



Revista Iberoamericana de Psicología y Salud

ISSN: 2171-2069

rips@usc.es

Sociedad Universitaria de Investigación en
Psicología y Salud
España

Romero, Ainhoa; Cruz, Silvia; Gallardo, Carmen; Peñacoba, Cecilia
CÓMO PROMOCIONAR LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA.
UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS, UNIVERSIDAD SALUDABLE
Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, vol. 4, núm. 2, julio, 2013, pp. 49-64
Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud
A Coruña, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245128059005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CÓMO PROMOCIONAR LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA. UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS, UNIVERSIDAD SALUDABLE

Ainhoa Romero, Silvia Cruz, Carmen Gallardo, y Cecilia Peñacoba

Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable,
Universidad Rey Juan Carlos, España

(Recibido 18 de febrero de 2013; revisado 4 de mayo de 2013; aceptado 7 de mayo de 2013)

Abstract

Universities should contribute to promoting and increasing values that allow wellbeing, independence and the full development of their students and staff. The Universidad Rey Juan Carlos through the Office for Social Politics, Environmental Quality and Healthy University (Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable) offers a program for Promotion of Health and Wellbeing (Programa de Promoción de la Salud y Bienestar) for the entire university community. The following article describes the initiatives that 181 volunteers participated in, either in individual or group settings for 8 sessions depending on their self-detected individual needs. Results show significant pre-post developments in four of the self-assessed variables: self-efficacy, positive and negative affect, and self-esteem. These developments were maintained throughout follow-up. No differences were found based on gender or group, but differences were found in affect depending on the type of therapy followed (individual vs. group). The practical implications of this initiative are highlighted as a way to promote health and wellbeing in a university context.

Key words: health promotion; university; self-efficacy; affect; self-esteem.

Resumen

Las Universidades deben contribuir a promocionar y potenciar los valores que permiten el bienestar, la autonomía y el completo desarrollo de las personas que en ella estudian y trabajan. La Universidad Rey Juan Carlos a través del Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable cuenta entre sus diversos servicios con el *Programa de Promoción de la Salud y Bienestar para la Comunidad Universitaria*. En el siguiente trabajo, se describe una de las iniciativas en las que participaron 181 usuarios que voluntariamente accedieron a una modalidad de intervención individual ó grupal de ocho sesiones en función de sus necesidades autodetectadas. Los resultados muestran evoluciones significativas pre-post en las cuatro variables evaluadas: autoeficacia, autoestima, afecto positivo y negativo, manteniéndose las mejoras en el seguimiento, sin diferencias en cuanto a colectivo y sexo, pero sí con respecto a la modalidad terapéutica (individual vs. terapéutica) con respecto al afecto. Se señalan las implicaciones prácticas de esta iniciativa como un medio de promocionar la salud y el bienestar en el contexto universitario.

Palabras clave: promoción de la salud; universidad; autoeficacia; afecto; autoestima.

Correspondencia: Ainhoa Romero, Universidad Rey Juan Carlos; Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable, C/Tulipán s/n, 28933 Móstoles (Madrid), España. Correo electrónico: ainhoa.romero@urjc.es

Introducción

Desde que en 1948 la Organización Mundial de la salud (OMS) definiera la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, ésta ha sido abordada desde una perspectiva biopsicosocial, es decir desde un enfoque holístico y multidisciplinar.

Particularmente, desde la Psicología se ha producido en los últimos años un giro importante hacia el estudio de los aspectos que pueden mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas. Tradicionalmente, los estudios se han centrado en los factores y variables que contribuyen al malestar, la enfermedad o los trastornos psicológicos. En las últimas décadas se ha ampliado esta perspectiva para contemplar también lo que nos hace funcionar mejor, lo que mejora nuestra salud e incrementa nuestro bienestar (Seligman, 2002; Vázquez y Hervás, 2008).

Desde la llamada Psicología Positiva, se han realizado numerosos estudios que están arrojando importantes resultados sobre diferentes variables que contribuyen a que vivamos de una manera más plena y saludable, como la gratitud, las fortalezas o competencias personales, las emociones positivas, el optimismo o el sentido del humor, que se asocian con mayores niveles de bienestar y felicidad y tienen un importante papel en la protección y mejora de la salud y de las relaciones interpersonales (Bono y McCullough, 2006; Fraley y Aron, 2004; Lyubomirsky, King, y Diener, 2005; Pravettoni y Miglioretti, 2006; Seligman, Kamen, y Nolen-Hoeksema, 1988).

Numerosos autores señalan la importante relación que existe entre las emociones positivas y la salud (Dile, Hay, y Berg, 2011; Vázquez y Castilla, 2007). Fredrickson (2001) ha planteado la *Teoría abierta y construida de las emociones positivas* que sugiere que estas emociones comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales.

Las emociones han ido ganando protagonismo en los últimos años puesto que cada vez hay más evidencias sobre su importante relación con nuestra salud (Butler, 2011; Pandey y Choubey, 2010). Las competencias emocionales definidas como el “conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (Bisquerra, 2009), juegan un papel crucial en los procesos de aprendizaje (Núñez, 2008), el éxito académico (Guil, Gil-Olarte, Mestre, y Núñez, 2006), las relaciones

interpersonales (Repetto y Pérez-González, 2007), etc. Por estos y otros motivos, las competencias emocionales son muy valoradas en el mercado laboral actual (Pérez y Ribera, 2009) y pueden y deben ser trabajadas desde el modelo de competencias que el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES) establece para la Educación Superior.

Por otro lado, el bienestar humano está estrechamente relacionado con las creencias de autoeficacia (Maddux, 2005), relación que se ha revelado como un factor clave en el mantenimiento del bienestar a través de los diferentes ciclos vitales (Salanova, Martínez, Bresó, Llorens, y Grau, 2005). Esta relación parece ser bidireccional de manera que la autoeficacia influye reduciendo estados de afecto negativo y aumentando el afecto positivo (Sansinenea et al., 2008), mientras que los estados de ánimo positivos incrementan la competencia percibida, la cual disminuye con los estados de ánimo negativos (García-Renedo, Llorens, Cifre, y Salanova, 2006).

En relación con la autoestima, ésta puede definirse como “una actitud positiva hacia uno mismo/a que consiste en pensar, sentir y actuar de la forma más sana, realista y autosatisfactoria posible” (Roca, 2007). La autoestima es uno de los recursos personales más importantes ya que afecta a diversos aspectos como el afrontamiento del estrés (Hobfoll, 1989), la inteligencia social (Garaigordobil y Durá, 2006), el liderazgo (Samborowski, 2007), el desarrollo profesional (Wilhelm, Martín, y Miranda, 2012) o la satisfacción con la vida (Lewinsohn, Redner, y Seeley, 1991).

Por otro lado, una de las cinco áreas de acción prioritarias propuestas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) es “la creación de entornos que apoyen la salud”, focalizando no sólo en lo que hace más saludables a las personas sino en las variables que hacen que nuestros entornos sean también más saludables. Desde esta perspectiva se reconoce la importancia de los contextos en los que las personas vivimos, trabajamos o estudiamos, apareciendo conceptos como ciudades saludables, organizaciones saludables, o universidades saludables.

En relación con el contexto de Universidad Saludable, se han ido conformando una serie de redes, tanto a nivel nacional como internacional, que apuestan por potenciar la Universidad como un entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto. La REUS (Red Española de Universidades Saludables) se constituyó en 2008 y, actualmente, 40 universidades se han sumado a ella, siendo la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) una de las pioneras y principales impulsoras de esta red. Desde el Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable de esta universidad, se han llevado a cabo diferentes iniciativas con el

objetivo de hacer de la misma un contexto más saludable para toda la comunidad universitaria.

La universidad juega un papel clave en el establecimiento de conocimientos, conductas y actitudes que promuevan una cultura más saludable y equitativa, por un lado porque en ella se están formando los futuros profesionales y, por otro, por ser un escenario de investigación en el que se consiguen avances científicos y sociales determinantes para la sociedad en general.

Existen diferentes intervenciones realizadas en el contexto universitario (Chastonay, Vu, Humair, Mpinga, y Bernheim, 2012; Vazquez, Torres, Blanco, Díaz, Otero y Hermida, 2012) pero son escasas las que se dirigen de manera específica a la promoción de la salud y el bienestar (Carter, Kelly, Montgomery, y Cheshire, 2013; Lee, 2009; Moshki, Amiri, Khosravan, 2012; Pades, 2006) y, más aún, las que van dirigidas a la comunidad universitaria en su conjunto, ya que suelen ser los estudiantes los principales destinatarios de las mismas. Es por ello que, conscientes de estas necesidades, en el presente trabajo presentamos los resultados de una iniciativa llevada a cabo en los últimos cuatro años en la URJC con el objetivo de promocionar la salud y el bienestar de la comunidad universitaria.

Método

Participantes

Inicialmente, participaron en esta segunda fase un total de 212 personas, de las cuales 181 constituyen la muestra final por cumplir el requisito del 80% de asistencia a las sesiones. El 68% eran alumnos/as y el 32% personal docente y administrativo. La muestra se compone de un 73,5% de mujeres y la media de edad se situó en 30,76 años (rango 18-58; $S_x = 10,73$). De los 181 participantes en el momento pre, 156 (86%) tienen medidas en el momento post, dos semanas después de concluida la intervención, y 86 (48%) en el seguimiento, seis meses después de la intervención. No se observan diferencias significativas en la edad, sexo, colectivo ni en ninguna de las variables objeto de interés de partida entre los participantes que finalizan las medidas de seguimiento y aquellos que no.

Instrumentos de medida

Se emplearon los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de Autoeficacia General (CAUG). Se utilizó la *General Self-Efficacy Scale* (Jerusalem y Schwarzer, 1992) en su adaptación al español realizada por Baessler y Schwarzer (1996). Consta de 10 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos donde 1 = “incorrecto” y 4 = “cierto”. Dicha escala ha demostrado poseer una clara estructura unidimensional a través del empleo de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, una consistencia interna alta (correlación entre dos mitades de ,88) y una capacidad predictiva considerable, obteniéndose altas correlaciones entre cada ítem (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000). La puntuación mínima para este cuestionario es de 10 y la máxima de 40, indicando a mayor puntuación, mayor autoeficacia.
- Escala de Afecto Positivo y Negativo (SPANAS). El afecto negativo y positivo fue evaluado a través de la versión española (SPANAS; Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed, y Valiente, 1999) de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson y Clark, 1999). A través de veinte ítems (diez para cada subescala), los sujetos deben ir señalando en qué medida experimentaron sentimientos y emociones tanto de tipo positivo (“animada”, “entusiasmada”, etc.) como de tipo negativo (“nerviosa”, “irritable”, etc.). Las puntuaciones en cada ítem van del 1 al 5 (1-muy poco o nada, 5-extremadamente) siendo la puntuación mínima de 10 y máxima de 50 por cada subescala, indicando a mayor puntuación mayor grado de afecto positivo o negativo. Esta escala tiene una estructura bifactorial y una consistencia interna entre ,87 y ,91 (Sandín et al., 1999).
- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965). La autoestima se evaluó con la versión española de esta escala que tiene una estructura unifactorial y posee una consistencia interna entre ,85 y ,88 (Martín-Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo, 2007), la cual consta de diez afirmaciones acerca de los sentimientos que tiene la persona sobre sí misma, cinco direccionadas positivamente y cinco negativamente. La graduación de respuestas tiene 4 puntos (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = muy de acuerdo), por lo que los valores fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima).

Diseño y procedimiento

El Programa de Promoción de la Salud y el Bienestar (PSB) es una iniciativa del Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable de la URJC que trabaja por promocionar la salud y el bienestar de todos los integrantes de la universidad (PDI, PAS y alumnos) desde una perspectiva realmente saludable en línea con los planteamientos de la actual psicología positiva. La URJC es la sexta universidad pública de la Comunidad de Madrid, que cuenta con aproximadamente 33.000 alumnos, 1.713 PDI y 527 PAS, distribuidos en cuatro campus (Vicálvaro, Alcorcón, Móstoles y Fuenlabrada).

Se comenzó en una primera fase (cursos 2009/10, 2010/11) por una etapa de concienciación/psicoeducación de todo el colectivo a través de seminarios en los diferentes campus de la Universidad, dirigidos a PDI/PAS ($n = 240$). En el caso de los alumnos, la concienciación se llevó a cabo a través de actividades dentro de los contenidos propios de la temática Personalidad y salud, dentro de las asignaturas de Psicología/Promoción de la salud en el campus de ciencias de la salud, y a través de conferencias sobre esta temática en el resto de campus ($n = 1.200$). A través de estas actividades, además de informar de la posibilidad de mejorar su salud a través de su comportamiento, trabajábamos con un cuestionario elaborado por el equipo investigador que permite a las personas autovalorar sus fortalezas y debilidades (Peñacoba y Gallardo, 2012). Esta fase tenía un carácter voluntario y gratuito.

En la segunda fase, objeto del presente trabajo, las personas podían optar por diferentes talleres de intervención bien en modalidad grupal o individual en función de las necesidades autodetectadas en la primera fase. Estos talleres tenían un coste mínimo y era requisito imprescindible un 80% de asistencia a las sesiones. Ambos tipos de intervención contaban con ocho sesiones semanales de hora y media de duración y eran llevados a cabo por las psicólogas del programa. Si el usuario decidía inscribirse en la modalidad grupal tenía a su disposición los siguientes talleres:

- *Mejorar relaciones interpersonales*: el objetivo es mejorar la asertividad, empatía y habilidades sociales;
- *Potenciar fortalezas personales*: con el fin de desarrollar la creatividad, el sentido del humor, optimismo, gestionar mejor su tiempo, etc.

En la intervención individual, se trabajaban los mismos contenidos pero adaptados a las necesidades específicas de los participantes.

En esta segunda fase se ha seguido un diseño pre, post, seguimiento empleando medidas validadas de cuatro variables relacionadas con la salud (autoeficacia, autoestima, afecto positivo y negativo).

Análisis estadísticos

Se emplearon análisis descriptivos, diferencias de medias y correlaciones con el objetivo de conocer las características de la muestra y de analizar las posibles diferencias en las variables objeto de interés en función de la edad, el colectivo o el tipo de intervención por el que optaban (individual vs. grupal). Se empleó la *t* de Student y la correlación de Pearson.

Igualmente, para valorar la evolución en las medidas pre, post y seguimiento tanto de la totalidad de los participantes como de los posibles subgrupos en función del sexo, el colectivo o el tipo de intervención, se llevaron a cabo los correspondientes Análisis factoriales de varianza (ANOVAs) (cuando la esfericidad no podía ser asumida se aplicó la corrección de Huynh-Feldt).

Resultados

Análisis preliminares. Diferencias en las variables objeto de estudio (autoeficacia, autoestima y afecto) en función del sexo, el colectivo, la edad o el tipo de intervención por el que se opta

Se observan correlaciones positivas significativas entre la edad y la autoestima ($r^2 = ,169$; $p = ,031$), entre la edad y el afecto positivo ($r^2 = ,216$; $p = ,003$). Igualmente, se observan correlaciones significativas negativas entre la edad y el afecto negativo ($r^2 = -,165$; $p = ,026$). No se observan correlaciones significativas entre la edad y la autoeficacia.

Respecto a las diferencias en función del colectivo, se observan diferencias en relación a la autoestima (alumnos: 28,31, $S_x = 5,72$ vs. PDI/PAS: 30,72, $S_x = 5,01$; $t = -2,35$, $p = ,020$) y en relación al afecto positivo (alumnos: 32,45, $S_x = 6,50$ vs. PDI/PAS: 35,84, $S_x = 9,39$; $t = -2,81$, $p = ,006$).

Finalmente, en relación a la terapia de elección, se observan diferencias en relación a la autoestima (grupal: 29,92, $S_x = 5,17$ vs. individual: 27,54, $S_x = 6,42$; $t = 2,41$, $p = ,017$), en relación al afecto negativo (grupal: 23,38, $S_x = 7,54$ vs. individual: 27,07, $S_x = 8,71$; $t = -2,67$, $p = ,008$) y en relación al afecto positivo (grupal: 34,36, $S_x = 6,71$ vs.

individual: 30,76, $Sx = 9,77$; $t = 2,72$, $p = ,007$). No se observan diferencias respecto a las diferentes modalidades de elección (relaciones interpersonales, fortalezas personales).

Evolución pre-post-seguimiento de los participantes en la iniciativa

En la Tabla 1 se muestran los resultados del análisis de la evolución global de la totalidad de la muestra en las cuatro variables evaluadas, dónde puede observarse una mejora pre/post en todas las variables consideradas, manteniéndose estas mejoras en el seguimiento, seis meses después.

Tabla 1. Análisis ANOVA de la Evolución Global de la Totalidad de los Participantes.

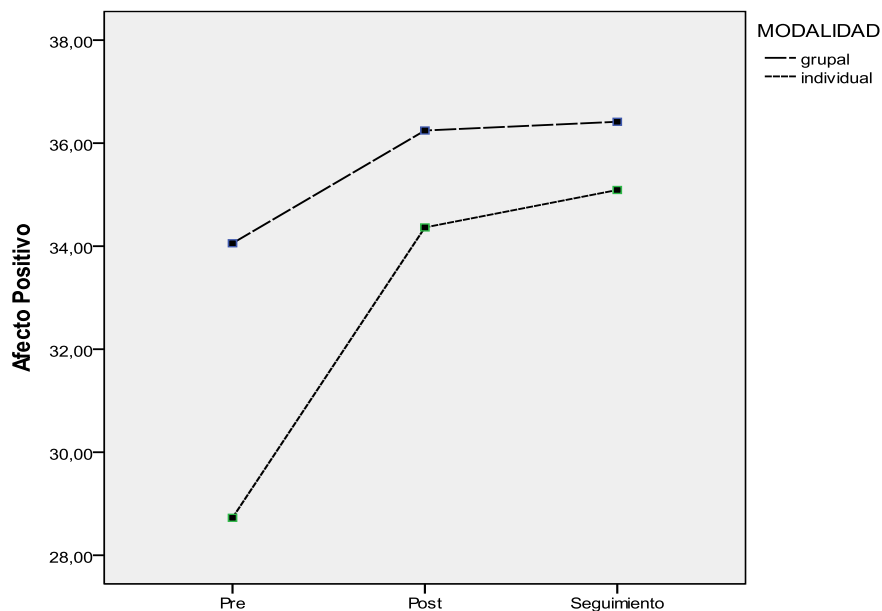
	Pre -inter(1) X (Sx)	Post -int(2) X (Sx)	Segui(3) X (Sx)	Post- hoc	F	p	eta_p²
Autoeficacia	28,36(3,92)	31,51(3,96)	31,19(4,30)	1/2;1/3	30,64	,00	,577
Afecto +	33,14(6,34)	35,92(5,38)	36,18(6,11)	1/2;1/3	12,92	,00	,294
Afecto -	23,51(8,41)	20,84(7,95)	19,73(7,93)	1/2;1/3	11,19	,00	,265
Autoestima	31,6(4,82)	33,4(4,43)	33,10(4,89)	1/2;1/3	5,27	,01	,227

Análisis diferencial de la evolución en función de la edad, sexo, colectivo o terapia de elección (individual vs. grupal)

Se valoraron en primer lugar los efectos de interacción entre el *colectivo* (alumnos vs. personal docente y administrativo) y la evolución de las variables en los tres momentos temporales, no obteniendo efectos significativos en ninguna de las variables de interés. Respecto a la edad, tomando como punto de corte la mediana (28) para establecer los dos grupos de edad, tampoco se observan efectos significativos para ninguna de las variables. Con respecto a la variable *sexo* tampoco se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las variables, aunque respecto a la autoeficacia ($F = 2,708$; $p = ,078$) se observa que la tendencia de mejora pre-post así como la permanencia de los resultados en el seguimiento en las mujeres es superior a la de los hombres.

Por último, un tercer análisis diferencial en función de la modalidad terapéutica (grupal vs. individual) muestra que no hay diferencias significativas en autoestima y autoeficacia. Sin embargo, como se puede apreciar en el Gráfico 1, sí se encuentran diferencias significativas en afecto positivo ($F = 3,231$, $p = ,046$). Aunque el análisis intragrupo pone de manifiesto evoluciones similares para ambas modalidades, de manera que en ambas se observan diferencias entre los momentos pre-post ($p = ,001$ para la grupal y $p < ,000$ para la individual) y pre-seguimiento ($p = ,004$ para la grupal y $p < ,000$ para la individual), las diferencias fundamentales se observan en el momento pre. Así, el análisis intergrupo en los diferentes momentos temporales, indica diferencias en los niveles pre (34,05 -grupal- vs. 28,72-individual; $p = ,010$), no existiendo diferencias entre ambas modalidades en los niveles post (36,24 -grupal- vs. 34,36-individual; $p = ,295$) ni seguimiento (36,41 -grupal- vs. 35,09 -individual; $p = ,518$).

Gráfico 1. Análisis Diferencial ANOVA de Afecto Positivo en Función de la Modalidad Terapéutica.

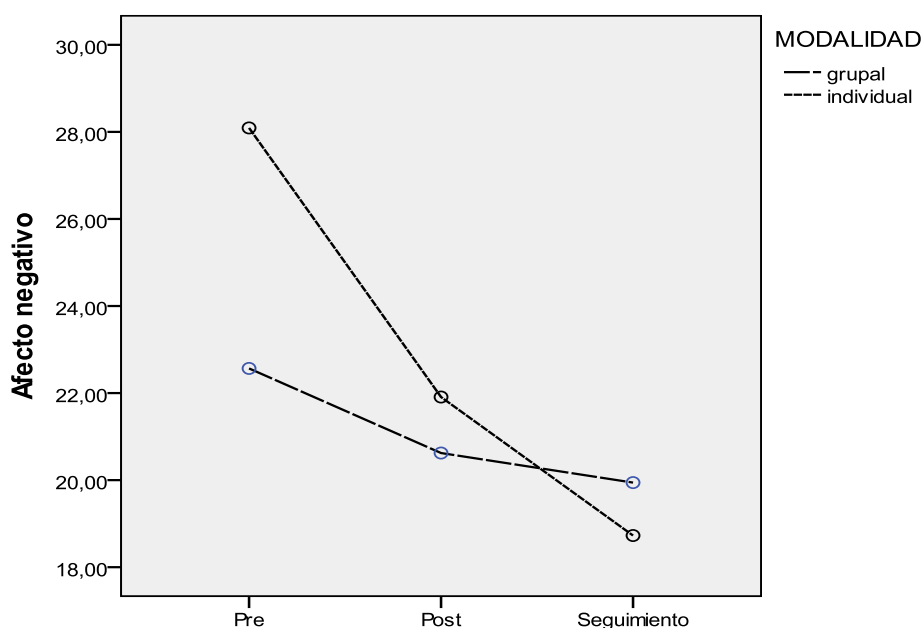


Respecto al afecto negativo (Gráfico 2) ($F = 5,648$; $p = ,006$) observamos una tendencia muy similar a la del afecto positivo. El análisis intragrupo revela evoluciones similares para ambos grupos, observándose diferencias para ambas modalidades entre los momentos pre-post ($p = ,016$ para la grupal y $p < ,000$ para la individual) y pre-seguimiento ($p = ,007$ para la grupal y $p < ,000$ para la individual), aunque en este caso

se observa una tendencia a la significación ($p = ,051$) en la evolución post-seguimiento en el caso de la modalidad individual. El análisis intergrupo en los diferentes momentos temporales, indica diferencias en los niveles pre (22,56 -grupál- vs. 28,09 -individual; $p = ,047$), no existiendo diferencias entre ambas modalidades en los niveles post (20,62 -grupál- vs. 21,90-individual; $p = ,629$) ni seguimiento (19,94-grupál- vs. 18,72 -individual; $p = ,647$).

No se observan efectos de interacción cuando se compara la evolución pre-post-seguimiento dentro de la modalidad grupál, entre el taller de relaciones interpersonales y el de fortalezas personales.

Gráfico 2. Análisis Diferencial ANOVA de Afecto Negativo en Función de la Modalidad Terapéutica.



Discusión

Entre la amplia diversidad de aspectos relacionados con la promoción de la salud que se pueden encontrar en la universidad, cabe la posibilidad de incorporar programas específicos de salud como el presentado en este trabajo, con evidencias de beneficios en toda la comunidad universitaria.

Los resultados obtenidos reflejan, en primer lugar, que las variables sociodemográficas pueden desempeñar un papel importante en la salud. Por ejemplo, parece que la edad juega un papel protector, de manera que según va aumentando, el

afecto negativo disminuye y las demás variables positivas aumentan, lo cual podría explicarse, entre otros factores, por las repercusiones adaptativas que conllevan los mecanismos puestos en juego por el afecto positivo a lo largo de la vida (Fernández-Ballesteros, 2008).

En consecuencia, podemos señalar la necesidad de realizar intervenciones promotoras de salud en todos los grupos de edad, especialmente en los jóvenes, bien sean alumnos o personal trabajador, ya que no existen diferencias por colectivo en cuanto a los beneficios obtenidos. Por ello, incidimos en la importancia de extender las iniciativas realizadas en el contexto universitario a todos sus miembros.

Otra implicación deriva de la consideración de las mejoras no sólo pre-post sino a largo plazo tras el seguimiento. La mayor modificación aparece en la autoeficacia, si bien los resultados obtenidos en las variables afectivas son igualmente relevantes.

Por otro lado, los resultados reflejan que las intervenciones individuales han proporcionado mejores efectos que las grupales, si bien esas diferencias se dan en las variables afectivas entre el pre y el post. Esto puede deberse al establecimiento de una relación terapéutica más cercana y a la focalización más específica de las necesidades del usuario que en la modalidad grupal (Corbella y Botella, 2004). No obstante, en el entorno universitario, se puede optar por las intervenciones grupales por los menores costes asociados y por la facilidad de incorporarlas a la metodología docente; ventajas que encajan mejor con las restricciones actuales de recursos y porque sus beneficios son más que aceptables (Flórez y Gantiva, 2009). Por otro lado, el hecho de que la autoeficacia se muestre independiente de la edad, de su importante relación con la salud (Salanova, Martínez, Bresó, Llorens, y Grau, 2005) y de que sea la que mayor cambio experimenta en la intervención, no existiendo diferencias respecto a su mejora entre ambos tipos de intervenciones (grupal vs. individual), es un argumento adicional para la elección de la terapia grupal. Además cabe señalar que suelen acudir a la modalidad individual perfiles más necesitados (diferencias en los niveles pre) que podrían encuadrarse desde una perspectiva de enfermedad más que desde un encuadre global promotor de salud en el contexto de la universidad. Finalmente, ya que se pone de manifiesto que no hay diferencias en beneficios en cuanto a edad, sexo o colectivo y, por tanto, no hay perfiles diferenciados, la intervención grupal resulta ventajosa porque tiene mayor alcance de difusión a toda la comunidad universitaria sin necesidad de controlar variables específicas.

A pesar de los resultados positivos de este trabajo, hay que tener en cuenta que una de las limitaciones se encuentra en que la muestra no es aleatorizada, afectando a las conclusiones que de él puedan extraerse; no obstante, refleja la realidad de este tipo de iniciativas.

En conclusión, de acuerdo con la creciente necesidad de los países de promover estilos de vida saludables, el entorno universitario ha cobrado cada vez mayor relevancia ya que las universidades pueden ser promotoras de salud no sólo porque tienen el potencial de influir positivamente en la salud y vida de sus miembros, promoviendo su bienestar, sino porque pueden liderar y apoyar procesos de cambio sociales en la población general a través de sus políticas y prácticas.

Referencias

- Baessler, J., y Schwarzer R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Bono, G., y McCullough, M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 147-158.
- Butler, E. (2011). Three views of emotion regulation and health. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 563-577.
- Carter, M. R., Kelly, R. K., Montgomery, M., y Cheshire, M. (2013). An innovative approach to health promotion experiences in community health nursing: A university collaborative partnership. *Journal of Nursing Education*, 52, 108-111.
- Chastonay, P., Vu, N. V., Humair, J. P., Mpinga, E. K., y Bernheim, L. (2012). Design, implementation and evaluation of a community health training program in an integrated problem-based medical curriculum: A fifteen-year experience at the University of Geneva Faculty of Medicine. *Medical Education Online*, 17, 16741.
- Corbella, S., y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Visionnet.
- Dile, M., Hay, E. L., y Berg, K. M. (2011). The ratio between positive and negative affect and flourishing mental health across adulthood. *Aging & Mental Health*, 15, 882-893.

- Fernández-Ballesteros, R. (2008). El bienestar de los mayores. En C. Vázquez y G. Hervás, (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 371-401). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Florez, L., y Gantiva, C. A (2009). Terapias motivacionales breves: Diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*, 12, 13-26
- Fraley, B., y Aron, A. (2004). The effect of a shared humorous experience on closeness in initial encounters. *Personal Relationships*, 11, 61-78.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Garaigordobil, M., y Durá, A. (2006). Relaciones de autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y la responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 37-64.
- García-Renedo, M., Llorens, S., Cifre, E., y Salanova, M. (2006). Antecedentes afectivos de la auto-eficacia docente: Un modelo de relaciones estructurales. *Revista de Educación*, 339, 387-400.
- Guil, R., Gil-Olarte, P., Mestre, J. M., y Núñez, I. (2006). Inteligencia emocional y adaptación socioescolar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, IX, 22.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Jerusalem, M., y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of Action* (pp. 195-213). Washinton, DC: Hemisphere.
- Lee, M. L. (2009). Implementation and evaluation of a health promotion program on university campuses. *The Sciences and Engineering*, 69, 67-103.
- Lewinson, P. M., Redner, J. E. y Seeley, J. R. (1991). *The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives*. Elmsford, NY, U.S.: Pergamon Press.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Maddux, J. E. (2005). Self-efficacy. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 277-287). Oxford: Oxford University Press.

- Martín Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458–467.
- Moshki, M., Amiri, M., y Khosravan, S. (2012). Mental health promotion of iranian university students: The effect on self-esteem and health locus of control. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 715-721.
- Núñez, L. (2008). Pedagogía Emocional: Una experiencia de formación en competencias emocionales en el contexto universitario. *Cuestiones Pedagógicas: Revista de Ciencias de la Educación*, 18, 65-80.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Serie salud para todos. Glosario de términos*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa sobre promoción de la salud*. Ginebra: OMS.
- Pades, A. (2006). Entrenando a nuestros alumnos en habilidades sociales. *Agora d'enfermeria*, 10, 976-977.
- Pandey, R., y Choubey, A. K. (2010). Emotion and health: An overview. *Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 17, 135-152.
- Peñacoba, C., y Gallardo, C. (2012). Personalidad saludable. En C. Peñacoba (Ed.), *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial* (pp. 381-442). Madrid: Dykinson.
- Pérez, N., y Ribera, A. (2009). Las competencias emocionales en los procesos de inserción laboral. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 20, 251-256.
- Pravettoni, G., y Miglioretti, M. (2006). Emotion and Self-Regulation in Health Promotion. En A. P. Prescott (Ed.), *The concept of self in medicine health care* (pp.123-141). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Repetto, E., y Pérez-González, J. C. (2007). Formación en competencias socio-emocionales a través de las prácticas en empresas. *Revista Europea de Formación Profesional*, 40, 92-112.
- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE Psicología.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Salanova, M., Martínez, I., M., Bresó, E., Llorens, S., y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: Facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21, 170-180.
- Samborowski, L. (2007). Leadership and its correlation to the self-esteem of high school seniors in Massachusetts. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 67, 43-56.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escala PANAS del afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanjuán, P., Pérez, A. M., y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Supl. 2), 509-513.
- Sansinenea, E., Gil de Montes, L., Agirrezabal, A., Larrañaga, M., Ortiz, G., Valencia, J. F., y Fuster, M. J. (2008). Autoconcordancia y autoeficacia en los objetivos personales: ¿Cuál es su aportación al bienestar? *Anales de Psicología*, 24, 121-128.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. Nueva York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., Kamen, L. P., y Nolen-Hoeksema, S. (1988). *Explanatory style across the life-span: Achievement and health*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vázquez, C., y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 385-404.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Díaz, O., Otero, P., y Hermida, E. (2012). Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1456-63.
- Watson, D., y Clark, L. A. (1999). *The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule-expanded form*. Universidad de Iowa. Recuperado de <http://www.psychology.uiowa.edu/Faculty/Watson/Watson.html>

Wilhelm, K., Martin, G., y Miranda, Ch. (2012). Autoestima profesional: Competencia mediadora en el marco de la evaluación docente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, 339-350.