

Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos

Eduardo Remor*, Montserrat Amorós Gómez y José Antonio Carroble

Universidad Autónoma de Madrid

Resumen: La investigación tuvo como objetivo evaluar un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de los recursos psicológicos (RP). Se evaluó su efecto sobre diferentes variables de resultado (estado de ánimo; RP; estrés; optimismo; satisfacción con la vida; depresión; ansiedad-insomnio, disfunción social, síntomas somáticos; quejas de salud). Se utilizó un diseño cuasi-experimental. La muestra A (n=22) se compuso de individuos saludables españoles y el diseño fue pre-intervención-post y seguimiento (3 meses); la muestra B (n=14) estuvo formada por individuos españoles con esclerosis múltiple y se aplicó el mismo diseño que en la muestra A; la muestra C (n=24) se compuso de individuos saludables salvadoreños y fue pre-intervención-post con grupo cuasi-control. Los resultados indicaron un efecto positivo del programa sobre el estado de ánimo en cada sesión para las tres muestras ($p < .05$). En la Muestra A se identificó un efecto sobre el optimismo, sentido del humor, vitalidad, amar y dejarse amar y satisfacción con la vida. En la Muestra B hubo un efecto sobre el autocontrol, inteligencia social, estrés y quejas de salud. Y en la Muestra C se observó un efecto superior para el grupo experimental en relación al grupo control para el optimismo, solución de problemas y RP, y una disminución del estrés, depresión y síntomas somáticos. Dichos resultados avalan la eficacia del programa de intervención utilizado.

Palabras clave: Intervención; grupo; adultos; potenciación; fortalezas.

Title: Effectiveness of a standardized group program intervention for the empowerment of strengths and personal resources.

Abstract: The research aims to evaluate a manualized intervention group program for the empowerment of the psychological resources (PR) and personal strengths for adults, during a period of ten weeks. Different outcome variables were measured as outcome (mood states; PR; perceived stress; dispositional optimism; satisfaction with life; general mental health [depression, anxiety and insomnia, social dysfunction, somatic symptoms]; subjective health complaints). Quasi-experimental design was employed. For the sample A (n=22, Spanish healthy adults) the design was pre-intervention-post and a 3 months follow up, and sample B (n=14, Spanish multiple sclerosis patients) received the same design as sample A; sample C (n=24, Salvadorians healthy adults) design was pre-intervention-post with non-equivalent control group. The results showed a positive effect on mood before and after each session of the program for the three samples ($p < .05$). In addition, an intervention effect has been identified on the variables optimism, sense of humor, vitality, love and satisfaction with life for Sample A. For Sample B an effect was shown in the variables self-control, social intelligence, stress and subjective health complaints. And for Sample C a greater effect has been shown for the experimental group in relation to the control group for the variables optimism, problems solving, and the global score of PR, and a decrease in stress, depression, and psychosomatic symptoms was shown as well. These results endorse the efficacy of the intervention program employed.

Key words: Intervention; group; adults; empowerment; strengths.

Las fortalezas y recursos psicológicos se podrían conceptualizar como características positivas de la personalidad que pueden actuar dirigiendo u organizando el comportamiento en diferentes situaciones. Son características disposicionales que se repiten a lo largo del tiempo y en distintas situaciones, y que se desarrollan o se modifican a partir de las interacciones del individuo con otros individuos o con el entorno.

Diferentes estudios han descrito las fortalezas y recursos psicológicos como factores de protección humana contra la adversidad y el infortunio. Concretamente, se ha observado un efecto protector del optimismo disposicional sobre la adaptación a la adversidad y la superación de los problemas de salud e intervenciones quirúrgicas médicas (Scheier y Carver, 1985, 1987, 1989; Remor, Amorós y Carroble, 2006); un efecto potenciador del optimismo disposicional sobre la capacidad para disminuir la grasa saturada, grasa corporal y el índice de riesgo cardiovascular, y aumentar la capacidad aeróbica en pacientes cardíacos que se sometieron a un programa de rehabilitación cardíaca (Shepperd, Maroto y Pbert, 1996); y el estilo atribucional optimista parece contribuir a ralentizar la progresión de la Infección por VIH y Sida (Tomakowsky, Lumley, Markowitz y Frank, 2001). Por otra parte, las fortalezas de carácter, como apreciación de la

belleza, valor, curiosidad, imparcialidad, perdón, gratitud, humor, amabilidad, ganas de aprender y espiritualidad, parecen contribuir en la recuperación de una enfermedad grave (Peterson, Park y Seligman, 2006); y la capacidad de perdón parece tener un efecto sobre el rasgo de ira, la experiencia de estrés y la depresión, así como sobre indicadores fisiológicos como la reactividad del cortisol en personas que han sido víctimas de algún tipo de violencia o vejación (Harris y Thorenson, 2005; Harris *et al.*, 2006). Para una revisión adicional de diferentes estudios ver Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald (2000).

Las evidencias aportadas por los variados trabajos de investigación han abierto una vía para el desarrollo de intervenciones psicológicas que intenten fomentar o entrenar a las personas en las más diversas fortalezas o recursos psicológicos, como una alternativa para la promoción del bienestar y la salud.

En este sentido, Fordyce (1977, 1983, 1995) desarrolló un programa breve para aumentar la felicidad, enseñando algunas actitudes fundamentales que según el autor, las personas deben desarrollar para ser felices (por ejemplo, estar más activo y ocupado; dedicar tiempo a la socialización; dar un significado al trabajo, y ser productivo; ser organizado y planificar las acciones; y parar de pensar en los problemas sin solución). Las personas que participaron en el programa incrementaron la felicidad en comparación al grupo control.

* **Dirección para correspondencia** [Correspondence address]:
Eduardo Remor. Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. C/ Ivan Pavlov nº 6. Universidad Autónoma de Madrid. 28049 Madrid (España). E-mail: eduardo.remor@uam.es

Seligman, Steen, Park y Peterson (2005), por otra parte, se propusieron estudiar el efecto de unas actividades concretas para aumentar la felicidad, a través de una intervención suministrada vía web (*internet-based intervention*), las actividades fueron las siguientes: escribir una carta de gratitud y entregarla personalmente; pensar y registrar tres cosas positivas ocurridas durante el día; redactar un escrito con su mejor recuerdo donde se reflejen sus fortalezas; usar una de sus cinco mejores fortalezas de una manera nueva; identificar sus cinco mejores fortalezas y utilizarlas con mayor frecuencia durante una semana. Para comparar los resultados se añadió un ejercicio placebo de control. Los resultados que obtuvieron fueron que se incrementó la felicidad y decrecieron los síntomas depresivos después de seis meses de seguimiento para los ejercicios: usar una fortaleza de una manera nueva y registrar tres cosas positivas ocurridas durante el día. Para el ejercicio de la gratitud los cambios positivos duraron un mes después de su realización. Los demás ejercicios, así como el ejercicio placebo de control mostraron efectos positivos transitorios.

Murria y Pigott (2006), llevaron a cabo un curso académico de 20 horas llamado "psicología de la felicidad", en el cual participaron adultos que aprendieron estrategias para aumentar la felicidad que habían demostrado eficacia previa. La evaluación del efecto del curso identificó un cambio en el nivel de felicidad de los participantes evaluados por el *Oxford Happiness Questionnaire*, y el *Subjective Happiness Scale*.

Rolo y Gould (2006), realizaron una intervención para incrementar la esperanza en relación a metas deportivas en atletas universitarios. La muestra fue asignada a un grupo experimental (intervención promotora de esperanza) y otra a un grupo control sin intervención. Los resultados antes de la intervención no presentaron diferencias significativas entre los grupos, por lo que respecta a las variables analizadas, pero después de la finalización de la intervención que duró seis semanas (dos sesiones semanales, 12 en total) el grupo experimental había incrementado las puntuaciones significativamente.

Kirsten y Plessis (2006), desarrollaron un programa de nueve sesiones para promover bienestar y reducir síntomas de trastornos alimentarios en población subclínica (*Weight Over-concern and Well-being Programme*, WOW). El programa parte de un modelo mixto: salutogénico (promoción del autoconcepto, crecimiento personal, manejo del entorno, proyectos vitales, relaciones interpersonales y autonomía) y patogénico (reducción de síntomas subclínicos). El programa tuvo éxito, ya que incrementó el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, redujo los síntomas subclínicos del trastorno alimentario, y disminuyó la insatisfacción con el cuerpo.

Zygoris (2007), realizó una intervención de 6 semanas de duración con pacientes con problemas de alcohol, abuso de drogas y trastornos de la alimentación, la muestra estaba formada por 30 participantes, en la intervención se potenciaba e incrementaba la concienciación del problema, fortalecimiento de la cooperación en grupo, mentalidad abierta, o

flexibilidad, así como el pensamiento positivo y la esperanza. Los resultados indicaron un efecto positivo de la intervención.

En la línea de las investigaciones anteriores de promoción y potenciación de los recursos psicológicos para el incremento del bienestar y de la salud, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos dirigido a adultos (Amóros-Gómez y Remor, 2006), administrado semanalmente durante un periodo de diez semanas en diferentes muestras (individuos saludables, individuos enfermos: esclerosis múltiple), y evaluar su efecto en distintas variables de resultado.

Método

Participantes

Muestra A. Constituida por 22 estudiantes universitarios madrileños, veinte mujeres y dos hombres, con edades comprendidas entre 20 y 27 años (media 21,5).

Muestra B. Constituida por 14 adultos con esclerosis múltiple, once mujeres y tres hombres y atendidos en un hospital del extrarradio de la Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre 23 y 54 años (media 38,4).

Muestra C. Constituida por 24 estudiantes universitarios salvadoreños, veinte mujeres y cuatro hombres, con edades comprendidas entre los 20 y 29 años (media 22,8), y divididos no aleatoriamente a dos grupos: experimental y cuasi-control.

No hubo rechazo de participación en ninguna de las muestras, pero hubo mortandad muestral entre las medidas pre y post intervención para las muestras A ($n = 1$), B ($n = 2$) y C ($n = 9$). No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones del pretest de los participantes que abandonaron el estudio.

Diseño y procedimiento

La investigación empleó una metodología cuasi-experimental y se llevó a cabo durante el periodo de Octubre de 2005 y Junio de 2006. Para las muestras A y B se empleó un diseño cuasi-experimental de grupo único con medidas repetidas (pre- post y seguimiento a los 3 meses), y para la muestra C un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas pretest-intervención-posttest con grupo de control no equivalente (sin intervención).

La captación de los participantes españoles en el estudio piloto (Muestra A) se hizo en la Facultad de Psicología de una universidad madrileña, se ofreció la actividad como un seminario alternativo en una asignatura de grado, y la participación fue voluntaria. Para la muestra de participantes con esclerosis múltiple (Muestra B) la captación se hizo en un hospital madrileño donde recibían tratamiento, en acuerdo con el servicio médico especializado. La participación fue voluntaria. Para la muestra de estudiantes de El Salvador,

Centroamérica (Muestra C) la captación se hizo en las Facultades de Medicina, Nutrición y Fisioterapia de una universidad de San Salvador y la participación fue igualmente voluntaria. Para la participación se solicitó el consentimiento informado por escrito. Para la muestra A (grupo piloto), las sesiones fueron grabadas en video con autorización de los participantes, para fines de supervisión. En todos los grupos experimentales, durante la primera sesión del programa, se realizó la presentación de todos los participantes, así como de las terapeutas, se recogieron los datos de los cuestionarios pretest, y se resolvieron posibles dudas de los participantes. Seguidamente, se inició el Programa de potenciación de los recursos psicológicos, las sesiones fueron semanales extendiéndose durante diez semanas. Al final de la sesión 10 se realizó el posttest, para los grupos de intervención, y a los tres meses la evaluación de seguimiento para las muestras A y B. Para el grupo control de la muestra C las evaluaciones pre y posttest se hicieron en la misma semana que en el grupo experimental. Una vez, terminada la fase de recogida de datos, éstos fueron analizados en el programa estadístico SPSS/PC Versión 14.

Cada grupo estuvo coordinado por una pareja de monitoras, licenciadas en psicología y entrenadas para desarrollar la intervención. El programa fue manualizado antes de la aplicación piloto, para permitir su estandarización y replicación en diferentes poblaciones.

Variables e instrumentos

Para evaluar la eficacia del programa de intervención se tuvieron en cuenta las siguientes medidas de resultado (entre paréntesis se presentan los alfas de Chronbach de los instrumentos para la presente muestra separando España/El Salvador):

- *Estado de ánimo*. Se midió el estado de ánimo antes y después de cada sesión, mediante una única escala visual analógica (EVA) de 1 'estado de ánimo negativo' a 10 'estado de ánimo positivo'.
- *Recursos Psicológicos* (alfa total .94/.96). Evaluados con la versión preliminar del Inventario de Recursos Psicológicos (IRP-77), de Martínez de Serrano (2007), que incluye las siguientes dimensiones: Optimismo, Sentido del humor, Espiritualidad, Valor, Perdón, Creatividad, Vitalidad, Justicia, Autocontrol, Inteligencia social, Solución de problemas, Amar y dejarse amar, Mentalidad abierta, Inteligencia emocional.
- *Estrés Percibido* (alfa .63/.59). Evaluado con la Escala de Estrés Percibido versión de 10 ítems (PSS-10) versión española y validación de Remor (2006).
- *Optimismo Disposicional* (alfa .78/.75). Evaluado con el Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R, 10 ítems), versión española y validación de Ferrando, Chico y Tous (2002)
- *Satisfacción con la Vida* (alfa .84/.95). Evaluada con la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS, 5 ítems), versión española y validación de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000).

- *Salud mental general* (*Ansiedad e insomnio* (alfa .89/.70); *Disfunción social* (alfa .80/.70); *Depresión grave* (alfa .82/.85); *Síntomas somáticos* (alfa .74/.89)). Evaluada con la versión de 28 ítems del Cuestionario General de Salud (GHQ-28), versión española y validación de Lobo y Muñoz (1996).
- *Quejas de Salud Subjetivas* (alfa .66/.69). Evaluadas con el Inventario de Quejas de Salud Subjetivas (Subjective Health Complaint, SHC, 29 ítems) de Eriksen, Ihdeback y Ursin (1999), versión española adaptada por Remor y Amorós (2006).

Programa de intervención

El programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de los recursos psicológicos (Amorós-Gómez y Remor, 2006) consiste en 10 sesiones de periodicidad semanal con una duración de 90 minutos cada una. Cada sesión está estructurada y pauta, dispone de un manual de intervención y fichas de trabajo para los participantes. El programa se centra en la enseñanza de las habilidades que favorecen la identificación, el aprendizaje y la potenciación de los recursos psicológicos (comunicación asertiva y empatía, optimismo y afrontamiento positivo, perdón y gratitud, vitalidad y entusiasmo) mediante la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales que los monitores pueden adaptar fácilmente a la dinámica particular de cada grupo.

Concretamente el programa trata los siguientes contenidos distribuidos en las diez sesiones: a) Conocer qué son los recursos psicológicos, b) Tomar conciencia de la importancia de los recursos psicológicos, c) Conocer la relación que se establece entre el uso de los recursos psicológicos, salud, y bienestar subjetivo, d) Diferenciar los estilos de comunicación personales: agresivo, tímido y asertivo, e) Desarrollar estrategias de afrontamiento óptimo de los problemas, f) Identificar las claves para el desarrollo del entusiasmo y la vitalidad, g) Tomar conciencia de la importancia de la capacidad de perdonar, h) Conocer las diferencias entre los pensamientos positivos y negativos y el efecto que pueden tener sobre la salud y el bienestar subjetivo, i) Conocer la importancia de dar y de recibir elogios, j) Conocer y evaluar los logros personales y las capacidades para conseguirlos, k) Adquirir y/o mejorar la capacidad de respiración y relajación.

El programa de intervención pasó por un proceso de validación de contenido con interjueces (psicólogos clínicos expertos externos al estudio, n=5), antes de desarrollarse el estudio piloto (Muestra A). Después de presentar a los expertos el programa se les pidió que valoraran por escrito la viabilidad y utilidad del programa, y sugerencias de modificaciones sobre el contenido de las sesiones, la conveniencia del marco teórico con los contenidos de la intervención, la adecuación de trabajar los recursos psicológicos propuestos en el programa, y sugerencias generales. Esta información se ha descrito anteriormente en detalle en Amorós-Gómez, Remor y Carroble (2005) y Remor (2008).

Resultados

Aplicación del programa en universitarios españoles (Muestra A)

El primer análisis que se llevó a cabo fue la valoración del efecto de las sesiones del programa individualmente sobre el estado de ánimo de los participantes. Durante el desarrollo del programa, se les solicitó a los participantes que valoraran su estado de ánimo en base a una Escala Visual

Análoga (EVA) de 1 (estado de ánimo negativo) a 10 (estado de ánimo positivo) antes y después de cada sesión del programa. Como se puede ver en la Tabla 1 en todas las sesiones se observa un incremento en el estado de ánimo antes y después de cada sesión. Las diferencias entre dichas puntuaciones han sido estadísticamente significativas (Prueba no paramétrica de Wilcoxon; todas $p < .05$). Es decir, cada una de las sesiones logró incrementar de manera positiva el estado de ánimo de los participantes.

Tabla 1: Comparación del estado de ánimo (EVA, 1 a 10) antes y después de cada una de las sesiones para cada muestra (estadístico no paramétrico de Wilcoxon).

Sesión	Muestra A			Muestra B			Muestra C		
	Antes	Después	Z (p)	Antes	Después	Z (p)	Antes	Después	Z (p)
S1	6.26	6.87	-2.913 (.004)**	5.36	6.79	-3.166 (.001)**	6.25	7.58	-2.724 (.006)**
S2	5.82	6.45	-2.442 (.015)*	4.92	6.46	-2.836 (.005)**	7.08	8.42	-2.714 (.007)**
S3	5.72	6.94	-2.954 (.003)**	5.54	7	-2.571 (.010)*	7.55	8.73	-2.460 (.014)*
S4	6.42	7.16	-2.507 (.012)*	5.73	6.91	-2.489 (.013)*	8	8.92	-2.428 (.015)*
S5	5.76	7.24	-3.407 (.001)**	5.8	7.1	-2.588 (.010)*	8	9.18	-2.565 (.010)*
S6	6.6	8.4	-3.717 (.000)**	6.09	7.9	-2.701 (.007)**	8.08	9.42	-2.877 (.004)**
S7	5.38	7.67	-3.857 (.000)**	5.18	7.27	-2.968 (.003)**	8.45	9.55	-2.401 (.016)*
S8	6.29	6.95	-2.837 (.005)**	5.91	7.27	-2.461 (.014)*	8.09	9.36	-2.565 (.010)*
S9	6.11	6.67	-2.640 (.008)**	6.42	7.67	-2.714 (.007)**	8.6	9.6	-2.428 (.015)*
S10	6.45	7.23	-3.169 (.002)**	6.4	7.21	-2.414 (.016)*	9	9.58	-2.070 (.038)*

Nota: Para la muestra B, se incluyó una sesión informativa sobre la enfermedad entre las sesiones 1 y 2 coordinada por un neurólogo especialista. La evaluación del estado de ánimo (1 a 10) antes y después para esta sesión no fue significativa ($Z = -0.812, p = .417$). ** $p < .01$; * $p < .05$.

Por otra parte, para valorar los posibles cambios en los participantes una vez finalizado el programa, se compararon las puntuaciones en las medidas de resultado pre-post con el estadístico no paramétrico de Wilcoxon y las medidas pre-post-seguimiento (a los tres meses) con el estadístico no paramétrico para medidas repetidas de Friedman. En la Tabla 2 se presentan los estadísticos para las variables de resultado (IRP-77; PSS-10; LOT-R; SWLS; GHQ-28; SHC) en los diferentes momentos de evaluación.

Como se puede observar en la Tabla 2 los participantes, una vez finalizado el programa han mostrado un incremento significativo en el optimismo, sentido del humor, vitalidad, amar y dejarse amar y en la puntuación total del Inventario de Recursos Psicológicos. Estos cambios positivos se mantuvieron a los tres meses con excepción de la puntuación total del IRP-77. Además, se observa que tras la intervención ha aumentado significativamente la satisfacción con la vida, sin embargo estos cambios no se mantienen en el seguimiento. Se observa además una disminución de la disfunción

social en el post, pero no se mantiene en el seguimiento. Como efecto no esperado se observa un aumento significativo de la ansiedad e insomnio en el post, pero se reduce significativamente en el seguimiento. Se han visto incrementadas las variables— valor, perdón, solución de problemas, optimismo disposicional — y otras reducidas — estrés, depresión, quejas de salud subjetivas — en el posttest y/o seguimiento, no obstante no se alcanza un nivel de significación estadístico para poder afirmar la validez de estos cambios.

No se han observado cambios estadísticamente significativos para las demás variables de resultado.

Aplicación del programa en personas con esclerosis múltiple (Muestra B)

El estudio con 14 pacientes con esclerosis múltiple, se llevó a cabo en el mismo hospital donde recibían atención médica, el objetivo fue valorar la utilidad del programa para personas con un problema de salud grave.

Tabla 2: Resumen de los estadísticos descriptivos en los tres momentos de evaluación del programa para la Muestra A (estudiantes españoles).

	Pre Media (DT)	Post Media (DT)	Prueba de Wilcoxon# Z (p). n=22	Seguimiento Media (DT)	Prueba de Friedman# Chi-cuadrado (p). n=10
Recursos Psicológicos (1)					
Optimismo	55.5 (12.6)	60.8 (18.0)	-1.96 (.049)*	63.0 (27.0)	10.94 (.004)**
Sentido humor	71.6 (12.3)	77.4 (15.8)	-2.42 (.015)*	76.3 (18.8)	7.38(.025)*
Espiritualidad	31.5 (17.5)	31.0 (19.2)	n.s.	25.5 (21.1)	n.s.
Valor	60.8 (15.6)	65.6 (16.8)	-1.66 (.097)+	61.6 (22.4)	n.s.
Perdón	68.9 (12.8)	71.7 (14.1)	n.s.	75.5 (17.9)	5.17 (.076)+
Creatividad	64.2 (14.3)	67.3 (17.2)	n.s.	65.3 (18.8)	n.s.
Vitalidad	60.6 (16.2)	66.9 (18.0)	-2.14 (.032)*	63.8 (19.4)	7.29 (.026)*
Justicia	72.4 (11.8)	72.1 (13.4)	n.s.	74.6 (20.8)	n.s.
Autocontrol	51.5 (18.7)	55.4 (17.8)	n.s.	51.3 (22.8)	n.s.
Inteligencia Social	70.7 (19.5)	73.7 (17.3)	n.s.	81.1 (16.6)	n.s.
Solución de problemas	68.6 (12.0)	71.2 (15.1)	n.s.	74.1 (12.0)	5.84 (.054)+
Amar y dejarse amar	81.3 (18.9)	83.3(18.0)	n.s.	82.2 (19.0)	9.25 (.026)*
Mentalidad abierta	66.6 (21.6)	68.1 (18.5)	n.s.	63.3 (24.6)	n.s.
Inteligencia emocional	73.7 (13.9)	76.2 (16.1)	n.s.	73.3 (17.5)	n.s.
IRP -77 Total	63.2 (8.7)	66.7 (12.5)	-2.37 (.018)*	65.3 (16.1)	4.66 (.097)*
PSS-10					
Estrés percibido	17.5 (4.3)	15.4 (3.6)	-1.92 (.054)+	16.5 (1.99)	n.s.
LOT-R					
Optimismo disposicional	15.1 (2.9)	16.5 (4.0)	-1.91 (.056)+	13.8 (5.15)	n.s.
SWLS					
Satisfacción con la vida	12.7 (2.9)	14.2 (3.1)	-2.81 (.005)**	12.9 (4.53)	n.s.
GHQ-28					
Ansiedad e insomnio	4.7 (4.2)	10.4 (2.9)	-3.70 (.000)**	5.7 (4.80)	8.88 (.012)*
Disfunción Social	6.6 (1.8)	5.5 (1.9)	-2.29 (.022)*	7.0 (4.74)	n.s.
Depresión Grave	1.2 (3.0)	0.4 (1.3)	-1.82 (.068)+	1.4 (2.95)	n.s.
Síntomas somáticos	4.8 (2.1)	4.0 (2.5)	n.s.	4.3 (1.57)	n.s.
SHC					
Quejas de salud subjetivas	11.5 (4.8)	11.6 (6.0)	n.s.	10.4 (5.94)	5.47 (.065)+

Nota: (1) a mayor puntuación mayor frecuencia en la variable; # Prueba no paramétrica para muestras relacionadas; ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$ (n.s.); n.s.= no significativo

En la Tabla 1 se presenta los resultados del estado de ánimo antes y después de cada sesión. Como se puede observar en todas las sesiones se identifica un incremento significativo del estado de ánimo al finalizar la sesión (todas $p < .05$), excepto para el módulo especial, donde las diferencias no fueron estadísticamente significativas (como cabría esperar por su contenido). El módulo especial acoplado al programa, consistió en una sesión informativa sobre la enfermedad impartida por un neurólogo especialista.

Los estadísticos descriptivos para las demás variables de resultado del programa en los diferentes momentos temporales: antes, después y en el seguimiento a los tres meses del programa se presentan en la Tabla 3.

En la Tabla 3 podemos identificar que los participantes, una vez finalizado el programa han mostrado un incremento en el autocontrol, que se mantiene en el seguimiento. Como efectos no esperados están una disminución de la inteligencia social, y la capacidad para amar y dejarse amar (ambas subescalas están relacionadas en su definición, y quizás el deterioro de la enfermedad afecte en alguna medida al individuo favoreciendo el aislamiento, la disminución del con-

tacto y las relaciones interpersonales). Por otra parte, ha disminuido a corto plazo la experiencia de estrés, depresión y las quejas de salud subjetivas, éstas últimas en más de la mitad. Sin embargo, este efecto no se ha mantenido en el seguimiento (este resultado puede estar asociado al curso de la enfermedad de esclerosis múltiple que puede suponer un deterioro progresivo). No se han observado cambios estadísticamente significativos para las demás variables de resultado.

Aplicación del programa en universitarios salvadoreños (Muestra C)

Cambio del estado de ánimo antes y después de las sesiones de tratamiento.- En lo que se refiere a los cambios en el estado de ánimo antes y después de las sesiones de tratamiento (ver Tabla 1), se observa un efecto de incremento en la variable estado de ánimo al finalizar la sesión, replicándose los resultados observados en las muestras A y B. Las diferencias entre antes y después son todas estadísticamente significativas ($p < .05$).

Tabla 3: Resumen de los estadísticos descriptivos en los tres momentos de evaluación del programa para la muestra B (Esclerosis múltiple).

	Pre Media (DT)	Post Media (DT)	Prueba de Wilcoxon# Z (p). n = 14	Seguimiento Media (DT)	Prueba de Friedman# Chi-cuadrado (p). n = 11
Recursos psicológicos (1)					
Optimismo	61.3 (15.6)	62.5 (12.6)	n.s.	59.8 (14.6)	n.s.
Sentido humor	63.8 (11.8)	65.4 (11.8)	n.s.	67.8 (23.9)	n.s.
Espiritualidad	44.8 (15.9)	47.2 (25.2)	n.s.	59.6 (47.4)	n.s.
Valor	57.9 (20.0)	59.5 (10.9)	n.s.	61.6 (10.9)	n.s.
Perdón	66.2 (9.4)	68.2 (13.3)	n.s.	69.4 (14.6)	n.s.
Creatividad	62.5 (16.8)	64.2 (16.0)	n.s.	60.0 (16.3)	n.s.
Vitalidad	52.7 (13.7)	50.3 (16.0)	n.s.	43.9 (14.7)	n.s.
Justicia	84.1 (12.0)	79.0 (14.5)	n.s.	78.6 (12.4)	n.s.
Autocontrol	55.0 (11.5)	60.4 (13.1)	-2.38 (.017)*	56.0 (14.1)	5.87 (.053)+
Inteligencia social	77.7 (11.5)	73.0 (16.1)	n.s.	69.7 (12.2)	8.06 (.018)*
Solución de problemas	71.4 (12.9)	72.0 (16.5)	n.s.	71.2 (18.0)	n.s.
Amar y dejarse amar	87.3 (15.0)	83.3 (17.2)	n.s.	78.7 (16.0)	11.41 (.010)*
Mentalidad abierta	77.7 (13.8)	72.2 (12.1)	-1.72 (.08)+	68.6 (9.7)	n.s.
Inteligencia emocional	75.2 (12.1)	71.4 (13.5)	n.s.	68.8 (14.6)	n.s.
IRP-77 Total	66.0 (9.2)	64.4 (9.8)	n.s.	64.6 (9.7)	n.s.
PSS-10					
Estrés percibido	18.6 (5.0)	17.7 (3.6)	n.s.	19.4 (3.2)	6.78 (.034)*
LOT-R					
Optimismo disposicional	13.3 (5.0)	12.6 (4.8)	n.s.	12.5 (4.1)	n.s.
SWLS					
Satisfacción con la vida	11.0 (3.6)	10.9 (3.7)	n.s.	10.0 (3.7)	n.s.
GHQ-28					
Ansiedad e insomnio	8.1 (4.9)	5.5 (3.2)	-2.31 (.021)*	8.0 (4.2)	4.78 (.091)+
Disfunción Social	8.5 (3.0)	6.7 (2.0)	n.s.	9.5 (3.1)	n.s.
Depresión Grave	3.9 (4.3)	2.0 (2.6)	-2.23 (.025)*	2.7 (2.0)	n.s.
Síntomas somáticos	7.4 (3.8)	6.7 (2.8)	n.s.	10.0 (5.7)	n.s.
SHC					
Quejas de salud subjetivas	14.6 (8.0)	6.7 (2.8)	-3.11 (.002)**	18.0 (10.1)	12.69 (.002)**

Nota: (1) a mayor puntuación mayor frecuencia en la variable; # Prueba no paramétrica para muestras relacionadas; ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$ (n.s.); n.s.= no significativo.

Cambios antes y después de la intervención para el grupo de tratamiento.- Se observó un cambio significativo (prueba de Wilcoxon) comparando las puntuaciones antes y después de la intervención para las siguientes variables: estrés percibido (diferencia de medias 5.4, $Z = -2.81$; $p = .005$); optimismo disposicional (diferencia de medias -3.1, $Z = -2.53$; $p = .011$); satisfacción con la vida (diferencia de medias -2.4, $Z = -2.61$; $p = .009$); depresión (GHQ-28, diferencia de medias 5.4, $Z = -3.07$; $p = .002$), ansiedad e insomnio (GHQ-28, diferencia de medias 3.6, $Z = -2.50$; $p = .025$), disfunción social (GHQ-28, diferencia de medias 4.9, $Z = -2.45$; $p = .025$), síntomas somáticos (GHQ-28, diferencia de medias 1.8, $Z = -2.37$; $p = .018$); quejas de salud subjetivas (diferencia de medias 4, $Z = -2.14$; $p = .032$); IRP77-Optimismo (diferencia de medias -11.6, $Z = -2.86$; $p = .004$); IRP77-Sentido del humor (diferencia de medias -8.4, $Z = -2.00$; $p = .045$); IRP77- vitalidad (diferencia de medias -8.3, $Z = -2.07$; $p = .038$); IRP77-autocontrol (diferencia de medias -12.2, $Z = -2.95$; $p = .003$), y IRP-77 Puntuación total (diferencia de medias -6.6, $Z = -3.05$; $p = .002$).

Eficacia del grupo de tratamiento con el programa frente al grupo cuasi-control sin intervención.- Teniendo en cuenta el diseño de

investigación empleado y las diferencias en las puntuaciones del pre-test entre los grupos está recomendado el uso del ANCOVA (análisis de covarianza) con el objeto de separar el efecto del tratamiento (programa) del efecto de las diferencias en la selección de los participantes (Cook y Campbell, 1979; pág. 149). Por lo tanto, siguiendo las directrices de Cook y Campbell (1979; pág. 153) para comprobar la eficacia del tratamiento se realizó un análisis de variancia sobre el post-test incluyendo como covariable las puntuaciones de los participantes en el pretest. En la Tabla 4 se presentan los resultados globales del ANCOVA para todas las variables de resultado.

Aunque se observa unas puntuaciones favorables para el grupo experimental en relación al grupo cuasi-control para todas las variables de resultado, solamente se ha observado un efecto estadísticamente significativo para las siguientes variables: optimismo, solución de problemas, recursos psicológicos generales, estrés, depresión y síntomas somáticos. El tamaño del efecto (η^2 cuadrado parcial) resultó bajo, entre 0.16 y 0.34.

Con relación al resultado sobre el Optimismo subescala del IRP-77, después de controlar por los niveles del 'optimismo pre-test' (covariable), se observó un efecto significa-

tivo de la intervención sobre el 'optimismo post-test' ($F_{(1,24)} = 11.142$, $p = .03$). Es decir, los participantes que recibieron la intervención aumentaron significativamente el nivel de

optimismo al finalizar el programa, en comparación con el grupo cuasi-control que no recibió la intervención.

Tabla 4: ANCOVA: Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las medidas de resultado post tratamiento para el grupo experimental y cuasi-control, muestra C (estudiantes salvadoreños).

Medida	Post test		F	Eta cuadrado parcial#
	Experimental (n=12)	Cuasi-control (n=12)		
Recursos Psicológicos (1)				
Optimismo	86.3 (12.1)	78.0 (12.4)	11.142*	.347
Sentido del Humor	74.7 (16.7)	63.0 (14.9)	3.999*	.160
Espiritualidad	76.8 (20.7)	75.0 (20.1)	n.s.	
Valor	71.7 (12.4)	77.7 (14.4)	n.s.	
Perdón	74.6 (3.3)	67.1 (25.0)	n.s.	
Creatividad	76.6 (17.4)	73.3 (13.3)	n.s.	
Vitalidad	68.0 (12.7)	71.2 (13.3)	n.s.	
Justicia	86.6 (12.7)	78.3 (17.7)	n.s.	
Autocontrol	62.7 (12.7)	63.8 (15.4)	n.s.	
Inteligencia Social	78.7 (17.3)	77.7 (18.9)	n.s.	
Solución de problemas	82.6 (17.4)	71.5 (12.0)	6.661*	.241
Amar y dejarse amar	84.2 (11.0)	77.7 (18.9)	n.s.	
Mentalidad abierta	78.7 (17.3)	75.0 (13.5)	n.s.	
Inteligencia emocional	75.9 (16.9)	76.8 (14.5)	n.s.	
IRP-77 Total	78.0 (11.6)	71.9 (12.8)	6.021*	.231
PSS-10: Estrés percibido	15.2 (2.1)	16.1 (3.5)	4.014*	.167
LOT-R: Optimismo disposicional	17.6 (2.6)	17.4 (2.5)	n.s.	
SWLS: Satisfacción con la vida	14.1 (2.0)	14.2 (3.4)	n.s.	
GHQ-28				
Ansiedad e insomnio	5.4 (3.1)	3.5 (2.3)	n.s.	
Disfunción Social	5 (3.6)	5.1 (1.9)	n.s.	
Depresión Grave	3.5 (2.3)	1.0(3.1)	6.500*	.236
Síntomas somáticos	1.4 (3.6)	5.3 (2.4)	5.182*	.206
SHC: Quejas de Salud subjetivas	11.5 (5.5)	9.5 (7.4)	n.s.	

Nota: (1) a mayor puntuación mayor frecuencia en la variable; ** $p < .01$; * $p < .05$; #tamaño del efecto; n.s. = no significativo.

Para la subescala Sentido del humor del IRP-77, después de controlar por los niveles del 'sentido del humor pre-test' (covariable), se observó un efecto significativo de la intervención sobre el 'sentido del humor post-test' ($F_{(1,24)} = 3.999$, $p = .05$). Es decir, los que participaron en la intervención incrementaron significativamente el nivel de sentido del humor al concluir el programa, en comparación con el grupo cuasi-control que no recibió la intervención.

En la subescala de Solución de problemas del IRP-77, puede observarse un efecto significativo de la intervención sobre el 'solución de problemas post-test', después de controlar por los niveles del 'solución de problemas pre-test' (covariable), $F_{(1,24)} = 6.661$, $p = .017$. En este sentido, los participantes que recibieron la intervención mejoraron significativamente la habilidad de solución de problemas al finalizar el programa, en comparación con el grupo que no recibió la intervención.

Con relación al nivel general de Recursos Psicológicos (IRP-77 total), puede apreciarse que la intervención ha tenido un efecto significativo de sobre el 'IRP-77 total post-test' después de controlar por los niveles del 'IRP-77 total pre-test' (covariable), $F_{(1,23)} = 6.021$, $p = .023$. Por lo tanto, los participantes que recibieron la intervención mejoraron significativamente su nivel general de recursos psicológicos al

finalizar el programa, en comparación con el grupo cuasi-control que no participó en el programa

El resultado sobre el Estrés percibido, indica que la intervención tiene un efecto significativo sobre el 'estrés percibido post-test', después de controlar por los niveles del 'estrés percibido pre-test' (covariable), $F_{(1,23)} = 4.014$, $p = .05$. En otras palabras, los participantes que recibieron tratamiento con el programa disminuyeron significativamente los niveles de estrés al finalizar éste, en comparación con el grupo cuasi-control.

Para la variable Depresión grave (GHQ-28), se observó un efecto de la intervención sobre la 'depresión grave post-test' después de controlar por los niveles de la 'depresión grave pre-test' (covariable), $F_{(1,24)} = 6.500$, $p = .019$. Es decir, los participantes que recibieron tratamiento con el programa disminuyeron significativamente el nivel de depresión al finalizar éste, en comparación con el grupo que no recibió la intervención.

Por último, con relación a la variable Síntomas somáticos, hemos observado que hay un efecto significativo de la intervención sobre los 'síntomas somáticos post-test' después de controlar por los niveles del 'síntomas somáticos pre-test' (covariable), $F_{(1,23)} = 5.182$, $p = .034$. Por lo tanto, los participantes que recibieron el programa de intervención

disminuyeron significativamente la experiencia de síntomas somáticos al finalizar el programa, en comparación con el que no recibió la intervención.

Discusión

De modo general, tal y como se puede valorar a través de los resultados en las diferentes muestras, la intervención se ha mostrado eficaz para incrementar el estado de ánimo en los participantes del programa, y por otra parte, también ha logrado la potenciación de los recursos psicológicos, de entre los cuales cabe destacar el aumento del optimismo, del sentido del humor, de la capacidad de solución de problemas, y del autocontrol. Así mismo, el programa ha logrado la disminución del estrés percibido, de la depresión, y de los síntomas somáticos y de las quejas de salud de los participantes del programa.

No obstante, el programa no tuvo un efecto significativo homogéneo para las tres muestras de esta investigación, es decir, no se observó un cambio en las mismas variables de resultado para las tres muestras; quizás esto esté relacionado con las características individuales de cada grupo y del contexto donde se llevaron a cabo el programa. Por ejemplo, la muestra de pacientes con esclerosis múltiple es la que menor número de variables de resultado han cambiado significativamente tras el programa. Sin embargo, si tenemos en cuenta que se trata de una enfermedad grave y con cierto grado de incontrolabilidad sobre la progresión de la enfermedad, el hecho de que los participantes presenten un mayor grado de autocontrol al finalizar el programa puede ser un aliciente suficiente para seguir investigando con la intervención. Estudios anteriores (Taylor, 1983) han aportado evidencias de que la percepción de control (independiente de que pueda ser una ilusión de control), estaba asociada a un ajuste más saludable a la enfermedad grave. De hecho en el presente estudio está asociado el aumento del autocontrol a corto plazo con la disminución del estrés, de la ansiedad e insomnio, de la depresión y de las quejas de salud subjetivas en los participantes.

Comparando los resultados observados para las muestras independientes de individuos saludables (españoles y salvadoreños), podemos valorar un efecto favorable a corto plazo para el programa, coincidiendo en el aumento de los recursos psicológicos como optimismo, sentido del humor, vitalidad y el nivel general de recursos psicológicos, también el optimismo disposicional y la satisfacción con la vida, y por otra parte, disminuyendo el nivel de estrés, de depresión y de disfunción social, en ambas muestras. Los resultados para la muestra de El Salvador, comparando grupo experimental y cuasi-control, nos permiten identificar que el grupo experimental supera positivamente al grupo control en las variables optimismo, sentido del humor, solución de problemas e índice general de recursos psicológicos. Así mismo, el grupo

experimental disminuye significativamente el nivel de estrés y de síntomas somáticos en comparación con el cuasi-control. Sin embargo, el nivel de depresión parece ser mayor en el grupo experimental que en el cuasi-control tras la intervención, pero una observación más en detalle permite identificar que el grupo experimental inicialmente tiene puntuaciones muy superiores en las dimensiones negativas (estrés, indicadores de salud mental y quejas de salud) en relación al grupo cuasi-control. Esto quizás se deba a las limitaciones del diseño empleado que dio la oportunidad a los individuos más necesitados de apoyo emocional a que se concentraran en el grupo de intervención. Aunque teniendo en cuenta el proceso del grupo de intervención por separado se valora un descenso importante en la depresión entre la medida pre y post (se reduce a la mitad).

A pesar de que los resultados aquí presentados son preliminares, creemos que son suficientes para afirmar que la investigación válida y aporta información sobre la utilidad del programa diseñado.

Como limitación, y a la luz de los resultados obtenidos hasta el momento, el efecto del programa se establece en mayor medida a corto plazo. Otros programas con objetivos similares también han obtenido resultados con el mismo patrón, por ejemplo, Seligman, Steen, Park y Peterson (2005).

Entre las líneas futuras de investigación sobre el programa se pueden plantear: homogenizar el diseño en la investigación procurando establecer un grupo control para todas las muestras, la aleatorización en la asignación de los participantes, el aumento del número de participantes y en contextos no universitarios. Por otra parte intentar valorar si los cambios globales observados en las variables de resultado pueden deberse o estar mediados por el grado de cambio en el estado de ánimo.

En resumen, nos parece oportuno afirmar, que estos resultados aunque preliminares son bastante alentadores y nos llevan a recomendar la aplicación del programa en otros contextos a fin de seguir valorando los beneficios de dicha intervención como una estrategia para la promoción de la salud y del bienestar psicológico.

Agradecimientos.- Los autores agradecen a la Dra. Blanca Aracely Martínez de Serrano (Universidad de El Salvador) y a Marta Cerezo García, por su participación como co-monitoras del programa junto con la Dra. Montse Amorós Gómez. Y a los psicólogos clínicos expertos que participaron en el proceso de validación de contenido del programa: Dra. Pilar Arranz, Dra. Begoña Carbelo Baquero, Miguel Costa Cabanillas, Carolina del Rincón, Helena García Llana. Al equipo del Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Getafe (Madrid) por el apoyo al estudio y acceso a la muestra clínica, y al cuerpo docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador por el apoyo al programa llevado a cabo en esta Universidad.

Referencias

- Amorós-Gomez, M. y Remor, E. (2006). *Manual del Programa de intervención en grupo para la potenciación de los recursos psicológicos*. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Documento policopiado.
- Amorós-Gómez, M., Remor, E. y Carrobes, J.A. (2005). Intervention Program For Promotion of Psychological Resources in Adults: Working in Progress. *The Fourth International Positive Psychology Summit*. University of Toyota/The Gallup Organization; 29-2 October 2005, Washington, DC, USA.
- Atiienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de Satisfacción con la vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 314-319.
- Cook, T. y Campbell, D. (1979). *Quasi-experimentation: Design & Analysis Issues for Field Settings*. USA: Houghton Mifflin Company.
- Ferrando, P.J., Chico, E., y Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation test. *Psicothema*, 14 (3), 673-680.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., y Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 63-72.
- Harris, A. H. S., Luskin, F., Norman, S. B., Standard, S., Bruning, J., Evans, S., et al. (2006). Effects of a group forgiveness intervention on forgiveness, perceived stress, and trait-anger. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (6), 715-733.
- Harris, A. H. S., y Thoresen, C.E. (2005). Forgiveness, unforgiveness, health, and disease. En: E.L. Worthington (Ed.) *The Handbook of Forgiveness* (pp. 321-333). New York: Brunner/Routledge.
- Kirsten, D., y Plessis W.D. (2006, Julio). A secondary prevention programme to promote psychological well-being and reduce sub-clinical eating disorder symptoms. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Lobo, A., y Muñoz, P.E. (1996). *Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Martínez de Serrano, B.A. (2007). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de los recursos psicológicos: Inventario de Recursos Psicológicos – 77 ítems (IRP-77). *Tesis doctoral no publicada*. Universidad Autónoma de Madrid, Cantoblanco: Madrid.
- Murria, R., y Pigott, R. (2006, Julio). A Ten Session course designed to raise the level of happiness in adults. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M.E.P. (2006) Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1): 17-26.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93.
- Remor, E. (2008). Contribuciones de la Psicología Positiva al ámbito de la Psicología de la Salud y Medicina Conductual. En: C. Vazquez & G. Hervás. *Psicología Positiva Aplicada*. (pp. 191-216). DDB: Bilbao.
- Remor, E. y Amorós-Gomez, M. (2006). Versión en español del Subjective Health Complaints Inventory (Inventario de Quejas de Salud Subjetivas). Documento electrónico On-line. Consultado en 15 de Marzo de 2009 <http://www.uib.no/insuhc/html/instruments.html>
- Remor, E., Amorós, M. y Carrobes, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22 (1), 37-44.
- Rolo, C. y Gould, D. (2006, Julio). An intervention for fostering hope, athletic and academic performance in university studentathletes. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho, Braga, Portugal.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and Health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1989). Dispositional Optimism and recovery from Coronary Artery Bypass Surgery: The beneficial effects on Physical and Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-421.
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J., y Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30 (4), 517-534.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E. y Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusion and health. *American Psychologist*, 55 (1), 99-109.
- Tomakowsky, J., Lumley, M. A., Markowitz, N., y Frank, C. (2001). Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 51 (4), 577-587.
- Zygouris, N. (2007, April). Reflection as a positive psychology intervention in addiction treatment: Building upon the strengths. *Comunicación presentada en el 1st Applied Positive Psychology Conference*, Coventry, UK.

(Artículo recibido: 17-3-2009; revisado: 3-11-09; aceptado: 10-11-2009)