

Estudio exploratorio sobre la Terapia del Bienestar en la autogestión del estrés y el bienestar psicológico en población subclínica.

LAURA RODRÍGUEZ-VERDURA⁶

Universidad de A Coruña

RESUMEN

Se presenta un proyecto de investigación para estudiar los efectos de un programa de prevención basado en la terapia de bienestar. Veinte adolescentes con edades entre 12 y 15 años, con altos niveles de estrés, y en situación de riesgo para los trastornos de ansiedad y / o depresión, participarán en el proyecto. Con el fin de evitar estas psicopatologías, se organizarán dos grupos de participantes, uno de control y otro experimental. En ambos grupos, se tomarán medidas de depresión, ansiedad, reactividad al estrés, estrategias de afrontamiento y las expectativas de autoeficacia y de bienestar. Se tomarán las medidas en la fase de pretratamiento, postratamiento y fase de seguimiento del grupo experimental.

Palabras Clave: Terapia de bienestar, Psicología positiva, adolescentes, población subclínica, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

A research project to study the effects of a prevention program based on Wellness Therapy is presented. Twenty adolescents with ages ranged from 12 to 15 years, with high levels of stress, and at risk for anxiety disorders and / or depression, will participate in the project. In order to prevent these psychopathologies, two groups of participants will be established, one control and one experimental. In both groups, measures of depression, anxiety, stress reactivity, coping strategies and self-efficacy expectations and welfare will be

⁶ Contacto: laura.rodver@gmail.com

taken. The measures will be taken in the pretreatment phase, posttreatment phase and follow-up of the experimental group.

Keywords: Wellness therapy, positive psychology, adolescents, subclinical population, anxiety, depression.

Hace unas décadas, los epidemiólogos alertaban sobre el desplazamiento producido en los patrones de morbilidad y mortalidad, cambiando el foco de enfermedades infecciosas a crónicas. A partir de entonces, empieza a tomarse conciencia de la relación existente entre las principales causas de muerte y la conducta. Y así, se inicia el cambio del modelo biomédico al modelo biopsicosocial (Martínez y Fernández, 1994), que incide en la importancia de los factores psico-sociales en la promoción de salud, la prevención de la enfermedad y los procesos de recuperación. Lo que se traduce, por extensión, en la asunción de un rol más activo en la gestión de la salud propia.

Por otra parte, la OMS (2004; Hosman, Jané-Llopis, y Saxena, 2005) publicaba que cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad y muerte prematura en el mundo se deben a condiciones psiquiátricas. A lo que añadía que teniendo en cuenta las limitaciones actuales existentes en la efectividad de los tratamientos aplicados para reducir la discapacidad asociada a los trastornos mentales y de conducta, el único método sostenible para reducir la carga de estas patologías es la prevención; que radica en el concepto de salud pública y tiene por objeto reducir la incidencia de las enfermedades mentales, permitiendo que las personas mejoren su salud mientras aumentan el control que ejercen sobre ella. En un sentido paralelo, la promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva y tiene por objeto aumentarla, incidiendo sobre los determinantes de salud mental, esto sería; reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la expectativa de salud entre los países y grupos sociales (Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud, OMS, 1997; *op. cit.*, OMS, 2004; Hosman, Jané-Llopis, y Saxena, 2005).

En este contexto, se inscribe el inicio formal de la Psicología Positiva (PsP *en adelante*); centrada en el estudio de las fortalezas, potencialidades y virtudes humanas. El objeto que persigue es la identificación y operativización de los factores protectores de la salud física y mental. Para aumentar también, la comprensión de los aspectos clínicos (Vázquez, Hervás, y Ho, 2006). En oposición a las intervenciones dirigidas a reducir los síntomas, problemas o desórdenes mentales, desde esta perspectiva las terapias se orientan a aumentar

los sentimientos, pensamientos o comportamientos positivos (Lyubomirsky's, 2009, *op. cit.*, Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit y Bohlmeijer, 2013).

Uno de los objetos de estudio centrales dentro de este campo emergente es el del bienestar. En el estudio del bienestar se proponen dos perspectivas complementarias: una relacionada con la felicidad -bienestar hedónico o subjetivo- y otra relacionada con el desarrollo del potencial humano -bienestar eudaimónico o psicológico-.

El bienestar subjetivo incluye dos elementos: (a) el balance afectivo, que se obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones negativas, y (b) la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo. Por otra parte, el bienestar psicológico estudia el desarrollo de las capacidades humanas y el crecimiento personal como principales indicadores del funcionamiento óptimo humano. Tanto si es evaluado desde una perspectiva hedónica como eudaimónica, el bienestar parece jugar un importante papel en la prevención y recuperación de enfermedades -no solo mentales, sino también- físicas, permitiendo probablemente un incremento en la esperanza de vida (Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009).

Carol Ryff, una de las autoras destacadas en la perspectiva eudaimónica, define el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de la persona (Ryff, 1989, *op. cit.*, Ryff, 2013). Ryff propone un modelo -integrado- de bienestar en el que presenta las seis dimensiones del funcionamiento óptimo psicológico. Estas son (Díaz, Rodríguez- Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y Dierendonck, 2006):

- *Auto-aceptación*: Como una auto-evaluación que incluye el conocimiento y la aceptación de las debilidades y fortalezas propias a lo largo del ciclo vital.
- *Relaciones positivas con las otras personas*: Tener la capacidad de amar, de entablar y mantener relaciones sociales auténticas y duraderas.
- *Autonomía*: Sostener la propia individualidad en las diferentes situaciones sociales, asentándose en las propias convicciones y manteniendo la independencia. Las personas con autonomía resisten mejor a la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento.
- *Dominio del entorno*: Habilidad para elegir y crear entornos en los que satisfacer los propios deseos y necesidades. Poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten más capacitadas para influir en su entorno.

- *Propósito en la vida*: Capacidad de marcarse metas y planificarse para alcanzarlas.
- *Crecimiento personal*: Empeño en desarrollar las propias potencialidades, apertura a la experiencia y al conocimiento.

Basándose en el modelo de Riff, Fava y Ruini (2003) proponen la Terapia del Bienestar (TB *en adelante*) que tiene por objeto potenciar el bienestar; (a) mejorando la conciencia de los momentos positivos, (b) discutiendo y modificando los pensamientos automáticos/irracionales que bloquean las experiencias positivas, y (c) mejorando las carencias de la persona en las 6 áreas del bienestar propuestas por Ryff.

BIENESTAR VS. MALESTAR EN LA ADOLESCENCIA

Siendo la adolescencia una importante etapa del ciclo vital humano en el que se producen intensos cambios físicos –p.ej., desarrollo de caracteres sexuales, aumento de peso y talla-, y psico-sociales –p.ej., configuración de la identidad, desarrollo moral, asunción de nuevos roles- (Iglesias, 2013), con la consecuente emergencia de nuevas pautas comportamentales; supone una importante oportunidad para la prevención y la intervención temprana (Tomba, Belaisea, Ottolini, Ruini, Bravi, Albieri, Rafanelli, Caffo y Fava, 2010). Ya que una inadecuada gestión de esos cambios puede producir elevados niveles de estrés, además de otras psicopatologías como la ansiedad y la depresión, derivadas del mal afrontamiento del mismo.

Al aparecer generalmente los trastornos de ansiedad durante la infancia y la adolescencia (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012), siendo las psicopatologías de mayor prevalencia-, y a la vista de que éstos suelen preceder a la depresión – que supone la primera causa de discapacidad en Europa-, se destaca la importancia y el potencial de los programas preventivos dirigidos a niños y adolescentes de riesgo como estrategia destacada para reducir la incidencia de depresión (OMS, 2005)

En el modelo de *Afrontamiento* transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984, *op. cit.*, González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002) el estrés es definido como los esfuerzos cognitivo-conductuales que la persona realiza de continuo para manejar las demandas –externas e internas-, que según la evaluación que realiza, exceden sus recursos personales.

Esta respuesta puede verse atenuada o incrementada, entre otros factores, por las estrategias personales de afrontamiento utilizadas ante las experiencias

estresantes; que actúan protegiendo nuestra salud o predisponiendo a la enfermedad. En adolescentes, las estrategias de afrontamiento parecen ser el resultado de aprendizajes realizados de experiencias anteriores, que irán constituyendo un estilo de afrontamiento predominante (González, *et. al.*, 2002). Según González y cols. (2002), las estrategias de afrontamiento están relacionadas con el bienestar; a este respecto, se ha observado que los adolescentes recurren a diferentes estrategias de afrontamiento según el nivel de bienestar. Así por ej., el alto bienestar se relaciona con estrategias de afrontamiento activas, mientras que las estrategias de afrontamiento de evitación se relacionan con un bajo bienestar. Dado que las estrategias de afrontamiento del estrés no son variables fijas de la personalidad, son susceptibles de experimentar modificaciones.

Otro factor mediador en la respuesta del estrés son las expectativas de autoeficacia de afrontamiento del estrés. Desde la *Teoría Social Cognitiva* de Bandura (1986, 1988, *op. cit.* Wiedenfel, O'Leary, Bandura, Brown, Levine, y Raska, 1990) se plantea que la autoeficacia percibida puede ejercer control sobre los eventos potencialmente amenazantes, jugando un papel central en las reacciones del estrés. A este respecto un relevante estudio transcultural realizado por Luszczynska, Gutiérrez- Dona y Schwarzer (2005) ha señalado las personas con un sentido de auto-eficacia elevado mostraban una elevada correlación positiva con variables como optimismo, auto-regulación, auto-estima y orientación al futuro, y negativa con depresión y ansiedad. El estudio demostró también que un elevado sentido de auto-eficacia se relacionaba con bajo afecto negativo, alto afecto positivo, mayores logros y mayor grado de satisfacción vital.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En la pasada década, se han llevado a cabo numerosas intervenciones dirigidas específicamente a promover la mejora del bienestar emocional en personas sin problemas psicológicos (véase, por ejemplo, Vázquez, Hervás, y Ho, 2006). Por otra parte, tal y como señala un reciente trabajo, algunos países de nuestro entorno más próximo, como Reino Unido y Escocia, han empezado a incluir el bienestar y salud mental positiva como elementos y objetivos relevantes en la toma de decisiones políticas y macroeconómicas. Incluso prestigiosos organismos internacionales como las Naciones Unidas, ha decidido introducir medidas de bienestar subjetivo como indicadores adicionales de desarrollo humano (Vázquez, 2013). Estos hechos dejan entrever que los esfuerzos de la PsP en la promoción de la salud y el bienestar son cada vez más recocidos por diferentes sectores sociales, políticos, académicos y económicos.

Las terapias planteadas desde la PsP han demostrado ser efectivas en la mejora del bienestar subjetivo y el bienestar psicológico, reduciendo además los síntomas depresivos. En el contexto de la Salud Pública, las intervenciones planteadas desde la PsP podrían ser utilizadas como herramientas preventivas, accesibles y no estigmatizadas (Bolier *et. al.*, 2013). Por otra parte, la TB desarrollada por Fava y cols. (1998, *op. cit.* Vázquez, Hervás y Ho, 2006) que fue planteada inicialmente para la prevención de recaídas en pacientes con trastornos afectivos que al terminar el tratamiento farmacológico, experimentaban síntomas residuales, ha demostrado ser eficaz también en el tratamiento de otros desórdenes, como en el trastorno de ansiedad generalizada o en el trastorno por estrés post-traumático (Biswas-Diener, 2011) y para la prevención de recaídas en personas con depresión mayor en periodos de dos a seis años (Ryff, 2013).

Recientemente, esta terapia ha sido adaptada para ser aplicada en contextos educativos - en formato grupal- a población infantil y adolescente, no clínica (Ryff, 2006). Así, se han desarrollado dos estudios piloto que aunque requieren la confirmación de futuras investigaciones, obtuvieron resultados muy prometedores. Las intervenciones basadas en la TB aplicadas en colegios (Tomba *et. al.*, 2010) e institutos (Ruini *et. al.*, 2009) han demostrado una eficacia significativa en la promoción del bienestar psicológico (especialmente en la dimensión de crecimiento personal) y en la reducción del estrés negativo (principalmente en ansiedad y somatización).

Estas investigaciones, suponen un intento por ampliar y superar la función las instituciones educativas. Más allá de concentrar sus esfuerzos en el desarrollo del aprendizaje y los procesos educativos, lo que se pretende es (re)conceptualizar la labor de los centros de enseñanza hacia un modelo de “instituciones positivas” que promuevan el desarrollo humano y social óptimo del alumnado. Esto puede ser muy oportuno a la vista del aumento de casos de *bulling* en los insitutos, dificultades educativas y comportamentales, abandono escolar (Ruini, *et. al.*, 2009) y el cada vez más temprano consumo de alcohol y estupefacientes, la asunción conductas sexuales de riesgo, trastornos de alimentación, etc. Por todo ello, las instituciones de enseñanza obligatoria suponen un lugar especialmente indicado para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud.

Siendo estrés y bienestar constructos mutuamente excluyentes (Ryff, 2013), se plantea esta intervención basada en la TB para promover el bienestar psicológico en población subclínica, y prevenir al mismo tiempo, conductas de riesgo y posibles psicopatologías futuras derivas del estrés y la mala gestión del mismo. Por otra parte, es importante avanzar en el diagnóstico de los recursos

cognitivos y afectivos con los que cuentan los adolescentes de cara al diseño de programas promotores de habilidades protectoras para su desarrollo, y que les permitan asumir una autonomía responsable y un rol activo y protagonista en su proceso de desarrollo -en los diferentes contextos en lo que éste tiene lugar-. Sin embargo, aunque son muchas las investigaciones que destacan la importancia de promover factores protectores, aún son pocos los estudios controlados que evalúen la eficacia de este tipo de intervenciones sobre población adolescente.

Así, pues, la presente memoria tiene como finalidad diseñar un estudio exploratorio que permita conocer la eficacia un programa protocolizado basado en la TB teniendo en cuenta el vacío existente en población juvenil subclínica con elevados niveles de estrés. Aunque la mayoría de las intervenciones preventivas aplicadas en este sector poblacional se han centrado en la identificación y modificación de factores de riesgo (véase p. ej., Tomba *et.al.*, 2010), con el presente proyecto pretende llevarse a cabo una propuesta que incide en la promoción de una salud global positiva y en la prevención de trastornos de ansiedad y depresión. Además de incrementar el bienestar y comprobar la presumible reducción de los niveles basales de estrés en la población diana, adicionalmente; se procurará verificar si la aplicación en pequeños grupos de la intervención promoverá cambios significativos favorables en el desarrollo de expectativas de autoeficacia y en las estrategias de afrontamiento.

Así, pues, la importancia de este proyecto radica en (a) la novedad del tema ante la ausencia de estudios en este campo; (b) la relevancia que tiene su impacto en un sector poblacional de riesgo -psicopatologías, consumo de sustancias tóxicas, etc.-, (c) la normalización/instauración de este tipo de intervenciones en instituciones públicas ampliando su ámbito de acción también a sectores sociales desfavorecidos y (d) e el ahorro económico que supone al sistema sanitario público toda intervención preventiva frente al tratamiento de un trastorno totalmente instaurado.

OBJETIVOS

A la vista del estado de la investigación relacionada con la TB, el presente estudio exploratorio pretende alcanzar una serie de objetivos que permitan desvelar una serie de cuestiones, a saber:

- a) Evaluar diversas variables psicológicas en una muestra de jóvenes. a.1.
Conocer la incidencia de ansiedad y depresión.
- a.2. Examinar la relación entre estrés, expectativas de autoeficacia de afrontamiento del estrés y estrategias de afrontamiento, bienestar

psicológico y bienestar subjetivo en el sector poblacional objeto de estudio.

- b) Valorar la eficacia de un programa protocolizado basado en la TB, aplicado por primera vez en población subclínica adolescente.
 - b.1. Estudiar la utilidad del programa para reducir los niveles de emocionalidad negativa, más concretamente, el estrés.
 - b.2. Indagar si la TB permite incrementar los niveles de bienestar psicológico y bienestar subjetivo en la población objeto.
 - b.3. Valorar los posibles cambios en las expectativas de autoeficacia y las estrategias de afrontamiento tras la aplicación de la TB.
 - b.4. Prevenir posibles psicopatologías futuras –ansiedad y depresión–.

MÉTODO

Participantes

La muestra se conformará por alumnas/os de diferentes institutos de la Comunidad de Galicia de edades comprendidas entre los 12 y los 15 años que voluntariamente, y habiendo sido previamente informados del protocolo y la investigación que se llevará a cabo, accedan a participar en la investigación.

Para la selección de la muestra se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión/exclusión: (a) entrar dentro del rango de edad arriba indicado, (b) no tener trastornos psicopatológicos diagnosticados, (c) no estar recibiendo ningún tratamiento psicológico, (d) no estar recibiendo ningún tratamiento psicofarmacológico y (e) no padecer enfermedades físicas crónicas que puedan interferir en los resultados.

Variables

Las distintas evaluaciones que se realizarán en este estudio requieren la toma medida de diversas variables (tabla I). Para el desarrollo de este estudio de investigación se considerarán como variables dependientes: ansiedad, depresión, grado de reactividad al estrés, estrategias de afrontamiento, expectativas de autoeficacia, bienestar psicológico y bienestar subjetivo. Las probables variables extrañas a controlar por eliminación son los niveles clínicos de ansiedad y depresión. Como variable independiente se encuentra el programa

de intervención, con dos niveles que se corresponderán con las dos situaciones experimentales que se proponen. Éstas serían:

- Nivel 1: No intervención.
- Nivel 2: Aplicación del programa

Instrumentos

Para la recogida de datos y la operativización de las variables se utilizarán los siguientes instrumentos.

Variable	Instrumento de medida
Ansiedad	Escala HAD
Depresión	Escala HAD
Estrés	Escala IRE-32
Estrategias de Afrontamiento	Cuestionario COPE-d
Expectativas de autoeficacia	Escala EAEAE
Bienestar Psicológico	Escala de bienestar psicológico
Bienestar Subjetivo	Escala de satisfacción vital

Tabla I. Variables a evaluar en la investigación

- IRE-32 (Rivera, L. 1981). Para evaluar el grado de reactividad del estrés en el plano cognitivo, vegetativo, conductual, emocional y motor. Consta de 32 ítems, con una fiabilidad de entre 0.70 y 0.80. (De Rivera, L., 2010)
- The Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD. (Versión de Tejero, et al. 1986). Utilizado para evaluar estados de ansiedad y depresión en enfermos físicos y mentales, y también en población general. Consta de dos subescalas, formadas por 7 ítems cada una. Las propiedades psicométricas de esta escala parecen ser adecuadas, mostrando una fiabilidad de 0.80 para cada una de las subescalas y una validez de 0.70 (Terol, López-Roig, Rodríguez-Marín, Martín- Aragón, Pastor, y Reig, 2007).
- Cuestionario de Estilos de Afrontamiento, COPE-d (Adaptación de Crespo y Cruzado, 1997). Sirve para detectar el estilo de afrontamiento predominante (positivo, negativo, centrado en el problema, y centrado en la emoción) y/o estrategias concretas ante situaciones de estrés. Consta de 60 ítems, con opciones de respuestas tipo Likert de 4 alternativas. Su consistencia interna es entre 0,45-0,92; la fiabilidad test-retest entre 0,46 y 0,86 (en 8 semanas), y de entre 0,42 y 0,89 (a las 6 semanas). De aplicación

a población general. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas tanto en población española como no española. (Godoy, Godoy, López-Chicheri, Martínez, Gutiérrez y Vázquez, 2008).

- Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés, EAEAE (Godoy, et. al. 2008). Permite medir el grado de autoeficacia específica percibida para el afrontamiento del estrés. Consta de 8 ítems, 4 de los cuales evalúan el componente de expectativas de eficacia y los 4 restantes, las expectativas de resultado. Las respuestas se presentan en formato Likert con 5 alternativas. Presenta una elevada consistencia interna, con un valor de coeficiente alfa de 0.75, y un alto grado de relación entre las dos mitades, con un valor de coeficiente de correlación de 0.79.
- Adaptación al castellano de la escala de bienestar psicológico. Versión de Van Dierendonck (2004). Evalúa la posición de la persona en cada una de las seis dimensiones teóricas de Ryff. El instrumento cuenta con 6 escalas y 39 ítems totales, que se responden con un formato tipo Likert de 6 alternativas. Los niveles de consistencia interna muestran valores en *alfa de Cronbach* de 0.84 a 0.70, y buen ajuste al modelo teórico. (Díaz, et. al., 2006).
- Escala para medir el bienestar subjetivo o escala de satisfacción vital. (Diener et. al., 1985). Usada para jóvenes y adultos, y permite valorar a partir de 5 ítems, el grado en que la persona está satisfecha con su vida general, a partir de una escala tipo Likert con 7 alternativas de respuesta. Sus propiedades psicométricas han sido establecidas tanto en población española como no española (Godoy et.al., 2006).

Diseño

El estudio se pretende llevar en varias etapas: (a) Estudio descriptivo y correlacional con toda la muestra reclutada (Tabla II) y (b) estudio experimental donde se tomarán medidas de diversas variables así como la aplicación del programa de intervención, en las fases de pretratamiento, postratamiento y seguimiento (Tabla III).

En la primera, etapa se realiza el reclutamiento, de una amplia muestra de adolescentes. Además, de obtener los principales datos socio-biográficos se obtendrán medidas en ansiedad y depresión con el HAD. La principal finalidad en la primera fase consiste en explorar las relaciones entre diversas variables

durante ese período de tiempo, lo que permite solamente un grado de control medio sobre las variables.

Para desarrollar la segunda etapa se recurre a un determinado tipo de diseño experimental de comparación entre grupos, más concretamente, un diseño de grupo control pretest-postest, que permitirá comparar a los sujetos reclutados en tres momentos diferentes -pretratamiento, postratamiento y seguimiento-. Aquí se comparan dos grupos de sujetos, a uno de los grupos se le aplicará el programa de intervención y al grupo control no, pero igualmente se le tomarán medidas en las variables dependientes. La modalidad de grupo control utilizada será la de lista de espera, los sujetos no recibirán la intervención durante el período comprendido entre el pretest y postest del grupo experimental; sin embargo, serán sometidos al tratamiento mismo posteriormente.

Composición del grupo	Medidas psicológicas
Adolescentes (N = entre 500 y 1000)	Ansiedad, Depresión, Estrés
	O ₁ .O ₂ .O ₃

O= Observación

Tabla II. Representación gráfica del diseño utilizado en la primera etapa de investigación

	Pretratamiento	Tratamiento	Seguimiento
G. Experimental	n = 20	n = 20	n = 20
	(SÍ)	(SÍ)	(SÍ)
G. Control	n = 20	n = 20	n = 20
	(SÍ)	(NO)	(SÍ)

Tabla III. Aplicación del programa de Intervención

Se pretende volver a reclutar a los grupos sometidos a la intervención en el futuro –a los dos años, y posteriormente a los 5 años- para verificar si los presuntos resultados esperados se mantienen a lo largo del tiempo por los siguientes motivos: (a) por el escaso seguimiento realizado en investigaciones precedentes (Tomba, *et. al.*, 2010; Ruini, *et. al.*, 2009) y (b) para evidenciar que efectivamente el programa aplicado logra prevenir las patologías indicadas en la población diana.

Procedimiento.

En la primera fase se pretenden reclutar entre 500 y 1.000 participantes con la finalidad de aplicarles el IRE-32 y el HAD. De esta forma, se explorará la prevalencia en ansiedad y depresión en este sector poblacional y, además, se podrán identificar las puntuaciones extremas en reactividad al estrés (los individuos con las 20 puntuaciones más elevadas y las 20 más bajas) que permitirá escoger a los participantes en la segunda etapa.

La siguiente etapa se plantea desde un diseño experimental, para ello, a los 20 participantes que hayan obtenido las puntuaciones más elevadas y a los 20 que obtuvieran las más bajas se les toman medidas en estrategias de afrontamiento, expectativas de autoeficacia y bienestar psicológico y subjetivo. Los 20 sujetos que obtengan puntuaciones extremas elevadas en reactividad al estrés serán asignados aleatoriamente a los grupos control y experimental. El programa será aplicado en formato de Terapia Breve (Fava, y Ruini, 2003) y en grupo. Se plantean 10 sesiones de intervención, de aproximadamente 60 minutos cada una, dirigidas por un/a psicopedagogo/a que ejercerá como investigador principal. Tras someter a tratamiento a los sujetos del grupo experimental, se tomarán las medidas postratamiento y de seguimiento en ambos grupos, con el objeto de conocer las posibles diferencias significativas entre ambos grupos resultantes de la intervención llevada a cabo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biswas-Diener, R. (2011). *Positive Psychology as Social Change*. London New York: Springer.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013, en prensa). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*.
- De Rivera, E. (2010). *Los síndromes de estrés*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A. Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Fava, G. & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45-63.

- Godoy, D., Godoy, J., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20, 155-165.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. y Saxena, S; OMS (2005). *Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Oxford: Oxford University Press.
- Iglesias, J.L., (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 28, 88-93.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Dona, B., y Schwarzer, R. (2005). General self- efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 80-89.
- Martínez, F. y Fernández, C. (1994): Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. Presentación del Monográfico. *Anales de psicología*, 10, 101-109.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J.C., Sales, A., y Sancerni, M.A. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24, 377-383
- Navas, M.J., Fidalgo, A.M., Gabriel, C., Suárez, J.C., Brioso, A., Gil, G., Martínez-Arias, R. y Sarriá, E. (2005). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: UNED.
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, E., Albieri, E., Visani, D., Offidani, E., Caffo, E. y Fava, G. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 522-532.
- Ryff, C. (2013). Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization. En A.S. Waterman (Ed.), *Te best within us: Positive perspectives on eudaimonia*. (pp. 77-98). Washington, DC: American Psychological Association.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13, 163-176.

- Tomba, E., Belaisea, C., Ottolini, F., Ruini, C., Bravi, A., Albieri, E., Rafanelli, C., Caffo, E. y Fava, G. (2010). Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 326–333.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006): Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología Positiva. *Anuario de psicología clínica y salud*, 5, 15-28.
- Vázquez, C. (2013): La psicología positiva y sus enemigos: Una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 91-115.
- Wiedenfeld, S., O’Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Lcvine, S. y Raska, K. (1990). Impact of Perceived Self-Efficacy in Coping With Stressors on Components of the Immune System. *Health Science Journal*, 59,74-89.