to optimism-pessimism. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28, 80-93. Retrieved from <https://search.proquest.com/scholarly-journals/junior-college-students-menstrual-sexual-health/docview/197667045/se-2?accountid=14555>
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J., & Seligman, M. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 405-422. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.405>

- Norlander, T., & Archer, T. (2002). Predicting Performance in Ski and Swim Championships: Effectiveness of Mood, Perceived Exertion, and Dispositional Optimism. *Perceptual and Motor Skills*, 94(1), 153–164. <https://doi.org/10.2466/pms.2002.94.1.153>
- Novotny-Diermayr, V., Sangthongpitag, K., Hu, C. Y., Wu, X., Sausgruber, N., Yeo, P., & Bonday, Z. (2010). SB939, a novel potent and orally active histone deacetylase inhibitor with high tumor exposure and efficacy in mouse models of colorectal cancer. *Molecular cancer therapeutics*, 1535-7163. 10.1158/1535-7163.MCT-09-0689 Published March 2010
- Nuñez, J. C., Solano, P., González-Pienda, J. A., & Rosario, P. (2006). El aprendizaje autorregulado como medio y meta de la educación. *Papeles del psicólogo*, 27(3), 139-146. <http://hdl.handle.net/1822/11868>
- Nutbeam, D., Smith, C., Moore L., & Bauman, A. (1993). Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. *J Paediatr Child Health*, 29(1), 25-30. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1993.tb02256.x>
- Ojeda, F. J. R., Galicia, I. X., & Hernández, P. Estilos explicativos optimista-pesimista y depresión en estudiantes de bachillerato.
- Oliver, Juan C. (2000). Multinivel regresión models: applications in Scholl Revista Educación 31(1), 43-63, ISSN: 0379-7082, 2007 63 psychology. En: *CSI Psicothema*, 3 (12), 487-494.
- Oliver, K. N., Free, M. L., Bok, C., McCoy, K. S., Lemanek, K. L., & Emery, C. F. (2014). Stigma and optimism in adolescents and young adults with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 13(6), 737-744. <https://doi.org/10.1016/j.jcf.2014.04.005>
- Oreskovic, N. M., & Goodman, E. (2013). Association of optimism with cardiometabolic risk in adolescents. *Journal of adolescent health*, 52(4), 407-412. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.011>
- Ortega-Martínez, A. R., & Ramírez-Fernandez, E. (2021). Positive interventions in older adults: age-activity fit. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i1.56>

- Palese, A., Cecconi, M., Moreale, R., & Skrap, M. (2012). Pre-operative stress, anxiety, depression and coping strategies adopted by patients experiencing their first or recurrent brain neoplasm: an explorative study. *Stress and Health*, 28(5), 416-425. <https://doi.org/10.1002/smi.2472>
- Park, N., Park, M., & Peterson, C. (2010). When is the search for meaning related to life satisfaction? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2, 1-13. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01024.x>
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, MEP. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-619. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748>
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>
- Parke, R.D. (2004). Development in family. *Annual Review of Psychology*, 55, 365-399.
- Pascual, V. & Cuadrado, M. (2001). Educación emocional. *Programa de actividades para educación secundaria obligatoria*. Barcelona: Praxis.
- Patton, GC., Tollit, MM., Romaniuk, H., Spence, SH., Sheffield J., & Sawyer, MG. (2011). A prospective study of the effects of optimism on adolescent health risks. *Pediatrics*, 127(2), 308-16. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0748>
- Pavez Salinas, P., Mena, L., & Vera Villarroel, P. (2012). *El rol de la felicidad y el optimismo como protectores de la ansiedad*. Universitas Psychologica, volumen 11, N° 2, Abril-Junio. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=647/64723241002>
- Payton, J., Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., Schellinger, K. B. & Pachan, M. (2008). *The positive impact of social and emotional learning for kindergarten to eighth-grade students: Findings from three scientific reviews*. Chicago, IL: informe Casel.
- Pelechano, V., Peñate, W., Ramírez, G. & Díaz Cruz, F. (2005). Bienestar emocional e inteligencia en la pubertad y la adolescencia. *Análisis y modificación de conducta*, 31, 655-679. <http://hdl.handle.net/10272/12046>

- Pell, A. F. L., Kasanzev, A., & López, M. B. (2007). Efectos terapéuticos positivos a través del aumento del optimismo. *Ciencias psicológicas*, 179-188. <https://doi.org/10.22235/cp.v0i1.569>
- Pérez, A.M., & Castejón, J.L. (1998). Un modelo causal-explicativo sobre la influencia de las variables psicosociales en el rendimiento académico. *Bordón*, 50, 171-185.
- Pérez, M., & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Psicología Escolar Educativa*, 5 (1), 49-58.
- Peterson, C. & Bossio, L.M. (2001). Optimism and physical well-being. Optimism and pessimism: *Implications for theory, research, and practice* (pp.: 127-145). Washington, DC: APA.
- Peterson, C., & De Avila, M.E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 128-132.
- Peterson, C., & Park, N. (2009a). El estudio científico de las fortalezas humanas. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos para una psicología positiva* (pp. 181-207). Madrid: Alianza Editorial.
- Peterson, C., & Park, N. (2009b). Increasing happiness in lasting ways. *The Psychologist*, 22, 304-307.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A classification and handbook*. New York: Oxford University Press/Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2006). The values in action (VIA) classification of strengths. A life worth living: *Contributions to positive psychology*, 29-48.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005b). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25–41.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005a). Assessment of character strengths. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, y S. S. Hill III (Eds.), *Psychologists' desk reference* (2nd ed., pp. 93–98). New York: Oxford University Press.

- Peterson, C., Seligman, M. E., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 55(1), 23.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R. & Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9, 127-130.
- Pinquart, M., Duberstein, PR., & Lyness, JM. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging y Mental Health*, 11:645–657. <https://doi.org/10.1080/13607860701529635>
- Piqueras, J. A., Kuhne, W., Vera-Villarroel, P., van Straten, A., & Cuijpers, P. (2011). Happiness and health behaviours in Chilean college students: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11, 443-453. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-443>
- PISA 2019 Results. *Excellence and Equity in Education*.
- Pons, D., Atienza, F., Balaguer, I., & Garcia-Merita, M. (2000). Satisfaction with Life Scale: Analysis of Factorial Invariance for Adolescents and Elderly Persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 62-68. <https://doi.org/10.2466/pms.2000.91.1.62>
- Pozar, F. (2002). Inventario de hábitos de estudio. Manual (9a. ed.). Madrid: *Publicaciones de Psicología Aplicada*, TEA Ediciones, S. A.
- Pratap, B., & Pradham, M. (2018). Hope and humor as Predictor of Health among Elderly. *Periodic Research*, 7(1), 88-93.
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging y Mental Health*, 18(8), 997-1005. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.899978>
- Punset. E (2006) *Viaje a la felicidad*. Barcelona.
- Puskar, K., Ren, D., Bernardo, L. M., Haley, T. & Stark, K. H. (2008). Anger correlated with psychosocial variables in rural youth. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 3, 71-87. <https://doi.org/10.1080/01460860802023513>

- Quiceno, J.M., & Vinaccia, S. (1999). Calidad de vida en adolescentes: análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia Psicológica*, 32 (3), 185-200.
- Quinn, GP., Murphy, D., Knapp, CA., Christie J., Phares, V., & Wells KJ. (2013). Coping Styles of Female Adolescent Cancer Patients with Potential Fertility Loss. *J Adolescent Young Adult Oncology*, 2(2), 66-71. <https://doi.org/10.1089/jayao.2012.0038>
- Rabiei, L., Mazaheri, M. A., Masoudi, R., & Hasheminia, S. A. M. (2014). Fordyce happiness program and postpartum depression. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(3), 251.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H., (2012). Trends in child maltreatment. *The Lancet* 379 (9831), 2048.
- Räikkönen, K., & Matthews, K. A. (2008). Do dispositional pessimism and optimism predict ambulatory blood pressure during schooldays and nights in adolescents? *Journal of personality*, 76(3), 605-630. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00498.x>
- Räikkönen, K., Matthews, K.A., Flory, J.D., Owens, J.F., & Gump, B.B. (1999). Effects of optimism, pessimism, and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 104-113. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.1.104>
- Raimundi, M. J., Molina, M. F., Hernández-Mendo, A., & Schmidt, V. (2015). *Adaptación argentina del Inventario de Fortalezas en adolescentes (VIA-Youth): Propiedades psicométricas y alternativas para su factorización*. Manuscrito presentado para publicación.
- Ramírez, C., & Valdivia, I. (2003). Evaluación del funcionamiento diario de pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11, 283-291.
- Ramos, N. (2008). *S.O.S. Maestros del corazón*. Madrid: Pirámide.
- Ramussen, H., Scheier, M., & Greenhouse, J. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239-256. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rand, D. G., Dreber, A., Ellingsen, T., Fudenberg, D., & Nowak, M. A. (2009). Positive interactions promote public cooperation. *Science*, 325(5945), 1272-1275. DOI: [10.1126/science.1177418](https://doi.org/10.1126/science.1177418)
- Rashid, T. (2009) Positive interventions in clinical practice. *Journal Clinic Psychology*. 2009 May; 65(5), 461-6.
- Rauch, W., Scheweizer, K., & Moonsbrugger, H. (2006). Method effects due to social desirability as a parsimonious explanation of the deviation from unidimensionality in LOT-R scores. *Personality and Individual Differences*, 42, 1597-1607.
- Reddy, R., Rhodes, J., & Mulhall, P. (2003). The influence of teacher support on student adjustment in the middle school years: A latent growth curve study. *Development and Psychopathology*, 15, 119–138. DOI: [10.1017.S0954579403000075](https://doi.org/10.1017/S0954579403000075)
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Visscher, B.R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS- related bereavement as predictor of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.4.354>
- Reivch, L., & Gillham, J. (2003). Learned optimism: The measurement of explanatory style. En S.J. Snyder y C.R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assesment: A Handbook of Models and Measures* (pp.57-74). Washington DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-004>
- Remor, E., & Amorós Gómez, M. (2012). Effect of an intervention program aimed at empowering strengths and psychological resources on mood, optimism, subjective health complaints and life satisfaction in university students. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 75-86.
- Remor, E., Amorós, M., & Carrobles, J. A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22, 37-44. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/26231>
- Renom, A. (2003). Educación emocional. *Programa para la educación primaria*. Barcelona: Praxis.
- Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Recovery and Social Inclusion*, London: Balliere Tindall.

- Retena Franco, B.E. & Sánchez Aragón, R. (2010) Rastreado en el pasado... formas de regular la felicidad, la tristeza, el amor, el enojo y el miedo. *Universitas Psychologica*, 9(1), 179-197.
- Ricardo, A., Ana Pilar, B., Silvia, H & M.^a del Mar (2012). Aulas felices. *Psicología positiva aplicada a la Educación*.
- Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23, 57-68. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0289>
- Rincón Uribe, FA., Espejo, CAN., & Pedroso, JDS (2020). Role of optimism in adolescent mental health: a protocol for a systematic review *BMJ Open* 2020;10:e036177. [doi: 10.1136/bmjopen-2019-036177](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036177)
- Roberts E.B. (2014-2015) Australian Program Optimism.
- Roberts, C. M., Kane, R. T., Rooney, R. M., Pintabona, Y., Baughman, N., Hassan, S., & Silburn, S. R. (2018). Efficacy of the Aussie Optimism Program: Promoting pro-social behavior and preventing suicidality in primary school students. *A randomised-controlled trial. Frontiers in psychology*, 8, 1392. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01392>
- Roberts, C. M., Kane, R. T., Rooney, R. M., Pintabona, Y., Baughman, N., Hassan, S., & Silburn, S. R. (2018). Efficacy of the aussie optimism program: Promoting pro-social behavior and preventing suicidality in primary school students. A randomised-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 13. [doi:http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01392](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01392)
- Roberts, HC., Denison HJ., Martin, HJ., Patel, HP., Syddall H., Cooper, C., & Sayer, AA. (2011). A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. *Age Ageing*, 40(4), 42-39. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr051>
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714400006>

- Rodríguez, M.J., Esteve, R. & López, A. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 391-418.
- Rogers, C. R. (1963). Actualizing tendency in relation to "motives" and to "consciousness". *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: *implications for prevention efforts*. *Int. J. Eat. Disord.* 48, 187–198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
- Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(1), 133-142. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.165371>
- Rowling, L., & Mason, J. (2005). A case study of multimethod evaluation of complex school mental health promotion and prevention: The Mind Matters Evaluation Suite. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 15(2), 125–136.
- Rozanski, A., Bavishi, C., Kubzansky, L. D., & Cohen, R. (2019). Association of optimism with cardiovascular events and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 2(9), e1912200-e1912200..doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.12200pmid:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31560385>
- Ruiz Aranda, D., Cabello Gonzáles, R., Palomera Martín, R., Extremera Pacheco, N., Salguero Noguera, J. M. & Fernández Berrocal, P. (2013). *Programa INTEMO. Guía para mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes. Pirámide*.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it. Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. & keyes, C.L. (1995). The estructure of psychological well-being revisited. *Journall of Personality and Social Pshichology*, 69 (4), 719-727.

- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Ryff, C., Singer, B., & Love, G. (2004). *Positive health: Connecting well-being with biology*.
- Salanova, M., Llorens, S., García, M., Burriel, R., Bresó, E. & Schaufeli, W.B. (2005). Towards a four dimensional model of burnout: a multigroup factor-analytic study including depersonalization and cynicism. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 901-913. <https://doi.org/10.1177/0013164405275662>
- Salces-Cubero, I. M., Ramírez-Fernández, E., & Ortega-Martínez, A. R. (2019). Strengths in older adults: differential effect of savoring, gratitude and optimism on well-being. *Aging & Mental Health*, 23(8), 1017-1024. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1471585>
- Salmurri, F. (2004). *Libertad emocional, estrategias para educar las emociones*. Barcelona: Paidós.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B. & Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through schools: a study of the importance of the school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 13, 383-397. <https://doi.org/10.1093/her/13.3.383>
- Sánchez Lloansí, M., & Talavera Merino, M. (2016). Variables psicológicas y su influencia en el consumo de sustancias tóxicas en la adolescencia. <http://hdl.handle.net/123456789/408>
- Sánchez, O. & Méndez, F.J. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clínica y Salud: Revista de Psicología Clínica y Salud*, 20(3), 273-280.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas panas de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72711104>

- Sanjuán, P. & Magallares, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 91-98. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.2.2006.4020>
- Sanjuán, P. & Magallares, A. (2009). A longitudinal study of the negative explanatory style and attributions of uncontrollability as predictors of depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 46(7), 714-718. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.01.030>
- Sanjuán, P. (2007). *Post-performance attributions among depressive and no depressive subjects*. Trabajo presentado en la 11th Biennial Meeting of the International Society for the Study of Individual Differences. Graz (Austria).
- Sanjuán, P., & Magallares, A. (2005). *Spanish adaptation of Attributional Style Questionnaire: Psychometric properties*. Trabajo presentado en la VIII European Conference of Psychological Assessment. Budapest (Hungría), 31 de Agosto - 4 de Septiembre. (Acta de Congreso: p. 142).
- Sanjuán, P., Pérez-García, A., Rueda, B. & Ruiz, M. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 45-52. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.1.2008.4049>
- Sarabi, H. M., Eslami, A., Torabi, M., Salehi, M., & Yousefi, F. (2014). *Effectiveness of Educating Securing Against Stress with Educating Communicative Skills on Optimism and Pessimism and Life Expectancy in Depressed Students*.
- Sawyer MG, Pfeiffer S., Spence SH., Bond L., Graetz B, Kay D., Patton G., & Sheffield J. (2010). School-based prevention of depression: a randomized controlled study of the beyond blue schools research initiative. *J Child Psychology Psychiatry*, 51(2), 199-209. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02136.x>
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancy. *Health Psychology*, 4, 219-247. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x>

- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 26-30. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770572>
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228. <https://doi.org/10.1007/BF01173489>
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguish 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, 1063-1078.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(5), 309-320. <https://doi.org/10.1002/pon.747>
- Schrepfer-Tarter, A. (2013). *An exploratory study of the academic optimism of principals* (Doctoral dissertation, The Ohio State University). http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=osu1366045511
- Schwartz, J.A., Kaslow, N.J., Seeley, J. & Lewinsohn, P. (2000). Psychological, cognitive and interpersonal correlates of attributional Health Psychol Rep 2019;7:1–10.change in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 188-198. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2902_5
- Segal, N. (2002). *Interview, University of Chicago Magazine, Vol 104: 20-22.*
- Seegerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E. & Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.
- Seifert, T. L. (2004) Understanding student motivation. *Educational Research*, 46 (2), 137-149.
- Seligman, L. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies, and skills.* (2nd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: *Pearson Education*, Ltd.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism.* Sydney: Random House Australia. (Trad. esp. en Ed. Atlántida, 1991).

- Seligman, M. E. P. (2002). *La auténtica felicidad*, Ediciones B, Barcelona.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Grijalbo.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Berkowitz, M. W., Catalano, R. F., Damon, W., Eccles, J. S., Gillham, J. E., ... & Zaff, J. F. (2005). The positive perspective on youth development. *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*, 499-529.
- Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K. & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35 (3), 293-311. <https://doi.org/10.1080/03054980902934563>
- Seligman, M. E. P.; Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Seligman, M. E., Kaslow, N. J., Alloy, L. B., Peterson, C., Tanenbaum, R. L., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of abnormal psychology*, 93(2), 235-238. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.93.2.235>
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61(8), 774.
- Seligman, M.E, P, Park, N., & Peterson, C. (2004). The Values In Action (VIA) classification of character strengths. *Ricerche di Psicologia. Special Positive Psychology*, 27(1), 63-78.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M.E.P. (1981). *Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate (original de 1975).
- Seligman, M.E.P. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. Nueva York: Pocket Books.

- Seligman, M.E.P. (1998). Prólogo. En M.D. Avia y C. Vázquez (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M.E.P. (2004). *Aprenda Optimismo*. Barcelona: De-Bolsillo.
- Seligman, M.E.P., Lee-Duckworth, A. & Steen, T. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review, Clinical Psychology*.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2015). Distressed users report a better response to online positive psychology interventions than nondistressed users. *Canadian Psychology/Psychologies Canadienne*, 56(3), 322-331. <https://doi.org/10.1037/cap0000034>
- Shapcott, J. B., Bloom, G. A., Johnston, K. M., Loughead, T. M. & Delaney, J. S. (2007). The effects of explanatory style on concussion outcomes in sport. *Neuro Rehabilitation* 22. 161–167. DOI: [10.3233/NRE-2007-22302](https://doi.org/10.3233/NRE-2007-22302)
- Shatté, A.J., Gillham, J.E. & Reivich, K. (2000). *Promoting hope in children and adolescents*. En J.E. Gillham (Ed.). *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E. P. Seligman*. Laws of life symposia series (pp. 215-234). West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Sheldon, K., Fredrickson, B., Rathunde, K., Csikszentmihalyi, M., & Haidt, J. (2000). *Akumal manifesto*. Retrieved June, 9, 2007.
- Sheldon, K.M. & Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.3.482>
- Sheldon, K.M. & King, L.K. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56.
- Shifren, K., Hillman, A., & Rowe, A. (2018). Do Instrumental and Expressive Traits Play a Role in Health-Promoting Behaviors? A Study among Former Young Caregivers. *Archives of Psychology*, 2(4). Available at: <https://archivesofpsychology.org/index.php/aop/article/view/52>. Date accessed: 13 mar. 2021.

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 303-315. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_3
- Siddiqi, A., Nisar, A., Khan, S., & Arsh, S. (2016). Role of critical thinking, optimism about future and learning oriented behavior on academic performance of high school students. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 7(4).
- Smith, J. L., & Hanni, A. A. (2019). Effects of a savoring intervention on resilience and well-being of older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 137-152. <https://doi.org/10.1177/0733464817693375>
- Solberg Nes, L., & Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235-251. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_3
- Soliday, E., Garofalo, J. P., & Rogers, D. (2004). Expressive writing intervention for adolescents' somatic symptoms and mood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 792-801. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_14
- Southall, D., & Roberts, J. E. (2002). Attributional style and self-esteem in vulnerability to adolescent depressive symptoms following life stress: A 14-week prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(5), 563-579. <https://doi.org/10.1023/A:1020457508320>
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 3. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.3>
- Stanton, A.L. & Zinder, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134(1), 138-161. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.138>

- Stewart, C. J., Ajami, N. J., O'Brien, J. L., Hutchinson, D. S., Smith, D. P., Wong, M. C., ... & Petrosino, J. F. (2018). Temporal development of the gut microbiome in early childhood from the TEDDY study. *Nature*, *562*(7728), 583-588. <https://doi.org/10.1038/s41586-018-0617-x>
- Strumpfer, D.J.W. (2003). Resilience and burnout: A stitch that could save nine. *South African Journal of Psychology*, *33*(2), 69-79. <https://doi.org/10.1177/008124630303300201>
- Strutton, D., Pelton, L. E., & Lumpkin, J. R. (1993). The influence of psychological climate on conflict resolution strategies in franchise relationships. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *21*(3), 207-215. <https://doi.org/10.1177/0092070393213004>
- Suldo, S. M., Riley, K. & Shaffer, E. S. (2006). Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction. *School Psychology International*, *27* (5), 567 – 582. <https://doi.org/10.1177/0143034306073411>
- Suldo, S., Savage, J. & Mercer, S. (2014). Increasing Middle School Students' Life Satisfaction: Efficacy of a Positive Psychology Group Intervention. *Journal of Happiness Studies*, *15*(1), 19-42. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9414-2>
- Suldo, S.M. & Huebner, E.S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, *78*, 179-203. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-8208-2>
- Sulkers, E., Fleer, J., Brinksma, A., Roodbol, P. F., Kamps, W. A., Tissing, W. J., & Sanderman, R. (2013). Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *British journal of health psychology*, *18*(3), 474-489. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02096.x>
- Susan. N, & Miriam. T. (2015) Child and Adolescent Development; Studies from York University Describe New Findings in Child and Adolescent Development (The Protective Role of Optimism and Self-esteem on Depressive Symptom Pathways Among). *Canadian Aboriginal Youth*. Feb 21, (2015): 240.
- Sutton, J., League, C., Sellnow, T. L., & Sellnow, D. D. (2015). Terse messaging and public health in the midst of natural disasters: The case of the Boulder floods. *Health Communication*, *30*, 135–143. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.974124>

- Tacsa Pampas, P. C. (2018). *Respuestas rumiativas en pacientes con depresión, ansiedad y trastorno límite de la personalidad en un hospital de salud mental*.
- Tak, Y., Van Zundert, R., Kuijpers, R., Van Vlokhoven, B., Rensink, H. & Engels, R. (2012). A randomized controlled trial testing the effectiveness of a universal schoolbased depression prevention program 'Op Volle Kracht' in the Netherlands. *Biomedical Central Public Health*, 12, 21–29. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-21>
- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia psicológica*, 31, 115-125. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100011>
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J. & Gruenewald, T. (2000). *Psychological resources, positive illusions, and health*. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Terán Briones, A. A. (2018). *Efecto de la hipnosis activa sobre la fatiga y optimismo en niños con leucemia linfoblástica aguda* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/15990>
- Terry, T., & Huebner, E. S. (1995). The relationship between self-concept and life satisfaction in children. *Social Indicators Research*, 35, 39–52. <https://doi.org/10.1007/BF01079237>
- Tindle, H. A., Chang, F., Kuller, L. H., Manson, J. E., Robinson, J. G., Rosal, M. C., & Matthews, K. A. (2009). Clinical Perspective. *Circulation*, 120(8), 656-662. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827642>
- Tomakowsky, J., Lumley, M. A., Markowitz, N., & Frank, C. (2001). Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV-infected men. *Journal of psychosomatic research*, 51(4), 577-587. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00249-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00249-5)
- Tomás-Sábado, J., & Montes-Hidalgo, J. (2016). Versión española de la Escala multidimensional de locus de control de la salud en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.12.005>
- Torres Y. (2003). *Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados*. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia, Medellín: Editorial Marín Vieco Ltda.

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Treharne GJ., Kitas GD., Lyons AC., & Booth DA. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *J Health Psychol*, 10(3), 457-74. <https://doi.org/10.1177/1359105305051416>
- Trianes, M. V. & Fernández-Figares, C. (2001). *Aprender a ser persona y a convivir: un programa para secundaria*. Bilbao: Descleé de Bower.
- Trianes, M. V. & Muñoz, A. M. (1994). *Programa de educación Social y Afectiva*. Málaga: Puerta Nueva.
- Trianes, M. V. (1996). *Educación y Competencia Social. Un programa en el aula*. Málaga: Aljibe. Trianes, M. V. (2000). *Violencia en contextos escolares*. Málaga: Aljibe.
- Trianes, M.V., Blanca, M. J., Muñoz, A., García, B., Cardelle-Elawar, M. & Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: profesores, iguales y autoinforme. *Anales de Psicología*, 18 (2), 197-214.
- Trianes, M.V., Blanca, M.J., de la Morena, L., Infante, L., & Raya, S. (2006). Un cuestionario para evaluar el clima social de la clase y centro. *Psicothema*, 18(2), 266-271. <http://hdl.handle.net/20.500.12799/2986>
- Trianes, M.V., Cardelle-Elawar, M., Blanca, M.J. & Muñoz, A. (2003). Contexto social, género y competencia social autoevaluada en alumnos andaluces de 11-12 años. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 2 (1), 38-55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2931/293152877003>
- Trianes, M.V., Muñoz, A. & Sánchez, A. (2001). Educar la convivencia como prevención de violencia interpersonal: perspectiva de los profesores. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 41, 73-93. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274/27404106>
- Tripathi, D. K., Singh, S., Singh, S., Pandey, R., Singh, V. P., Sharma, N. C., ... & Chauhan, D. K. (2017). An overview on manufactured nanoparticles in plants: uptake, translocation, accumulation and phytotoxicity. *Plant physiology and biochemistry*, 110, 2-12. <https://doi.org/10.1016/j.plaphy.2016.07.030>
- Trottier, C., Trudel, P., & Halliwell, W.R. (2007). Présentation des deux principales théories nord-américaines sur l'optimisme. *Revue STAPS*, 3, 9-28.

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Trull, T. J., & Sher, K. J. (2002). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorder in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(2), 350-360.
- Trunzo, J., & Pinto, B. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 71*(4), 805-811. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.805>
- Uusitalo-Malmivaara, L., Kankaanpää, P., Mäkinen, T., Raeluoto, T., Rauttu, K., Tarhala, V., & Lehto, J. E. (2012). Are special education students happy? *Scandinavian Journal of Educational Research, 56*(4), 419-437. <https://doi.org/10.1080/00313831.2011.599421>
- Vargas, B., Montiel Pava, C. A., & Tamayo Pacheco, E. T. (2020). Depresión en la adolescencia: *revisión estado del arte*. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/17671>
- Vázquez, C. & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología, 4*(2-3), 385-404.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. *Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hérvas, G., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Annuary of Clinical and Health Psychology, 5*(1), 15-28.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of happiness studies, 9*(3), 449-469. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9042-1>
- Veenhoven, R., & Ehrhardt, J. (1995). The cross-national pattern of happiness: Test of predictions implied in three theories of happiness. *Social indicators research, 34*(1), 33-68. <https://doi.org/10.1007/BF01078967>
- Velásquez C., D., Baiz B., R. & Luiz J., P. (2009). Factores de la satisfacción sobre el apoyo familiar del adolescente adicto en tratamiento. *Enfermería Herediana, 2*, 11-19.

- Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Velásquez, N., Araki, R. & Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios Sanmarquinos. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 139-152.
- Vera-Villarroel, P., Córdova-Rubio, N. & Celis-Atenas, K. (2009). Optimismo versus Autoestima: implicancia para la psicología clínica y la psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 21-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281921800002>
- Vera-Villarroel, P., Urzúa, A., Silvac, J. R., Paveza, P. & Celis-Atenas, K. (2013). Escala de bienestar de Ryff: Análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 26(1), 106-112. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000100012>
- Videra-García, A., & Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, vol. 29, núm. 1, enero, 2013, pp. 141-147. Universidad de Murcia. Murcia, España. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401>
- Viera A., López S., & Barrenechea A. El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*. 2006;7(1-2), 34-9.
- Vittersó, J. (2016). Handbook of eudaimonia.
- Vittorio, G., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., & Cavalli, L. (2009). Human optimal functioning: The genetics of positive orientation towards self, life, and the future. *Behavior Genetics*, 39, 277-284.
- Wade; M.E. (1993). *A study of the correlation of personal happiness and job satisfaction*. Disertación doctoral no publicada, Universidad del Misisipi.
- Warner, L., Schwarzer, R., Schuz, B., Wurm, S., & Tesch-Romer, C. (2012). Health-specific optimism mediates between objective and perceived psychical functioning in older adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 400-406. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9368-y>

- Watanuki, S. & Kim, Y.K. (2005). Physiological responses induced by pleasant stimuli. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 24, 135-138. <https://doi.org/10.2114/jpa.24.135>
- Waterman, A.S. (2014). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Wijnhoven, L., Creemer, D., Vermulst, A., Scholte, R. & Engels, R. (2014). Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('Op Volle Krtacht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(2), 217-228. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9773-5>
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The Effects of School Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: A Meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136-149.
- Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological bulletin*, 67(4), 294. <https://doi.org/10.1037/h0024431>
- Wong, S. S., & Lim, T. (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 46(5-6), 648-652. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.01.009>
- Yadav, Kaustubh, V; & Thingujam, Nutankumar S. (2015) Hope's Relation with Self-Esteem, Optimism, and Life Satisfaction in Engineering Students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(3), 283-287. Retrieved from <https://search.proquest.com/scholarly-journals/hopes-relation-with-self-esteem-optimism-life/docview/1759300321/se-2?accountid=14555>
- Yarcheski, T. J., Mahon, N. E., & Yarcheski, A. (2004). Depression, optimism, and positive health practices in young adolescents. *Psychological Reports*, 95(3), 932-934. <https://doi.org/10.2466/pr0.95.3.932-934>
- Yeager, J., Fisher, S., & Shearon, D. (2011). Smart Strengths: *Building Character, Resilience and Relationships in Youth*. New York: Kravis.

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Yi-Chih Lee., Wei-Li Wu. & Yun-Chen Lee., (2016) Explanatory style differences in health literacy: a survey among young adults in Taiwan. *Psychology, Health & Medicine*, 21(2), 189-197. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.994536>
- Young JF, Kranzler A, Gallop R, Mufson L. Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: Effects on School and Social Functioning. *School mental health*. 4(4), 254-264. <https://doi.org/10.1007/s12310-012-9078-9>
- Young, J. F., & Mufson, L. (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. New York: Columbia University.
- Yu, X., Chen, J., Liu, J., Yu, X., & Zhao, K. (2015). Dispositional optimism as a mediator of the effect of rumination on anxiety. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 43(8), 1233-1242. <https://doi.org/10.2224/sbp.2015.43.8.1233>
- Zomchek, D.S. (2003). Changing explanatory style: A cognitive intervention program targeting depression, illness susceptibility, and academic performance. *Bowling Green State University, ProQuest Dissertations Publishing*, 30, 99-427.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of life Research*, 14(6), 1573-1584. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-7707-y>

ANEXOS

ANEXO 1: AUTORIZACIONES

Autorización para participar en la investigación

Dº como director del IES
.....(Jaén).

CERTIFICA:

Que Don Juan Molina Hernández con N.I.F. 26.488.769Z está autorizado por el Equipo Directivo de este Centro, tutoras y tutores y madres y padres para intervenir con determinado alumnado en la administración de cuestionarios y ejecución de un entrenamiento en desarrollo personal, dirigido desde la Facultad de Psicología de la Universidad de Jaén.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, a petición del interesado, firmo el presente certificado, con el visto bueno de la dirección y sello del Centro, en a de de

Vº Bº LA DIRECCIÓN.

ANEXOS

Autorización para utilizar los resultados académicos del alumnado participante en la investigación

Dº como director del IES
.....(Jaén).

CERTIFICA:

Que Don Juan Molina Hernández con N.I.F. 26.488.769Z está autorizado por el Equipo Directivo de este Centro, tutoras y tutores y padres y madres para consultar los resultados académicos del alumnado que han participado en la investigación de desarrollo personal llevada a cabo desde la Facultad de Psicología de la Universidad de Jaén.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, a petición del interesado, firmo el presente certificado, con el visto bueno de la dirección y sello del Centro, en a de

Vº Bº LA DIRECCIÓN.

ANEXO 2: AUTOINFORMES DE EVALUACIÓN

CASQ-T

Nombre y apellidos:

Curso:

Grupo:

1. Sacas muy buena nota en un examen. GBB.

- 1. Soy inteligente.
- 0. Soy bueno en esa materia.

2. Juegas a un juego con unos amigos, y ganas. PSB.

- 0. Los amigos con los que he jugado no saben jugar a ese juego.
- 1. Yo sé jugar a ese juego.

3. Te quedas a dormir en casa de un amigo, y te lo pasas bien. GBB.

- 0. Esta noche mi amigo estaba simpático.
- 1. Todos los miembros de la familia de mi amigo estaban simpáticos esta noche.

4. Vas de vacaciones con un grupo de personas, y te lo pasas bien. PSB.

- 1. Estaba de buen humor.
- 0. Las personas con las que he estado estaban de buen humor.

5. Todos tus amigos cogen un resfriado menos tú. PMB.

- 0. Últimamente estoy muy sano.
- 1. Soy una persona sana.

6. Un coche atropella a tu mascota. PSM.

- 1. No sé cuidar de mis mascotas.
- 0. Los conductores no tienen suficiente cuidado.

7. Algunos de los chicos que conoces dicen que no les caes bien. PSM.

- 0. A veces la gente se porta mal conmigo.
- 1. A veces me porto mal con los demás.

8. Sacas muy buenas notas. PSB.

- 0. Los deberes son sencillos.
- 1. Me esfuerzo mucho.

9. Te encuentras con un amigo, y te dice que tienes buen aspecto. PMB.

- 0. Hoy a mi amigo le ha dado por elogiar el aspecto de la gente.
- 1. Normalmente mi amigo elogia el aspecto de la gente.

10. Un buen amigo tuyo dice que te odia. PSM.

- 0. Hoy mi amigo estaba de mal humor.
- 1. Hoy no he sido amable con mi amigo.

11. Cuentas un chiste y nadie se ríe. PSM.

- 1. No sé explicar chistes.
- 0. Es un chiste tan conocido que ya no hace gracia.

12. Tu profesor explica la lección, y tú no la entiendes. GBM.

- 1. Hoy no he prestado ninguna atención.
- 0. Cuando habla mi profesor nunca presto atención.

13. Suspendes un examen. PMM.

- 1. Mi profesor pone exámenes muy difíciles.
- 0. Estas últimas semanas mi profesor está poniendo exámenes muy difíciles.

14. Ganas mucho peso y empiezas a engordar. PSM.

- 0. La comida que me ponen para comer engorda.
- 1. La comida que me gusta engorda.

15. Alguien te roba dinero. GBM.

- 0. Esa persona es deshonesto.
- 1. La gente es deshonesto.

16. Tus padres elogian algo que tú has hecho. PSB.

- 1. Hago bien algunas cosas.
- 0. A mis padres les gusta cómo hago algunas cosas.

17. Juegas a un juego, y ganas dinero. GBB.

- 1. Soy una persona con suerte.

ANEXOS

0. Tengo mucha suerte cuando

18. Nadando en el río casi te ahogas. PMM.

1. No soy una persona demasiado precavida.

0. Algunos días no soy precavido.

19. Te invitan a muchas fiestas. PSB.

0. Últimamente muchas personas se muestran amables conmigo.

1. Últimamente me he mostrado amable con mucha gente.

20. Un adulto te grita. GBM.

0. Esa persona ha gritado a la primera persona que ha visto.

1. Esa persona ha gritado a mucha gente que ha visto ese día.

21. Haces un trabajo con un grupo de chicos y os sale mal. GBM.

0. No trabajo bien con la gente del grupo.

1. Nunca trabajo bien en grupo.

22. Haces un nuevo amigo. PSB.

1. Soy una persona simpática.

0. Las personas a las que conozco son simpáticas.

23. Te has sentido a gusto estando con tu familia. PMB.

1. Me resulta fácil sentirme a gusto cuando estoy con mi familia.

0. A veces me resulta fácil sentirme a gusto cuando estoy con mi familia.

24. Intentas vender caramelos, pero nadie quiere comprar ninguno. PMM.

0. Últimamente muchos chicos venden cosas, así que la gente ya no quiere comprar nada más a los chicos.

1. La gente no quiere comprar nada a los chicos.

25. Juegas a un juego y ganas. GBB.

0. A veces me esfuerzo todo lo que puedo cuando juego.

1. A veces me esfuerzo todo lo que puedo.

26. Sacas malas notas en la escuela. PSM.

1. Soy tonto.

0. Los profesores son injustos con las notas.

27. No ves una puerta y te das de narices con ella. GBM.

0. No miraba por dónde iba.

1. Últimamente estoy despistado.

28. Se te escapa el balón y tu equipo pierde el partido. PMM.

0. Hoy no me esforzado lo suficiente cuando tenía el balón.

1. Normalmente no me esfuerzo lo bastante cuando tengo el balón.

29. Te tuerces el tobillo en clase de gimnasia. PSM.

0. Estas últimas semanas los deportes que hemos practicado en clase de gimnasia son peligrosos.

1. Estas últimas semanas he estado torpe en la clase de gimnasia.

30. Tus padres te llevan a la playa y te lo pasas bien. GBB.

1. Hoy todo el mundo ha estado simpático en la playa.

0. Hoy ha hecho muy buen tiempo en la playa.

31. Coges un tren, pero se retrasa y te pierdes una película. PMM.

0. Estos últimos días hay problemas con el horario de los trenes.

1. Los trenes nunca llegan a su hora.

32. Tu madre te hace tu comida favorita. GBB.

0. Mi madre hace algunas cosas para complacerme.

1. A mi madre le gusta complacerme.

33. Un equipo en el que juegas pierde un partido. PMM.

1. Los miembros del equipo no juegan bien juntos.

0. Hoy los miembros del equipo no han jugado bien juntos.

34. Has hecho tus deberes con rapidez. GBB.

1. Últimamente lo hago todo con rapidez.

0. Últimamente hago el trabajo escolar con rapidez.

35. Tu profesor te pregunta y le das una respuesta incorrecta. PMM.

1. Cuando tengo que contestar me pongo nervioso.

0. Hoy me he puesto nervioso cuando tenía que contestar.

36. Te equivocas de autobús y te pierdes. PMM.

0. Hoy no prestaba atención a lo que ocurría a mi alrededor.

ANEXOS

1. Normalmente no presto atención a lo que ocurre a mi alrededor.

37. Vas a un parque de atracciones y te lo pasas bien. GBB.

0. Normalmente me lo paso bien en los parques de atracciones.

1. Normalmente me lo paso bien.

38. Un chico mayor te da una bofetada. PSM.

1. Yo había estado molestando a su hermano pequeño.

0. Su hermano pequeño le ha dicho que yo le había estado molestando.

39. En tu cumpleaños te regalan todos los juguetes que querías. PMB.

1. La gente siempre acierta con los juguetes que me compran para mi cumpleaños.

0. Este año, la gente ha acertado los juguetes que quería para mi cumpleaños.

40. Te vas de vacaciones al campo y te lo pasas estupendamente. PMB.

1. El campo es un lugar maravilloso.

0. Esta época del año es maravillosa.

41. Tus vecinos te invitan a comer. PMB.

0. A veces la gente se muestra amable.

1. La gente es amable.

42. Tienes una profesora sustituta y le caes bien. PMB.

0. Hoy me he portado bien en clase.

1. Casi siempre me porto bien en clase.

43. Alegras a tus amigos. PMB.

1. Soy una persona divertida.

0. A veces soy una persona divertida.

44. El dependiente de puesto de helados te regala uno. PSB.

1. Hoy he estado amable con el dependiente.

0. Hoy el dependiente se sentía amable.

45. En la fiesta de tu amigo el mago te pide que le ayudes. PSB.

0. Ha tenido suerte de que me eligiera.

1. Yo parecía realmente interesado en lo que hacía.

46. Intentas convencer a un amigo para que vaya al cine contigo, pero no quiere. GBM.

ANEXOS

1. Hoy no tenía ganas de hacer nada.

0. Hoy no tenía ganas de ir al cine.

47. Tus padres se divorcian. GBM.

1. Resulta difícil para la gente llevarse bien estando casados.

0. Resulta difícil para mis padres llevarse bien estando casados.

48. Intentas hacerte miembro de un club, pero no lo consigues. GBM.

1. No me entiendo con los demás.

0. No puedo entenderme con la gente del club.

BFQ-NA**Nombre y apellidos****Curso:****Grupo:**

En el siguiente cuestionario se dicen cosas que hacen, sienten o dicen las personas. Cuando leas cada una de ellas, señala con una cruz el cuadrado que mejor describa con qué frecuencia eres o te comportas de ese modo. Si alguna pregunta no te describe exactamente, contesta la opción de respuesta que más se aproxime. No existen respuestas correctas o incorrectas, la mejor respuesta es la que contestes sin pensar demasiado y que exprese tu primera reacción. Contesta las preguntas con las siguientes opciones de respuestas:

Opciones de Respuesta

1	Casi siempre
2	Muchas veces
3	Algunas veces
4	Pocas veces
5	Casi nunca

Ítem	Pregunta	1	2	3	4	5
1	Tengo ganas de ver a otras personas.					
14	Me gusta mucho moverme.					
19	Me gusta estar en compañía de otros.					
35	Hago cualquier cosa para no aburrirme.					
40	Me gusta hablar con los otros.					
43	Soy capaz de inventar juegos nuevos y divertidos.					
52	Me gusta conocer y aprender cosas nuevas.					
57	Hago amistad fácilmente.					
59	Me gustaría mucho viajar y conocer el modo de vida de otros pueblos.					
63	Soy muy alegre y vivaz.					

ANEXOS

4	Me pongo nervioso por tonterías.						
6	Estoy de mal humor.						
8	Discuto acaloradamente con los demás.						
15	Me enfado con facilidad.						
17	Me peleo con los demás.						
29	Me ofendo fácilmente.						
31	Estoy triste.						
41	Tengo poca paciencia.						
49	Pierdo la calma con facilidad.						
58	Lloro.						
61	Me preocupan cosas sin importancia.						

LOT-R**Nombre y apellidos:****Curso:****Grupo:**

A continuación, te presentamos una serie de frases que hacen referencia a cómo la gente considera su vida en general. Después de leer cada una de estas frases da tu opinión. Indica si estás de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo queremos conocer tu opinión. Cumplimenta este inventario de acuerdo con tus propios sentimientos, no en función de cómo tú crees que la “mayoría de la gente” lo haría.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2	Me resulta fácil relajarme	0	1	2	3	4
3	Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	4	3	2	1	0
4	Siempre soy optimista en cuanto al futuro	0	1	2	3	4
5	Disfruto un montón de mis amistades	0	1	2	3	4
6	Para mí es importante estar siempre ocupado	0	1	2	3	4
7	Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	4	3	2	1	0
8	No me disgusto fácilmente	0	1	2	3	4
9	Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	4	3	2	1	0
10	En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	0	1	2	3	4

SCL-R-90**Nombre y apellidos:****Curso:****Grupo:****INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO.**

* Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

* En la casilla que aparece a continuación de cada frase marque su respuesta.

¿Le ha sucedido en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy?

0 = Nada en absoluto

1 = Un poco

2 = Moderadamente

3 = Bastante

4 = Mucho o extremadamente

1. Dolores de cabeza.	
2. Nerviosismo o agitación interior.	
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.	
4. Sensaciones de desmayo o mareo.	
5. Pérdida de deseo o de placer sexual.	
6. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente.	
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.	
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.	
9. La dificultad para recordar las cosas.	
10. Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización.	
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.	
12. Dolores en el corazón o en el pecho.	
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.	
14. Sentirse bajo de energías o decaído.	

ANEXOS

15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.	
16. Oír voces que otras personas no oyen.	
17. Temblores.	
18. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas.	
19. Falta de apetito.	
20. Llorar fácilmente.	
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.	
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.	
23. Tener miedo de repente y sin razón.	
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	
25. Miedo a salir de casa solo.	
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.	
27. Dolores en la parte baja de la espalda.	
28. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.	
29. Sentirse solo.	
30. Sentirse triste.	
31. Preocuparse demasiado por las cosas.	
32. No sentir interés por las cosas.	
33. Sentirse temeroso.	
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.	
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.	
36. La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso.	
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.	
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	
39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.	
40. Nauseas o malestar en el estómago.	
41. Sentirse inferior a los demás.	

ANEXOS

42. Dolores musculares.	
43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	
44. Dificultad para conciliar el sueño.	
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.	
46. Encontrar difícil el tomar decisiones.	
47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.	
48. Dificultad para respirar.	
49. Sentir calor o frío de repente.	
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	
51. Que se le quede la mente en blanco.	
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.	
53. Sentir un nudo en la garganta.	
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.	
55. Tener dificultades para concentrarse.	
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.	
57. Sentirse tenso o agitado.	
58. Pesadez en los brazos o en las piernas.	
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.	
60. El comer demasiado.	
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	
62. Tener pensamientos que no son suyos.	
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	
64. Despertarse de madrugada.	
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, contar etc...	
66. Sueño inquieto o perturbado.	
67. Tener ganas de romper algo.	
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.	
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas.	

ANEXOS

70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc...	
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.	
72. Ataques de terror o pánico.	
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	
74. Tener discusiones frecuentes.	
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo.	
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.	
77. Sentirse solo aunque esté con más gente.	
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.	
79. La sensación de ser inútil o no valer para nada.	
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo.	
81. Gritar o tirar cosas.	
82 Tener miedo de desmayarse en público.	
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara.	
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.	
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.	
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.	
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.	
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie.	
89. Sentimiento de culpabilidad.	
90. La idea de que algo anda mal en su mente.	

ESS-R**Nombre y apellidos:****Curso:****Grupo:**

A continuación se indica una lista de manifestaciones somáticas que suelen ser más o menos frecuentes en la gente. Por favor rodee con un círculo el número que mejor refleje la frecuencia con que usted ha tenido cada síntoma de la lista durante los últimos doce meses (un año). No deje ningún enunciado de la lista sin contestar.

0 = Nunca durante el último año

1 = Raras veces (no más de una vez al año)

2 = Raras veces durante el año

3 = Frecuentemente (aproximadamente una vez al mes)

4 = Más de una vez al mes

1. Catarros o resfriados comunes.	0	1	2	3	4
2. Palpitaciones (percepción elevada del latido cardíaco).	0	1	2	3	4
3. Respiración dificultosa o molesta.	0	1	2	3	4
4. Molestias o sensación de malestar en el estómago.	0	1	2	3	4
5. Mareos.	0	1	2	3	4
6. Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión.	0	1	2	3	4
7. Picores en la nariz de tipo alérgico.	0	1	2	3	4
8. Dificultades para orinar.	0	1	2	3	4
9. Fiebre.	0	1	2	3	4
10. Taquicardias.	0	1	2	3	4
11. Dificultades para respirar durante el esfuerzo.	0	1	2	3	4
12. Dolores abdominales (por ejemplo, "dolor de tripa").	0	1	2	3	4
13. Sensaciones de oleadas de frío y de calor.	0	1	2	3	4
14. Dolores de espalda.	0	1	2	3	4
15. Sudoración excesiva (por ejemplo, en las palmas de las manos).	0	1	2	3	4
16. Necesidad de orinar con frecuencia.	0	1	2	3	4
17. Ulceraciones o llagas.	0	1	2	3	4
18. Sensaciones de opresión o molestias en el pecho.	0	1	2	3	4
19. Sensaciones de ahogo o falta de respiración.	0	1	2	3	4
20. Colitis.	0	1	2	3	4
21. Visión borrosa (manchas, destellos, etc).	0	1	2	3	4
22. Dolores en la nuca o zona cervical.	0	1	2	3	4
23. Erupciones en la piel (enrojecimiento, sarpullidos, ronchas, etc).	0	1	2	3	4
24. Molestias al orinar.	0	1	2	3	4
25. Herpes (por ejemplo, erupciones en los labios).	0	1	2	3	4
26. Ligero dolor en el pecho al iniciar algún esfuerzo físico.	0	1	2	3	4
27. Tos repetitiva.	0	1	2	3	4
28. Náuseas o sensación de vómitos.	0	1	2	3	4
29. Vértigos.	0	1	2	3	4
30. Temblor muscular.	0	1	2	3	4
31. Síntomas de conjuntivitis alérgica.	0	1	2	3	4
32. Necesidad de orinar con urgencia.	0	1	2	3	4

ANEXOS

33. Gripe.	0	1	2	3	4
34. Dolor en el pecho acompañado de fatiga y respiración dificultosa.	0	1	2	3	4
35. Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes.	0	1	2	3	4
36. Acidez de estómago.	0	1	2	3	4
37. Molestias en oídos (dolor, zumbidos, etc).	0	1	2	3	4
38. Calambres o dolor en las piernas.	0	1	2	3	4
39. Estornudos repetitivos.	0	1	2	3	4
40. Molestias o dolor de riñones (no debidas al ejercicio).	0	1	2	3	4
41. Bulto o verruga nuevos o que reaparecen.	0	1	2	3	4
42. Síncope (desmayo, desfallecimiento, lipotimia).	0	1	2	3	4
43. Respiración dificultosa acompañada de tos.	0	1	2	3	4
44. Estreñimiento o dificultades para defecar (“hacer de vientre”) .	0	1	2	3	4
45. Sensaciones de adormecimiento en brazos o piernas.	0	1	2	3	4
46. Contracciones o sacudidas musculares.	0	1	2	3	4
47. Constipado o congestión de tipo alérgico.	0	1	2	3	4
48. Dolor en zonas genitales.	0	1	2	3	4
49. Fibroma o tumor nuevos o que reaparecen.	0	1	2	3	4
50. Necesidad de tomar medicinas para reducir la tensión arterial.	0	1	2	3	4
51. Dolor de garganta.	0	1	2	3	4
52. Vómitos.	0	1	2	3	4
53. Visión doble o deformada.	0	1	2	3	4
54. Dolor en las articulaciones (en manos, piernas, etc).	0	1	2	3	4
55. Eccema o problemas semejantes de la piel.	0	1	2	3	4
56. Molestias en zonas genitales.	0	1	2	3	4
57. Sensación general de debilidad.	0	1	2	3	4
58. Dolor en el pecho.	0	1	2	3	4
59. Sensación de falta de aire.	0	1	2	3	4
60. Diarrea.	0	1	2	3	4
61. Dificultades coordinación (de movimientos).	0	1	2	3	4
62. Dolores musculares.	0	1	2	3	4
63. Sensaciones de picor o escozor en la piel.	0	1	2	3	4
64. Sangre en la orina.	0	1	2	3	4
65. Cansancio o fatiga sin causa aparente.	0	1	2	3	4
66. Necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial.	0	1	2	3	4
67. Respiración dificultosa acompañada de ruidos (p.ej., silbidos).	0	1	2	3	4
68. Gastritis.	0	1	2	3	4
69. Sensaciones de hormigueo en algunas partes del cuerpo.	0	1	2	3	4
70. Torpeza en las manos.	0	1	2	3	4
71. Picores en los ojos, de tipo alérgico.	0	1	2	3	4
72. Escozor o malestar al orinar o después de orinar.	0	1	2	3	4
73. Estado general de baja energía.	0	1	2	3	4
74. Tensión arterial ligeramente alta.	0	1	2	3	4
75. Tos acompañada de flemas.	0	1	2	3	4
76. Dolor de estómago.	0	1	2	3	4
77. Sensación de inestabilidad en la marcha.	0	1	2	3	4
78. Inflamación de las articulaciones.	0	1	2	3	4
79. Granos en la piel nuevos o que reaparecen.	0	1	2	3	4
80. Sensaciones de picor en zona genital, que incitan a rascarse.	0	1	2	3	4
81. Adelanto del período.	0	1	2	3	4
82. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc) antes del período.	0	1	2	3	4
83. Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc) antes del período.	0	1	2	3	4
84. Flujo menstrual excesivo.	0	1	2	3	4

ANEXOS

85. Retraso del período entre 10 y 20 días.	0	1	2	3	4
86. Retraso del período de más de 20 días.	0	1	2	3	4
87. Hemorragias fuera del período.	0	1	2	3	4
88. Aumento de peso o hinchazón (de piernas, vientre, etc) antes o durante el período.	0	1	2	3	4
89. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc) durante el período.	0	1	2	3	4
90. Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc) durante el período.	0	1	2	3	4

OHI

Nombre y apellidos:

Curso:

Grupo:

Lea las afirmaciones de cada grupo y elija la que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana. Rodee con un círculo la letra (a, b, c o d) que se encuentre al lado de la frase elegida.

1. A) No me siento feliz
B) Me siento bastante feliz
C) Me siento muy feliz
D) Me siento increíblemente feliz

2. A) No soy especialmente optimista sobre el futuro
B) Me siento optimista sobre el futuro
C) Siento que tengo muchas cosas que esperar
D) Creo que el futuro está lleno de promesas y esperanza

3. A) No estoy realmente satisfecho con nada de mi vida
B) Estoy satisfecho con algunas cosas de mi vida
C) Estoy satisfecho con muchas cosas de mi vida
D) Estoy plenamente satisfecho con toda mi vida

4. A) Creo que no tengo un control especial sobre mi vida
B) Creo que controlo mi vida en parte
C) Creo que controlo mi vida casi siempre
D) Creo que controlo todos los aspectos de mi vida

5. A) No creo que la vida sea especialmente gratificadora
B) Creo que la vida es gratificadora
C) Creo que la vida es muy gratificadora
D) Creo que la vida está llena de gratificaciones

6. A) Mi forma de ser no me complace especialmente
B) Mi forma de ser me satisface
C) Mi forma de ser me satisface mucho
D) mi forma de ser me satisface muchísimo

7. A) Nunca he podido influir bien en los sucesos
B) A veces he influido bien en los sucesos
C) Con frecuencia influyo bien en los sucesos
D) Siempre influyo bien en los sucesos

8. A) Me las voy arreglando en la vida

ANEXOS

- B) La vida es buena
 - C) La vida es muy buena
 - D) La vida me encanta
9. A) No estoy realmente interesado en los demás
- B) Los demás me interesan bastante
 - C) Los demás me interesan mucho
 - D) los demás me interesan muchísimo
10. A) No es fácil tomar decisiones
- B) Me es bastante fácil tomar decisiones
 - C) Me es fácil tomar decisiones
 - D) Puedo tomar decisiones con toda facilidad
11. A) Me es difícil emprender cosas
- B) Me es bastante fácil empezar a hacer cosas
 - C) Me es fácil hacer cosas
 - D) Me siento capaz de emprender cualquier cosa
12. A) Rara vez me levanto sintiéndome descansado
- B) A veces me levanto sintiéndome descansado
 - C) Normalmente me levanto sintiéndome descansado
 - D) Siempre me levanto sintiéndome descansado
13. A) Siento que no tengo ninguna energía
- B) Me siento con un poco de energía
 - C) Me siento con mucha energía
 - D) Mi energía no tiene límites
14. A) No creo que las cosas tengan una chispa especial
- B) Encuentro belleza en algunas cosas
 - C) Encuentro belleza en algunas cosas
 - D) Todo lo que me rodea me parece bello
15. A) No me siento mentalmente abierta
- B) Me siento bastante alerta mentalmente
 - C) Me siento muy alerta mentalmente
 - D) Me siento plenamente alerta mentalmente
16. A) No creo estar especialmente sano
- B) Me siento bastante sano
 - C) Me siento muy sano
 - D) Estoy sanísimo
17. A) Mis sentimientos hacia los demás no son especialmente cordiales
- B) Tengo algunos sentimientos cordiales hacia los demás
 - C) Tengo sentimientos muy cordiales hacia los demás

ANEXOS

- D) Quiero a todo el mundo
18. A) No tengo recuerdos especialmente felices del pasado
B) Tengo algunos recuerdos felices del pasado
C) La mayoría de los sucesos del pasado parecen haber sido felices
D) Todos los recuerdos del pasado parecen haber sido inmensamente felices
19. A) Nunca me siento alegre o eufórico
B) A veces siento alegría y euforia
C) Con frecuencia siento alegría y euforia
D) Me encuentro en un estado permanente de alegría y euforia
20. A) Lo que he hecho no se parece en nada a lo que me gustaría hacer
B) He hecho algunas cosas que quería hacer
C) He hecho muchas cosas que quería hacer
D) Siempre he hecho todo lo que quería hacer
21. A) No puedo organizar mi tiempo muy bien
B) Organizo mi tiempo bastante bien
C) Organizo mi tiempo muy bien
D) Siempre encuentro tiempo para todo lo que quiero hacer
22. A) No me lo paso bien con otras personas
B) A veces me lo paso bien con otras personas
C) Con frecuencia me lo paso bien con otras personas
D) Siempre me lo paso bien con otras personas
23. A) No causo un efecto alegre en los demás
B) A veces causo un efecto alegre en los demás
C) Con frecuencia causo un efecto alegre en los demás
D) Siempre causo un efecto alegre en los demás
24. A) Mi vida carece de significado o de un propósito concreto
B) Tengo cierta sensación de significado y de propósito
C) Tengo una profunda sensación de significado y de propósito
D) Mi vida está llena de significado y de propósito
25. A) No tengo ninguna sensación especial de compromiso o de participación
B) A veces me comprometo y participo
C) Con frecuencia me comprometo y participo
D) Siempre me comprometo y participo
26. A) No creo que el mundo sea un buen lugar
B) Creo que el mundo es un lugar bastante bueno
C) Creo que el mundo es un lugar muy bueno
D) Creo que el mundo es un lugar excelente
27. A) Me río muy pocas veces

ANEXOS

- B) Me río bastante
 - C) Me río muchas veces
 - D) Siempre estoy riendo
28. A) No creo que sea una persona atractiva
- B) Creo que soy una persona bastante atractiva
 - C) Creo que soy una persona atractiva
 - D) Creo que soy una persona sumamente atractiva
29. A) No hay nada que encuentre divertido
- B) Encuentro que algunas cosas son divertidas
 - C) Encuentro que la mayoría de las cosas son divertidas
 - D) Cualquier cosa me divierte

ANEXO 3: ENTRENAMIENTOS

1. Entrenamiento en optimismo

Sesión 1: Dos formas de considerar la vida: estilo explicativo optimista versus estilo explicativo pesimista.

Con esta sesión se pretende dejar claro cuáles son las dos formas que hay de explicar los acontecimientos que nos ocurren en distintos contextos (estilo explicativo optimista versus estilo explicativo pesimista), así como las consecuencias de estas explicaciones para la salud y el rendimiento académico.

- Se analizan las ventajas e inconvenientes de cada estilo explicativo (en general) y se introduce un elemento muy importante: la posibilidad de cambiar.
- Se analizan los tres elementos (Interno-Externo; Global-Específico; Permanente-Temporal) del estilo explicativo optimista y del estilo explicativo pesimista y sus consecuencias para la salud y el rendimiento.
- Se le pide al estudiantado que pongan ejemplos de su propia vida y se intenta explicar si tienen estilos explicativos optimistas o pesimistas (llevar preparadas algunas situaciones que se les pueden generar y se analiza qué explicaciones dan).
 - Se les manda como tareas para casa el autorregistro del estilo explicativo que utilizan frente a los acontecimientos positivos y negativos (¿en qué contextos?). Quizá hacer algunas sugerencias concretas que puedan estar sujetas a interpretaciones pesimistas en distintos contextos.

Sesión 2: Generación de un estilo explicativo optimista.

Con esta sesión se pretende entrenar a la población adolescente para la detección y explicación de los pensamientos negativos y sus consecuencias, así como en la sustitución de éstos por pensamientos positivos que acarreen otras consecuencias.

- Se analizan los autorregistros del estilo explicativo teniendo en cuenta sobre todo las dimensiones Global-Específico y Permanente-Temporal para los acontecimientos negativos.
- Se entrena el cambio de pensamientos negativos por otros más positivos, a través de la metodología basada en el autorregistro ABCDE (en las dimensiones y

acontecimientos descritos en el punto precedente): Se identifican (A) las situaciones que provocan los pensamientos negativos, (B) los pensamientos negativos o estilo explicativo, (C) las consecuencias de esos pensamientos negativos, (D) se proponen pensamientos positivos alternativos y (E) se identifican las consecuencias de los nuevos pensamientos positivos.

- Se les manda como tareas para casa el autorregistro ABCDE frente a los acontecimientos negativos, en los contextos más importantes para las personas adolescentes. Se puede pensar en algunas situaciones concretas (incluir desde luego salud, rendimiento, contextos familiar y social).

Sesión 3: Consolidación de un estilo explicativo optimista.

Con esta sesión se pretende consolidar el cambio de pensamientos negativos en otros más positivos e intentar generalizar el procedimiento a los contextos de salud, educativo, familiar y social.

- Se analizan los autorregistros ABCDE y se hacen las correcciones necesarias acerca de sus interpretaciones, hasta que éstas sean positivas.
- Se practica con ejemplos usando el registro ABCDE en el contexto de salud.
- Se practica con ejemplos usando el registro ABCDE en relación con el rendimiento académico.
- Se practica con ejemplos usando el registro ABCDE en el contexto social.
- Se practica con ejemplos usando el registro ABCDE en el contexto familiar.

2. Entrenamiento en otras fortalezas

Sesión 1: Ser una misma y apreciar la felicidad.

Se parte de la idea de que las personas felices tienden a ser ellas mismas y a dar más importancia a la felicidad.

- Se analizan los autorregistros de las dos sesiones anteriores y se proponen sugerencias de mejora.
- Se trabaja la importancia de ser uno mismo: para ello se les pide a los adolescentes que se describan a sí mismos y luego se resalta la importancia de características

como la responsabilidad, la amabilidad, la honestidad, y algunas otras... para alcanzar la felicidad.

- Se trabaja en la importancia de apreciar la felicidad: para ello se intenta hacer conscientes a los adolescentes de lo importante que es apreciar la felicidad.

Se manda para casa un autorregistro para aumentar la conciencia de felicidad en distintas situaciones de la vida.

Sesión 2: Organizarse mejor y no agobiarse.

Se parte de la idea de que una buena organización disminuye la sensación de agobio e influye en la elección de mejores metas a medio y largo plazo.

- Se analiza el autorregistro de la sesión anterior y se proponen sugerencias de mejora.
- Se entrena al estudiantado en la elección de objetivos a medio y largo plazo.
- Se entrena al estudiantado en técnicas de gestión del tiempo y de técnicas de estudio.
 - Se mandan tareas para casa relacionadas con la planificación temporal de actividades escolares y no escolares.

Sesión 3: Ser más activo y permanecer ocupado y dar más tiempo a la vida social.

Se parte de la idea de que las personas felices llenan sus vidas de actividad y pasan mucho más tiempo realizando tareas que les parecen agradables y entretenidas. Por otra parte, una vida social satisfactoria contribuye al logro de la felicidad.

- Explicar la importancia de realizar actividades sociales y no sociales para ser más feliz. Que los estudiantes se den cuenta de que la mayoría de las actividades que nos hacen felices son gratuitas o poco costosas.
- Elaborar listas de actividades no sociales que les hacen felices y que se pueden realizar.
- Elaborar listas de actividades sociales que les hacen felices y que se pueden realizar.
 - Adquirir un compromiso sobre la realización concreta de algunas actividades hasta la siguiente sesión y anotar el tiempo que se dedica a cada una de ellas.

3. Entrenamiento en Reducción del Estrés

Sesión 1: La respiración diafragmática.

Con esta sesión se pretende dejar claro cuáles son las ventajas de respirar adecuadamente y ver los efectos que puede tener sobre la salud y sobre el rendimiento académico.

- Se analizan las ventajas de la respiración diafragmática que son:
 - Lleva gran cantidad de oxígeno a los pulmones
 - Ventila y limpia los pulmones
 - Activa la respuesta de relajación del organismo
 - Estimula al corazón y la circulación
 - Masajea los órganos
 - Ayuda al tránsito intestinal.
- Se analiza como practicar esta respiración correctamente y para ello se les da las siguientes instrucciones:
 1. Cuando estamos aprendiendo a realizar la respiración diafragmática es útil acostarse boca arriba cómodamente, y más adelante practicarla sentados, de pie, caminando... con la práctica la podréis incorporar a vuestra vida cotidiana. Para empezar, poned vuestras manos en el abdomen.
 2. Antes de empezar expulsar a fondo el aire de vuestros pulmones varias veces, podéis hacer algunos suspiros o exhalar por la boca. El objetivo es vaciar bien los pulmones de aire residual, lo cual automáticamente provocará la necesidad de inspirar más profundamente.
 3. Una vez provocado este impulso de respiración profunda, iniciar la respiración diafragmática dirigiendo el aire al inspirar “hacia vuestro abdomen” como si quisierais empujar hacia arriba vuestras manos que están sobre él.
 4. Retened unos instantes el aire en vuestros pulmones, brevemente, sin que haya presión.
 5. Cuando sintáis la necesidad de expulsar el aire, hacedlo relajando vuestro vientre (este se “desinflará” y las manos bajarán con él).
 6. Quedaros un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo os vais relajando, y en cuanto sintáis nuevamente el impulso de inspirar, hacedlo

profunda y lentamente volviendo a llenar vuestros pulmones mientras vuestro abdomen sube.

- Se harán ejercicios prácticos, en el gimnasio del centro, con todo el alumnado.
 - Se les da para que practiquen en casa un CD con un ejercicio grabado de respiración diafragmática, para que puedan hacerlo todos los días y se les pedirá que lo trabajen al menos durante 15 minutos hasta que finalice el tratamiento.

Sesión 2: La relajación.

Con esta sesión se pretende dejar claro cuáles son las ventajas de utilizar la relajación y ver los efectos que puede tener sobre la salud y sobre el rendimiento académico.

- Se analizan las ventajas de la relajación que son:
 - Libera tensiones y contracturas musculares.
 - Vasodilatación.
 - Mejora la circulación.
 - Disminuye la presión cardiaca.
 - Mejora la función ventilatoria gracias a la distensión muscular extrínseca (diafragma y músculos intercostales) y la relajación de los músculos intrínsecos del árbol bronquial.
 - Disminuye espasmos gástricos.
 - Mejora la digestión.
 - Disminuye cólicos y disurias.
 - Evita el gasto de energía innecesario.

- Se analiza qué es la relajación progresiva y como practicarla correctamente y para ello se les da unas recomendaciones sobre el lugar adecuado, la posición y la ropa y las instrucciones para ponerla en marcha que serían las siguientes:

Tensor de 5 a 7 segundos y contraer de 15 a 20 segundos los siguientes grupos musculares.

- 1. Mano y antebrazo dominante
- 2. Bíceps dominante
- 3. Mano y antebrazo no dominante

- 4. Bíceps no dominante
 - 5. Frente
 - 6. Parte superior de las mejillas y nariz
 - 7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas
 - 8. Cuello y garganta
 - 9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda
 - 10. Región abdominal o estomacal
 - 11. Muslo dominante
 - 12. Pantorrilla dominante
 - 13. Pie dominante
 - 14. Muslo dominante
 - 15. Pantorrilla no dominante
 - 16. Pie no dominante
- Se harán ejercicios prácticos, en el gimnasio del centro, con todo el alumnado.
 - Se les da para que practiquen en casa un CD con un ejercicio grabado de relajación progresiva, para que puedan hacerlo todos los días y se les pedirá que lo trabajen al menos durante 15 minutos hasta que finalice el tratamiento.

Sesión 3: Autoinstrucciones.

Con esta sesión se pretende consolidar introducir las autoinstrucciones como una herramienta para controlar el comportamiento, a través del lenguaje interno para ello:

- Se analiza qué es la técnica de las autoinstrucciones y que beneficios puede tener sobre la salud y sobre el rendimiento.
- Se explica el procedimiento para poner en marcha las autoinstrucciones y que consiste en:
 - 1º- El terapeuta actúa como modelo y lleva a cabo una tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo (Modelado cognitivo).
 - 2º- El alumnado lleva a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de éste (Guía externa en voz alta).
 - 3º- El alumnado lo vuelve a hacer mientras se dirige a sí mismo en voz alta (Autoinstrucciones en voz alta).

4°- Ahora el alumnado lleva a cabo la tarea de nuevo, pero sólo verbalizando en un tono muy bajo (autoinstrucciones enmascaradas).

5°- El alumnado guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea (autoinstrucciones encubiertas).

- Se practica con ejemplos variados, con todo el alumnado.
- Se manda un registro de autoinstrucciones para casa, en el cual deben de utilizar la técnica haciendo las tareas escolares.

4. Entrenamiento en Habilidades Sociales

Sesión 1: Habilidades Interpersonales.

En esta sesión se hace una introducción a las habilidades interpersonales, donde se explican que son las habilidades interpersonales, cuáles son sus características, la importancia de las habilidades, las ventajas de poseerlas y los inconvenientes de carecer de ellas. Además, se les explica qué es conducta verbal y no verbal y los tres estilos de comunicación que hay, (pasivo, agresivo y asertivo) y sus consecuencias en la comunicación con los demás, dejándoles claro que un estilo de comunicación asertivo es el tipo ideal siendo este un estilo de comunicación que respeta los intereses y sentimientos de los demás y los nuestros.

Como tarea para casa se les manda un autorregistro donde tienen que identificar la persona con la que se comunican o ellos o alguien de su entorno, ver el estilo que utiliza y los efectos que produce en las personas comunicadores, intentando mostrándoles así las ventajas de utilizar un estilo asertivo y los inconvenientes de utilizar los otros estilos.

Sesión 2: Habilidades para ligar.

Al inicio de esta sesión se corrigen las tareas mandadas a casa y se facilita que todos comenten sus ejemplos afianzando los conocimientos aprendidos sobre los estilos comunicativos y las ventajas de ser asertivos.

Seguidamente se les enseña habilidades concretar para presentarse, pedir una cita, iniciar, una conversación, mantenerla y finalizarla adecuadamente.

ANEXOS

Como tarea para casa se les pide a las personas participantes que practiquen todo lo aprendido en esta sesión con sus amistades, familiares, resto de acompañantes para afianzar el aprendizaje.

Sesión 3: Habilidades para negociar con los padres.

Al inicio de esta sesión se corrigen las tareas mandadas a casa y se facilita que todos comenten sus ejemplos afianzando los conocimientos aprendidos sobre las habilidades para ligar.

Seguidamente se les enseña habilidades concretas para negociar adecuadamente con los padres y madres, se les dice las ventajas y los inconvenientes de no negociar correctamente, además se les dan las instrucciones precisas para que negocien con sus madres y padres adecuadamente.

Como tarea para casa se les pide a los participantes que practiquen todo lo aprendido en esta sesión con sus padres y madres para afianzar el aprendizaje.

ANEXO 4: AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN OPTIMISMO

1. Autorregistro de pensamientos positivos

Acontecimiento	Pensamientos positivos	Consecuencias

2. Autorregistro de pensamientos negativos

Acontecimiento	Pensamientos negativos	Consecuencias

3. Autorregistro de cambio de pensamiento

Acontecimiento	Pensamientos negativos	Emociones	Consecuencias	Pensamiento alternativo positivo	Emociones	Consecuencias

ANEXO 5: AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN OTRAS FORTALEZAS

1. Autorregistro ser uno mismo

Cosas buenas que has pensado hoy sobre ti	Cosas que hayas agradecido o perdonado hoy	Cosas que has realizado de forma responsable	Actividades que has realizado con otras personas

2. Autorregistro para diseñar objetivos y gestionar adecuadamente el tiempo

Objetivos que te has marcado hoy y las acciones para conseguirlos	Listas y agendas que has utilizado hoy	Actividades que has realizado sin dejarlas para mañana

3. Autorregistro de actividades sociales

Cosas que has realizado tú solo	Cosas que has realizado con otras personas	Actividades en las que te has sentido bien

ANEXO 6: AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

1. Autorregistro de conducta verbal y no verbal

Cosas que dices en tus relaciones con otras personas	Qué expresa tu cuerpo, tu tono de voz y tus gestos en tus relaciones con otras personas	Cosas que se podían haber mejorado en tus relaciones sociales

2. Autorregistro de comportamientos asertivos

Situaciones en las que has utilizado los derechos de la persona asertiva	Situaciones en las que has dicho que no a otras personas	Situaciones en las que te has comportado de forma asertiva

3. Autorregistro de conversaciones y elogios

Cómo has iniciado conversaciones con otras personas	Qué has dicho para mantener conversaciones con otras personas	Cómo has finalizado las conversaciones con otras personas	Elogios que has dado o recibido de otras personas

ANEXO 7: AUTORREGISTROS DEL ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS PARA REDUCIR EL ESTRÉS**1. Autorregistro de respiración diafragmática**

Tiempo diario que has empleado en la respiración	De1 a 10 cuánto has conseguido relajarte	Situaciones en las que podías haber podido utilizar la respiración

2. Autorregistro de relajación

Tiempo diario que has empleado en las distintas relajaciones	Situaciones en las que has podido utilizar la relajación de Jacobson	Situaciones en las que has podido utilizar la relajación pasiva	De 1 a 10 cuánto has conseguido relajarte tras las diferentes relajaciones

3. Autorregistro de autoinstrucciones

Situaciones en las que has utilizado las autoinstrucciones	Palabras internas que has utilizado	De 1 a 10 cuánto has conseguido afrontar la tarea

