



---

**UNIVERSIDAD de VALLADOLID**

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LA  
PSICOLOGÍA POSITIVA EN PERSONAS  
AFECTADAS POR ESCLEROSIS  
LATERAL AMIOTRÓFICA**

---

Presentado por Miriam Pinedo Borobio para optar al título del Máster de Psicopedagogía en el itinerario de Atención a la Diversidad por la Universidad de Valladolid, en el curso 2017-2018.

Tutorizado por:  
D. Moisés Ochoa Aizcorbe

*Valladolid, junio de 2018*

“Esta enfermedad me ha permitido conocer a gente, que jamás hubiese conocido de no haberla sufrido. Gente trabajadora y agradecida. Gente que no me conocía y decidió hacer el Trabajo de Fin de Máster relacionado con la ELA. Me buscó y, además de dar a conocer la enfermedad, a mí me ha enseñado a verlo desde un punto de vista más positivo y a ver que nunca se debe tirar la toalla.”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Mensaje de agradecimiento emitido por el protagonista del programa de intervención.

## AGRADECIMIENTOS

A *mi familia*: por enseñarme a luchar por mis sueños y por inculcarme el espíritu de perseverancia y constancia. A ellos que me enseñaron a no rendirme nunca y a ser cada día más resiliente; y a esa estrella que me protege desde el cielo, porque sin su fuerza no hubiese brillado los días oscuros.

A *todas mis amigas/os, pero en especial a*: Elena por su apoyo incondicional y por hacerme de colchón para sobrellevar los golpes; a Cristina Oquillas por despejarme el camino y guiarme, haciéndome sentir que “merecía la pena”; y a Blanca por su entusiasmo e ilusión y por su contribución en mi trabajo.

A *CREER de Burgos*: por su predisposición a ayudarme y facilitarme los datos necesarios. En concreto a Montserrat por ser el principal engranaje de este trabajo, porque sin su colaboración, no hubiese conseguido a la persona con la que pude desarrollar mi programa de intervención.

A *Ernesto*, el protagonista del programa de intervención por todo lo que me ha enseñado a lo largo de este periodo de tiempo; por confiar en mí y ayudarme a descubrir la importancia que posee la Inteligencia Emocional y la Psicología Positiva a la hora de afrontar el diagnóstico de esta terrible enfermedad.

A la *Plataforma de afectados por la ELA*, por mostrarme desinteresadamente su ayuda en cualquier momento, por informar a sus usuarios de mi programa de intervención y por promocionar el cuestionario y a *las 70 personas* que realizaron el cuestionario, sin ellos/as no hubiese sido posible completar el trabajo.

A *D. Moisés Ochoa Aizcorbe*: por mostrarme su paciencia y tranquilidad en los momentos más complejos; por confiar ciegamente en mi tema desde el primer momento; por demostrarme que merecía la pena apostar por él y trabajarlo a fondo, en definitiva, por emplear conmigo, uno de los contenidos que rigen este trabajo: la Psicología Positiva.

Y a *usted*:  
por emplear su tiempo leyendo mi Trabajo de Fin de Máster.

## **RESUMEN**

El Trabajo de Fin de Máster que se expone a continuación persigue una valoración sobre la Inteligencia Emocional y la Psicología Positiva en personas afectadas por Esclerosis Lateral Amiotrófica. En la metodología se puede observar dos partes: la primera se corresponde con una encuesta en la red y la segunda con un programa de intervención de un caso único centrado en una persona diagnosticada en agosto 2017.

En la encuesta participaron 70 personas y se obtuvo una valoración positiva. Algunos datos significativos obtenidos con dicha encuesta son: el 80 % prestan atención a sus sentimientos y emociones, el 84,3% consideran que las emociones tienen gran importancia en su vida cotidiana y el 89,9 % de los participantes valoran los aspectos relacionados con la Psicología Positiva. Por otro lado, los resultados obtenidos a través del TMMS-24, el Inventario de la Auténtica Felicidad y la hoja de registro de las actividades de relajación valoran positivamente el desarrollo del programa de intervención.

Por lo tanto, los resultados obtenidos a través de las encuestas y del programa de intervención verifican y confirman la importancia que tiene la Inteligencia Emocional y la Psicología Positiva en personas que se encuentran afectadas por esta enfermedad.

## **PALABRAS CLAVES**

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), Psicología Positiva (PsP), Inteligencia Emocional (IE), emociones y sentimientos positivos.

## **ABSTRACT**

The aim of this Master's Thesis is to assess the influence of Emotional Intelligence and Positive Psychology in people affected by Amyotrophic Lateral Sclerosis. In the methodology, two parts can be observed: the first one is an online survey and the second one, an intervention program of a single case focused on an individual diagnosed in August 2017.

On the one hand, 70 people participated in the online survey and a positive assessment was obtained. Some significant data obtained with this survey are: 80% pay attention to their feelings and emotions, 84.3% consider that the feelings have great importance in their daily lives and 89.9% of the participants value the aspects related to Positive Psychology.

On the other hand, the results obtained through the TMMS-24, the Inventory of Authentic Happiness and the record of the relaxation activities value positively the development of the intervention program.

Therefore, the results obtained through the survey and the intervention program verify the importance of Emotional Intelligence and Positive Psychology in people who are affected by this disease.

## **KEY WORDS**

Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), Positive Psychology, Emotional Intelligence and Positive Emotions and feeling.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
ESTRUCTURA DEL TRABAJO	1
JUSTIFICACIÓN	2
JUSTIFICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL TFM	3
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL TFM	5
<b>1. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
1.1.ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA	7
1.1.1.Breve descripción	7
1.1.2.Etiología	8
1.1.3.Formas clínicas y tipología	9
1.1.4.Síntomas y signos	10
1.1.5.Formas de inicio y fases del desarrollo	12
1.1.6.Prevalencia e incidencia de la enfermedad	14
1.2.INTELIGENCIA EMOCIONAL	16
1.2.1.Introducción: El modelo de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer	16
1.2.2.Emociones: definición, componentes y proceso	17
1.2.3.Funciones de las emociones	19
1.2.4.Clasificación de las emociones	20
1.2.5.Gestión emocional	21
1.2.6.ELA y emociones	23
1.3.PSICOLOGÍA POSITIVA	<b>23</b>
1.3.1.Introducción: Psicología Positiva	23
1.3.2.Emociones Positivas: definición, características y clasificación	26
1.3.3.Efectos de las Emociones Positivas	27
1.3.4.Psicología Positiva y Emociones Positivas en una enfermedad	29
<b>2.CAPÍTULO II: ESTUDIO EMPÍRICO</b>	<b>31</b>
2.1.IE Y PSP EN PERSONAS AFECTADAS POR LA ELA	31
2.1.1.Participantes	31
2.1.2.Metodología	31
2.1.3.Hipótesis	31
2.1.4.Procedimiento	32
2.1.5.Instrumentos empleados	32
2.2.PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	32
2.2.1.Participante	32
2.2.2.Métodos empleados para lograr la participación de personas en la investigación	33
2.2.3.Metodología	34
2.2.4.Hipótesis	34
2.2.5.Procedimiento	34
2.2.6.Instrumentos empleados	35

<b>3.CAPÍTULO III: IE Y PSP EN PERSONAS AFECTADAS POR LA ELA</b>	<b>36</b>
3.1.CUESTIONARIO DE IE Y PSP PARA PERSONAS AFECTADAS POR LA ELA	36
3.2.RESULTADOS DEL CUESTIONARIO	37
<b>4.CAPÍTULO IV. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO “EDUCAR A LA MENTE PARA SER MÁS POSITIVOS”</b>	<b>41</b>
4.1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	41
4.2.OBJETIVOS	42
4.3.ASPECTOS METODOLÓGICOS	43
4.4.PROPUESAS PRÁCTICAS	45
4.5.EVALUACIÓN	63
<b>5.CAPÍTULO V: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>64</b>
5.1.RESULTADOS TEST E INVENTARIO	64
5.2.RESULTADO DEL CUESTIONARIO	66
5.3.RESULTADOS DE ACTIVIDADES	67
5.3.1.Programa Fierabrás	67
5.3.2.Diario Emocional	68
5.3.3.Decálogo de Emociones Positivas	68
5.3.4.Actividades de relajación	69
5.3.5.Actividades libres	70
<b>6.CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>71</b>
6.1.DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	71
6.2.LIMITACIONES DEL ESTUDIO	73
6.3.FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	74
6.4.CONCLUSIONES	75
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>85</b>
<b>Anexo I.</b> Expone-solicita para obtener los datos de prevalencia de la Esclerosis Lateral Amiotrófica en Castilla y León.	85
<b>Anexo II.</b> Datos estadísticos de la base de datos de RERCYL	86
<b>Anexo III.</b> Medias de diagnósticos y varianzas de personas afectas por la ELA	98
<b>Anexo IV.</b> Hoja de apoyo para el diario emocional (Bisquerra, 2009)	99
<b>Anexo V.</b> Comunicado adEla	100
<b>Anexo VI.</b> Consentimiento informativo para el participante en el programa de intervención	101
<b>Anexo VII.</b> Temporalización del programa de intervención	103
<b>Anexo VIII.</b> Registro del nivel de relajación	104
<b>Anexo XIX.</b> Cuestionario de valoración del programa de intervención	105
<b>Anexo X.</b> Cuestionario de Inteligencia Emocional y Psicología Positiva en persona afectadas por Esclerosis Lateral Amiotrófica	106
<b>Anexo XI.</b> Registro del PF	108

<b>Anexo XII.</b> Power Point emociones	109
<b>Anexo XIII.</b> Laberinto de la vida	117
<b>Anexo XIV.</b> Vivir es increíble	118
<b>Anexo XV.</b> Rueda de las emociones de Ginebra de Mestre, Gutiérrez-trigo, Guerrero y Guil (2017)	119
<b>Anexo XVI.</b> Manifiesto	120
<b>Anexo XVII.</b> ¿Qué me digo a mí mismo cuando...?	121
<b>Anexo XVIII.</b> Carta Carlos Matallanas	122
<b>Anexo XIX.</b> Power Point arte y emociones	125
<b>Anexo XX.</b> La vida	134
<b>Anexo XXI.</b> Reacciones emociones	135
<b>Anexo XXII.</b> Decálogo de emociones positiva que se distribuyó a las asociaciones	136

## ÍNDICE DE SIGLAS

TFM	Trabajo de Fin de Máster
ELA	Esclerosis Lateral Amiotrófica
MNS	Motoneurona Superior
MNI	Motoneurona Inferior
ELAF	Esclerosis Lateral Amiotrófica Familiar
ELAS	Esclerosis Lateral Amiotrófica Esporádica
IE	Inteligencia Emocional
PsP	Psicología Positiva
PF	Programa Fierabrás
CREER	Centro Regional Estatal de atención a personas con Enfermedad Raras

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Signos de la ELA (Zapata et al., 2016)	10
Tabla 2: Personas afectadas por la ELA en Castilla y León	14
Tabla 3: Fortalezas desde el ámbito de la PsP	25
Tabla 4: Resultados del pretest TMMS-24	42
Tabla 5: Estructuración de las sesiones	43
Tabla 6: Explicación de los contenidos del PF	47
Tabla 7: Los seis sombreros de Edward de Bono	52
Tabla 8: Comprobación de hipótesis	73

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Representación de la MNS y MNI. (Gotor et al. 2004)	7
<i>Figura 2.</i> Comparación de diagnóstico por provincia y por sexo	15
<i>Figura 3.</i> Media de edad de diagnóstico por provincia y sexo	16
<i>Figura 4.</i> Modelo de IE (Mayer y Salovey, 1997, p.11)	17
<i>Figura 5.</i> Modelo de emoción (Bisquerra, 2009, p.20)	18
<i>Figura 6.</i> Funcionamiento del cerebro emocional (Maganto y Maganto, 2009, p. 32)	19
<i>Figura 7.</i> Modelo modal de la emoción de Gros y Thompson (2007, citado en Mestre y Guil, 2012)	22
<i>Figura 8.</i> Diferencias en el procesamiento bajo emociones positivas y negativas (Fernández-Abascal, 2015, p. 29)	28
<i>Figura 9.</i> Resultados sobre sentimientos meses antes de recibir el diagnóstico.	37
<i>Figura 10.</i> Resultados de los sentimientos tras la confirmación del diagnóstico	37
<i>Figura 11.</i> Sentimientos después de recibir el diagnóstico de la ELA	38
<i>Figura 12.</i> Resultados del grado de atención emocional	38
<i>Figura 13.</i> Resultado del control emocional de las emociones negativas	39
<i>Figura 14.</i> Resultados obtenidos de la influencia de las emociones positivas a la hora de convivir con la enfermedad	39
<i>Figura 15.</i> Resultados del grado de potenciación de emociones positivas	40
<i>Figura 16.</i> Valoración de la actitud de las personas cercanas para convivir con la enfermedad	40
<i>Figura 17.</i> Resultados del pretest TMMS-24	41
<i>Figura 18.</i> Resultados pre-postest TMMS-24	64
<i>Figura 19.</i> Resultados pre-postest Inventario de la Felicidad Auténtica	65

# INTRODUCCIÓN

## ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El Trabajo de Fin de Máster (en adelante, TFM) que se presenta a continuación trata los contenidos de Inteligencia Emocional (en adelante, IE) y Psicología Positiva (en adelante, PsP) en personas afectadas por Esclerosis Lateral Amiotrófica (en adelante, ELA). La primera parte tiene un carácter introductorio en la que se presenta la justificación del tema, la justificación de las competencias del máster y los objetivos que se persiguieron con el trabajo.

En el primer capítulo, se localiza el marco teórico de los tres aspectos mencionados. En la parte de la ELA se concretan una breve descripción para conocer la enfermedad, la etiología, las formas clínicas, los síntomas y los signos, las formas clínicas y las fases que atraviesa la enfermedad y finalmente se presenta la prevalencia e incidencia a nivel general y la prevalencia en la comunidad de Castilla y León. El segundo epígrafe se dedica a la IE y se presenta el modelo de Salovey y Mayer, la definición de emoción, los componentes, el proceso, la función y la clasificación de las emociones, cerrándose el punto con el apartado de gestión emocional y las emociones en la ELA. En la tercera parte del marco teórico se presenta teóricamente la PsP, se concretan aspectos relevantes de las emociones positivas (definición, características, clasificación y efectos) y se expone un apartado de la PsP en diversas enfermedades.

El segundo capítulo del trabajo está destinado al estudio empírico donde se presentan datos metodológicos sobre la parte práctica del TFM, éste está dividido en dos partes claramente diferenciadas: la investigación a través de un cuestionario en red y un programa de intervención de un estudio de un caso concreto. El cuestionario y los datos obtenidos con las respuestas de los participantes se exponen en el tercer capítulo. En el cuarto capítulo se presenta el programa de intervención psicopedagógico y en el quinto se exponen los resultados que se obtuvieron con su realización.

Para finalizar, se cierra el trabajo con el sexto capítulo, donde se muestra una discusión de los resultados, las limitaciones que se han experimentado a lo largo del estudio, futuras líneas de investigación que conllevarían una mejora en el programa y en el panorama de la enfermedad en relación a la sociedad y las conclusiones que se han extraído a la hora de desarrollar el trabajo.

## JUSTIFICACIÓN

En el trascurso de las asignaturas teóricas del máster, se trabajó con diferentes colectivos: drogodependientes, personas afectadas por el SIDA, personas con el trastorno borderline o personas afectadas por cáncer, entre otros. Es decir, a través de estas asignaturas se mostró un amplio abanico de colectivos con los que un psicopedagogo/a podía trabajar. Pero nunca se presentó un trabajo relacionado con la ELA, por ello se consideró que sería interesante presentar este trabajo relacionándolo con las personas que se encuentra afectadas por esta enfermedad.

Desde el primer momento se tuvo claro el colectivo sobre el que se quería presentar el trabajo. En la asignatura de técnicas de intervención psicológicas se explicaron diferentes técnicas, entre ellas la PsP y los beneficios que tenía. La PsP se ha empleado en enfermedades como el cáncer (Ochoa et al. 2010) o la Esclerosis Múltiple (Arbea, 2009), entre otras; pero se desconocía si se había empleado con la ELA. Tras investigar no se encontró ningún ensayo y, por ello, el trabajo que se presenta es una experiencia piloto que se ha creado con diferentes actividades de diversos programas.

Al principio se decidió que únicamente se centraría en potenciar los aspectos positivos y trabajar la PsP del sujeto, pero la ELA es una enfermedad tan “agresiva y cruel” que se creyó oportuno introducir el tratamiento de la IE, porque las características de la enfermedad provocaban que llevase impregnados sentimientos negativos y no era óptimo obviarlos. Además, Alpízar y Salas afirman que para trabajar la PsP es imprescindible tratar primero la IE:

Dentro de la psicología positiva, es importante resaltar y fortalecer la inteligencia emocional de las personas, ya que como la misma disciplina lo resalta, es el manejo de las emociones y la postura que tome la persona con respecto a su filosofía de la vida la que va a determinar cuál va a ser su capacidad de enfrentar las situaciones que se le presenten en el futuro (Alpízar y Salas, 2010, p.75).

Por ello, se introdujeron actividades en las que se potenciaban herramientas y recursos para mejorar la Educación Emocional del sujeto, el objetivo era que intentase controlar esos sentimientos para que le afectasen en la menor medida posible.

“Las emociones son una parte sustancial de la vida humana” (Bisquerra, 2009, p.15) por ello, el trabajo de la Educación Emocional en el panorama educativo está en auge y se considera necesario fomentarlo desde la etapa de Educación Infantil. Saber controlar los sentimientos favorecerá el desarrollo de las personas en diversos aspectos de su vida; en la misma línea, Mestre, Gutiérrez-Trigo, Guerrero y Guil (2017) afirman que la gestión de sentimientos es imprescindible en cualquier persona ya que les ayudará a mejorar su calidad de vida.

Además de trabajar el ámbito emocional, es sumamente importante trabajar las emociones positivas porque tienen efectos sobre la regulación emocional del sujeto y les facilitará su adaptación en diversas situaciones (Fernández-Abascal, 2009). Es decir, potenciar y favorecer emociones positivas conlleva a que el sujeto tenga un mejor nivel de autorregulación emocional. El tratamiento de la IE desde la perspectiva de la PsP en el colectivo de personas afectadas por la ELA es un reto, puesto que la sintomatología de la enfermedad es muy agresiva, pero es necesario trabajar con este colectivo porque, siguiendo a De Bono (2008), se les puede ayudar a encontrar opciones para estimular sus procesos cognitivos y cambiar sus percepciones; de manera que se le proporcionen herramientas nuevas que aporten otro punto de vista y contribuyan a generar sentimientos positivos.

Cruz (2004) menciona que, en las personas que se encuentran afectadas por esta enfermedad, es necesario generar actitudes positivas que promuevan la comunicación emocional, esperanza y deseos de vivir y, por tanto, capacidad para enfrentarse con toda la fuerza de la mente a la enfermedad. Desde el punto de vista de la investigadora, este trabajo puede facilitar, a algunas de las personas que se encuentran afectadas por la enfermedad, a encontrar otra forma de enfrentarse a la enfermedad, ayudándoles a descubrir los aspectos positivos de su vida y aumentando su percepción de bienestar, aunque la ELA trate de ocultarlos.

## **JUSTIFICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL TFM**

La elaboración del TFM ha contribuido a desarrollar una serie de competencias profesionales. A continuación, se exponen las competencias generales y específicas extraídas literalmente de la Guía Docente de la Asignatura (2018) y una justificación de por qué se han desarrollado. Las competencias generales son las siguientes:

*G3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.*

A lo largo de toda la elaboración del trabajo se ha empleado la terminología que se ha aprendido en el desarrollo del Máster. Pero, en el apartado teórico donde se explica la enfermedad, se intentó simplificar al máximo la terminología que empleaban los profesionales del área de neurología; de forma que cualquier persona pudiese comprender perfectamente la repercusión que tiene la enfermedad en la vida del sujeto de la investigación y la importancia que tiene la intervención psicopedagógica.

Por otro lado, a lo largo de todo el trabajo se han redactado las decisiones profesionales que se han tomado y una justificación de las mismas. Así mismo, una vez que se desarrolló el programa de intervención y se analizaron los resultados obtenidos se expusieron unas conclusiones sobre la eficiencia del programa de intervención.

*G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.*

Tanto en la creación del documento escrito como en el análisis de las encuestas y en la implementación del programa de intervención se ha tenido presentes el código deontológico y la ética como profesional en el ámbito de la psicopedagogía.

*G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.*

En la elaboración del documento escrito, así como en la implementación de la parte práctica, se han empleado las TIC y se han convertido en un apoyo imprescindible que han facilitado el trabajo.

*G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.*

La puesta en práctica del programa de intervención ha contribuido a desarrollar competencias profesionales. En el transcurso del mismo, se han observado aspectos críticos que se presentarán en el apartado de los resultados y en el de limitaciones de la investigación.

Una vez que se han expuesto las competencias generales que se debían desarrollar con el TFM, en la siguiente parte se detallan las competencias específicas que se han implementadas con la realización del trabajo.

*E3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.*

El programa de intervención se creó teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el Pretest y los datos obtenidos con el cuestionario. De esta manera se identificaron aspectos concretos del protagonista y aspectos generales que eran útiles para trabajar con cualquier persona con esta enfermedad; ambos contribuían al desarrollo personal y favorecían su equilibrio emocional.

*E4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.*

Esta competencia se puede identificar en el cuarto y quinto capítulo de este documento, en el cuarto se presenta el programa de intervención y en el quinto la evaluación del mismo a través de los resultados obtenidos. Además, en ambos capítulos se puede identificar la competencia de *E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.*

*E6. Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.*

Para llevar a cabo la parte práctica de este trabajo, se ha contactado con diferentes instituciones para lograr la participación de una persona en el programa de intervención o para distribuir la encuesta entre las personas afectadas por la ELA, dichos aspectos se concretan en el segundo capítulo.

*E7. Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.*

A pesar de que el Programa Fierabrás está fundamentado científicamente, el programa que se presenta en este trabajo es un ensayo piloto y se ha planteado como una prueba para trabajar los conceptos de IE y PsP y sus efectos en personas afectadas de ELA.

Existen programas que trabajan la PsP en enfermedades como la Esclerosis Múltiple, el Cáncer o en pacientes con una Insuficiencia Renal Crónica, pero no se ha encontrado ninguna intervención que trabajase este concepto en la ELA, así que se ha ido creando, orientándose con los contenidos que se facilitaron con las asignaturas que había cursado en las clases teóricas del Máster y teniendo en cuenta el feedback emitido por el sujeto en el desarrollo de dichas propuestas.

*E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.*

Por último, en el sexto capítulo se presentan los aspectos que se podrían mejorar para que la investigación cobrase mayor validez científica y se le otorgase mayor relevancia. Asimismo, se presentan nuevas líneas de investigación teniendo en cuenta los datos obtenidos en el cuestionario y en el programa de intervención.

## **OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL TFM**

A lo largo de todo el diseño del trabajo, se han tenido presentes los objetivos generales que se recogen en la Guía Docente de la Asignatura (2018):

- Elaborar y defender un trabajo de carácter científico, relacionado con los ámbitos conceptuales y aplicados de la Psicopedagogía.
- Desarrollar la reflexión crítica de la literatura científica, obteniendo y valorando datos, demostrando el dominio del tratamiento del objeto de estudio, y la capacidad de redacción según los parámetros de la escritura académica.
- Inscribir el desarrollo del trabajo en el ejercicio profesional, en la mejora y actualización de la intervención profesional, así como en el desarrollo de un futuro profesional, demostrando el dominio de todas las competencias propias del Título.

En base a estos y teniendo en cuenta los aspectos que se querían tratar en el desarrollo del TFM, se secuenciaron y se obtuvieron los siguientes objetivos:

1. Investigar y obtener información científica sobre la ELA: sus características principales, las fases de esta enfermedad y su prevalencia e incidencia.
2. Indagar en el campo de la IE y la PsP.
3. Descubrir la repercusión que tiene el ámbito emocional y la PsP en el colectivo de personas afectadas por ELA.
4. Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención psicopedagógico donde se trabajen la IE y la PsP en personas con ELA.

# 1. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

## 1.1. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

### 1.1.1. Breve descripción

La ELA es una enfermedad neurodegenerativa rápidamente progresiva que afecta a las motoneuronas (Chaverri, 1998). Mohr (1987) menciona que limita sus efectos progresivos al sistema motor, afectando a las motoneuronas superiores (en adelante, MNS) e inferiores (en adelante, MNI). Arpa et al (2009) especifican que las MNS se localizan en la corteza cerebral y las MNI en el tronco del encéfalo (núcleos motores) y médula espinal (astas anteriores). En la misma línea, Gotor, Martínez y Parrilla (2004) concretan que las MNS se localizan en el cerebro y ejercen un control sobre las MNI, las encargadas de transmitir las órdenes a los músculos para que funcionen. En la siguiente figura se expone la localización de ambas motoneuronas:

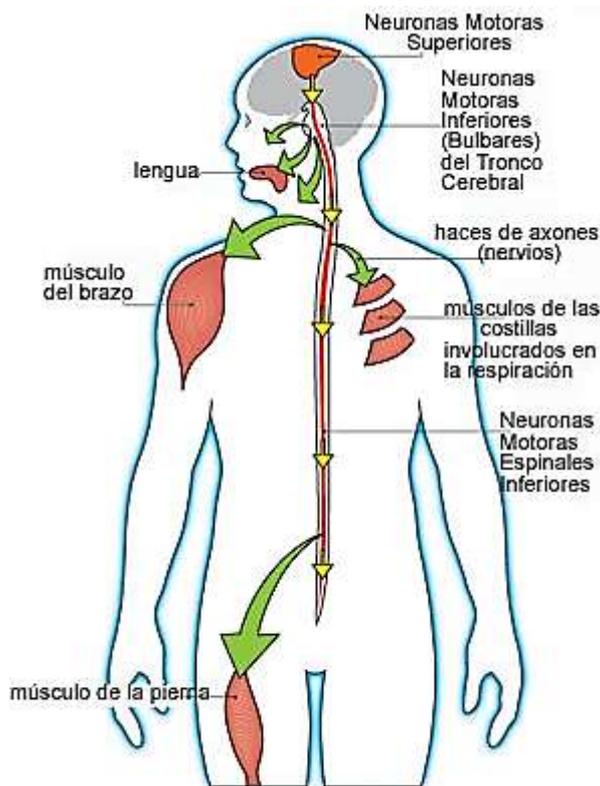


Figura 1. Representación de la MNS y MNI. (Gotor et al. 2004).

Cruz (2004) concreta que en esta enfermedad se produce una degeneración de las neuronas que activan deliberadamente las fibras musculares y, por tanto, su manifestación clínica es el debilitamiento de los músculos voluntarios del cuerpo. Gotor et al. (2004) añaden que la alteración de estas células nerviosas evoluciona hacia la rigidez y la atrofia gradual de los músculos.

Entre 1865 y 1869, Jean Martin Charcot descubrió una correlación entre los signos clínicos piramidales y las lesiones de los cordones laterales, con la amiotrofia y las alteraciones en las astas anteriores de la médula espinal, por lo que en 1874 la denominó Esclerosis Lateral Amiotrófica. Dependiendo del país, su denominación puede ser diferente. Así, por ejemplo, en Francia se conoce como “enfermedad de Charcot”, en Gran Bretaña se habla de la “enfermedad de las motoneuronas” y en Estados Unidos se reconoce por la “enfermedad de Lou Gehrig”, un famoso jugador de béisbol que falleció como consecuencia de la ELA, o de *Stephen Hawking* (Zapata, Franco, Solano y Ahunca, 2016; Chaverri, 1998).

Según Pérez, Contreras, Marco y Botella (2008), los investigadores decidieron utilizar esta denominación para describir los efectos que producía la enfermedad. Así, los tres términos que la definen son los siguientes:

- Esclerosis; que significa “endurecimiento” de los músculos de las extremidades, torácicos, abdominales y bulbares (Zapata et al., 2016).
- Lateral; que significa “al lado” y se refiere a la ubicación del daño en la médula espinal.
- Amiotrófica; que significa “sin trofismo muscular”, hace referencia a la pérdida de las señales que los nervios envían a los músculos.

### **1.1.2. Etiología**

A pesar de que hace años que se expuso la descripción de esta enfermedad, la etiología a día de hoy continúa sin aclararse (Zapata et al., 2016; Chaverri, 1998). Según Gotor et al. (2004), los factores estudiados en relación con la ELA son:

- Neuroexcitotoxicidad: un exceso de glutamato, principal neurotransmisor excitador del Sistema Nervioso Central, puede contribuir a la degeneración neuronal y a su propagación.
- Estrés oxidativo es el desequilibrio que se produce entre la producción de especies reactivas del oxígeno y la capacidad del sistema biológico de decodificar los reactivos intermedios o reparar el daño resultante. Este término se identifica a la asociación de daños a las células o tejidos por radicales tóxicos.
- Defectos en las funciones de las mitocondrias que producen una activación del mecanismo de neurodegeneración.
- Susceptibilidad genética a través de la ELA familiar, aspecto que se especificará en el siguiente apartado.
- Inflamación o daño axonal por el estrangulamiento de los axones neuronales.

Dado que la etiología de la enfermedad es desconocida, no existe un tratamiento curativo. El único fármaco que parece que retrasa su evolución es el “riluzol”. Según Posee-Utrilla et al. (2018), en la actualidad existe un grupo de investigación que estudian los efectos de la excitotoxicidad, utilizando neuronas en cultivo procedentes de ratones, así como modelos de animales de neurodegeneración. Sus hallazgos están

contribuyendo a mejorar el conocimiento sobre cómo funcionan las neuronas e identificar las alteraciones que sufren por esta enfermedad. A pesar de que los resultados son alentadores, todavía no se ha hallado un tratamiento que frene la enfermedad.

### **1.1.3. Formas clínicas y tipología**

Según Arpa et al (2009) y Pérez et al. (2008), el diagnóstico de la ELA requiere una asociación de signos de MNS y MNI. En el inicio de esta enfermedad algunos de estos signos pueden estar ausentes y esto ha llevado a diferenciar las formas clínicas en función de su semiología; las formas en las que se puede presentar la enfermedad son las siguientes:

- Forma clásica de la ELA: se asocia a hallazgos típicos de las MNS y MNI y suele iniciarse en extremidades superiores y desarrollarse progresivamente hacia el resto de la musculatura, incluida la bulbar que es la encargada del habla y de la deglución. Dentro de esta forma existen dos tipologías: esporádica y hereditaria.
  - ELA esporádica (en adelante, ELAS) es la más frecuente (90-95%) afecta a adultos entre los 40-70 años, aunque existen numerosos casos descritos de pacientes más jóvenes.
  - ELA hereditaria (en adelante, ELAF) sólo afecta a un 5-10% de las personas afectadas (en España al 4,8%). La mayoría de estas personas heredan esta enfermedad de forma autosómica dominante, aunque también se puede heredar de forma recesiva. El cuadro clínico es similar a la ELAS, aunque la edad de inicio es inferior (10 años antes), no existe diferencia entre los sexos ni en la extensión de las lesiones microscópicas, que suelen ser silentes. En el 15 % de las familias con ELA dominante se demostró que existía una mutación del gen de la enzima superóxido dismutasa Zn/ Cu (SOD-1) que se localiza en el cromosoma 21. Actualmente se ha reconocido que más de 100 mutaciones de este gen son las responsables del desarrollo del 15 al 20 % de las ELAF; pero se desconoce la manera en que la mutación de este enzima contribuye al desarrollo de la misma.

Zapata et al. (2016) añaden que ambas formas de manifestación conllevan a la muerte de las motoneuronas.
- Esclerosis Lateral Primaria. Según Zapata et al. (2016), esta forma se manifiesta por un daño en la MNS sin ninguna afectación de la MNI, sin embargo, con el paso de los años, muchos pacientes con este diagnóstico desarrollan lesiones en la MNI. La progresión es más lenta que en el resto de formas clínicas y la supervivencia es mayor, aunque presenta un curso agresivo.
- Amiotrofia Espinal Progresiva (Atrofia Muscular Primaria o Aran-Duchenne). Esta forma se manifiesta por predominio de clínica de MNI. Su progresión suele ser más lenta que la forma de ELA clásica.
- Parálisis Bulbar Progresiva se caracteriza por comienzo con clínica bulbar (disartria, disfonía, disfagia), así como atrofia y fasciculaciones linguales. Estos signos van acompañados de labilidad

emocional y signos de liberación de la vía corticoespinal a nivel de extremidades (hiperreflexia, espasticidad).

#### 1.1.4. Síntomas y signos

Arpa et al. (2009) indican que la ELA es una enfermedad cuyo desarrollo produce un fracaso progresivo en el funcionamiento del sistema motor que se encarga de dirigir, regular y mantener la musculatura esquelética, responsable de la capacidad para moverse y relacionarse con el entorno (andar, manipular, escribir, comer, vestirse, hablar, etc.). García-Amado (1998) añade que es un proceso degenerativo y progresivo que afecta únicamente a las motoneuronas. Éstas están afectadas y provocan debilidad y atrofia muscular, hiperreflexia y espasticidad, afectando inicialmente a una extremidad y extendiéndose al resto. Zapata et al. (2016) añaden a las lesiones en las MNS y MNI, los signos de alteración bulbar y respiratoria. En la siguiente tabla se exponen los signos de cada uno de ellos:

Tabla 1:  
*Signos de la ELA*

Signos de la MNS	Signos de la MNI	Signos Bulbares
Debilidad muscular leve	Debilidad muscular intensa	Disfagia, disartria
Hiperreflexia	Hiporreflexia	Disnea, ortopnea
Reflejos cutáneos abolidos	Reflejos cutáneos conservados	
Hipertonía, espasticidad	Hipotonía, Atrofia muscular	Alteración del reflejo nauseoso y/o reflejo mentoniano
Respuesta plantar extensora	Fasciculaciones	Labilidad emocional
Signos de Hoffmann y Trommer		

Fuente: (Zapata et al., 2016)

Seguindo la información extraída de Arpa et al. (2009) y a Aldana et al. (2012), se explican los signos y los síntomas que se desarrollan en esta enfermedad. En relación a la MNS son los siguientes:

- a) Debilidad muscular: torpeza y pérdida de destrezas, el paciente puede manifestar el agarrotamiento de los músculos.
- b) Espasticidad: contracción de los músculos.
- c) Hiperreflexia: se produce un aumento de reflejos como consecuencia de la pérdida del control por parte de la MNS.
- d) Signos de Hoffmann: se obtienen pinzando la uña del dedo pulgar y la repuesta patológica es la flexión de los dedos. Es típica la atrofia del primer interóseo, se manifiesta por incapacidad para la realización de la “pinza manual”.

En relación a las MNI, la explicación de los signos, mencionados anteriormente, es la siguiente:

- a) Debilidad muscular: es el síntoma más relevante de la ELA y se debe a la muerte progresiva de neuronas motoras. Inicialmente afecta a un grupo de músculos y se va difundiendo a medida que avanza la enfermedad.
- b) Atrofia muscular: es la pérdida de fibras musculares producida por la carencia de conexión del nervio a un músculo (denervación).
- c) Fasciculaciones: son contracciones espontáneas de un conjunto de fibras musculares inervadas por una misma neurona motora como consecuencia de la alteración de la excitabilidad de la membrana de la MNI o su axón.
- d) Hipotonía: supone la pérdida del tono muscular y la ausencia de reflejos miotáticos, los encargados de generar una contracción muscular por un estímulo de estiramiento del músculo.
- e) Estos autores añaden los calambres musculares que son unas contracciones dolorosas involuntarias de los músculos que se acompañan de contracturas palpables de 30 a 45 segundos.

Por último, se expone la explicación de los signos bulbares de la ELA:

- a) Disfagia, disartria, disnea y ortopnea: La disfagia es la alteración del transporte del alimento desde la boca hasta el estómago; disartria es una imprecisión articulatoria del timbre de voz; disnea es una dificultad para respirar y ortopnea es un trastorno en el que la persona tiene que mantener la cabeza elevada para poder respirar profunda y cómodamente
- b) Alteración del reflejo nauseoso y/o reflejo mentoniano: El reflejo nauseoso se produce cuando un estímulo entra en contacto con la parte posterior de la garganta o con la base de la lengua y provoca la contracción de los músculos de la faringe ocasionando náuseas. Por otro lado, el reflejo mentoniano consiste en aplicar un golpe sobre el mentón y se reacciona subiendo la mandíbula y cerrando la boca.
- c) Labilidad emocional: consiste en la risa o llanto de forma incontrolada ante mínimos estímulos emocionales o incluso sin una causa aparente.

Expuestos los signos y síntomas de la enfermedad, García-Amado (1998) indica que la ELA no afecta a las motoneuronas de los tres pares craneales (III, IV y VI) que controlan los movimientos oculares ni a las últimas raíces sacras que controlan los esfínteres de la vejiga y el recto. Esta enfermedad tampoco repercute al sistema nervioso autónomo, a los nervios sensitivos ni a las funciones corticales superiores como la inteligencia, el juicio y la memoria.

Sin embargo, se ha visto una relación bidireccional con la demencia frontotemporal, de tal manera que hasta un 50% de los pacientes con ELA tienen un deterioro cognitivo con características de fronto-temporal, y viceversa, de un tercio a la mitad de los pacientes con demencia frontotemporal tienen signos en la exploración de enfermedad de motoneurona (Lillo et al., 2014).

Las alteraciones más frecuentes de la ELA son: fatiga; problemas de movilidad que conllevan la pérdida de autonomía para atender sus necesidades básicas; problemas de alimentación como consecuencia de su debilidad muscular para tragar; problemas de ventilación pulmonar; problemas de salivación; estreñimiento por la falta de movilidad y dieta oportuna y dolor causado por los espasmos, malas posturas, por debilidad muscular simplemente al soportar peso corporal; depresión, ansiedad, insomnio tras el diagnóstico y en los cambios de la enfermedad (García-Amado, 1998; Mohr, 1987).

### **1.1.5. Formas de inicio y fases del desarrollo**

Según Arpa et al. (2009), los primeros síntomas de la enfermedad se manifiestan sin causa aparente, en ocasiones se producen después de un traumatismo, con signos de debilidad y pérdida de fuerza en cualquiera de las cuatro extremidades o en la región cefálica (bulbar). Los síntomas iniciales que motivan al sujeto a asistir al médico suelen ser:

- En las extremidades superiores por la pérdida de fuerza de las manos. Con menor frecuencia puede comenzar por una debilidad más proximal, haciendo que el sujeto tenga dificultad para levantar pesos.
- En las extremidades inferiores en forma de debilidad en los pies, al igual que la anterior también puede comenzar a nivel más proximal, pero es más infrecuente.
- En la cabeza y cuello, la debilidad de los músculos de la lengua y de la faringe da lugar a diversos grados de disartria, disfagia y disfonía. En la fase inicial, es menos frecuente, pero se pueden producir dificultades para la deglución de líquidos que provocan episodios de tos por el paso del líquido a la tráquea.
- Más raramente, la enfermedad afecta a las cuatro extremidades con síntomas de fatiga al andar o para levantar pesos. El paciente nota rigidez y torpeza para realizar los movimientos que pueden predominar en un hemicuerpo.
- Sólo el 2% de los casos comienzan con problemas respiratorios debido a que su afección comienza por los músculos respiratorios, especialmente al diafragma.

Una vez diagnosticada la enfermedad, Aldana et al. (2012) establecen que las etapas de la ELA son tres: inicial, intermedia y avanzada. En los siguientes párrafos se especifican las características de cada una de ellas.

En la etapa inicial, el sujeto comienza a sentir debilidad muscular localizada en las extremidades o a nivel bulbar. Lo más característico en esta fase es la asociación de síntomas y signos de afectación de MNS y MNI en un mismo territorio muscular. Los síntomas más frecuentes de esta etapa son:

- Debilidad, generalmente en las zonas distales en una extremidad, mano o pie. Cuando la afección es bulbar se manifiestan disartria, disfonía, y con menor frecuencia, disfagia de líquidos. En algunas

ocasiones puede iniciarse la debilidad en un hemicuerpo (forma hemipléjica) y muy infrecuentemente por síntomas respiratorios (disnea) por una afectación del diafragma.

- Atrofia muscular
- Fasciculaciones
- Calambres musculares
- Alteración del tono muscular: espasticidad o hipotonía según la afectación MNS o MNI.
- Signo de Babinski: extensión del primer dedo del pie, como consecuencia de la estimulación de la planta del pie, que se realiza durante la obtención del reflejo cutáneo plantar. Es significativo de una lesión de la vía corticoespinal.
- Estadio emocional: depresión o ansiedad.

La fase intermedia de la enfermedad se va a caracterizar por la progresión de la debilidad muscular en cuanto a extensión e intensidad, produciendo en el paciente limitaciones de moderadas a graves. Los síntomas de esta fase son:

- Debilidad muscular con parálisis de los miembros superiores y/o de los inferiores, alterando o impidiendo la deambulación.
- Alteración en el sistema fonador: disartria, disfonía o hipofonía.
- Sistemas deglutorios: disfagia, inicialmente para líquidos, que si no se trata adecuadamente puede conllevar problemas como la deshidratación, desnutrición, pérdida de peso, complicaciones respiratorias y un exceso de saliva en la boca.
- Labilidad emocional
- Dolor por calambres o presión en relación con la inmovilización.
- Trastorno del estado de ánimo: depresión y ansiedad.
- Trastorno del sueño: insomnio nocturno y somnolencia diurna.
- Trastorno del ritmo intestinal: estreñimiento.

Por último, la fase avanzada conlleva la progresión de la debilidad muscular hasta el punto de dejarles incapacitados. En esta etapa, el paciente permanecerá prácticamente inmóvil en la cama, tendrá dificultades o será imposible que se comunique oralmente, se alimentará a través de una sonda de gastrostomía y precisará de asistencia ventilatoria. El fallecimiento puede suceder por un empeoramiento brusco, por una infección que empeora su capacidad respiratoria, por un aumento de las secreciones bronquiales, o por un descenso del nivel de conciencia en relación con la retención de anhídrido carbónico hasta producirse la parada respiratoria.

### 1.1.6. Prevalencia e incidencia de la enfermedad

Según Alcalde y Pejenaute (2017), la incidencia de la ELA es de 2-3 personas por cada 100000 habitantes al año y su prevalencia es de 8-10/100000 personas. En España, la Sociedad de Neurología afirma que esta enfermedad es la tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, después de la demencia y la enfermedad de Parkinson, con una incidencia de tres casos nuevos al día y unos 900 al año.

La siguiente parte se centra en los datos de la población afectada por ELA en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Mientras se investigaba sobre la prevalencia de la enfermedad, se encontró la Orden SAN/113/2014, que establece que nuestra Comunidad cuenta con Registro Enfermedad Raras Castilla Y León (RERCYL), es un sistema de información en el que se recogen los datos y la clasificación de los casos de Enfermedades Raras en la provincia de Castilla y León (BOCYL, 28/02/2014). Con la realización de un expone-solicita, recogido en el Anexo I, la Consejería de Sanidad de Valladolid facilitó los datos que se exponen a continuación.

Los datos facilitados se encuentran en el Anexo II y con ellos se han extraído estadísticas relativas al sumatorio de personas y la media de edad de diagnósticos. En la tabla 2 se muestran los géneros afectados por cada provincia, el número de personas afectadas por provincia y el sumatorio total de ambos géneros y de las personas afectadas por la ELA en cada provincia.

Tabla 2:

*Personas afectadas por la ELA en Castilla y León*

Personas afectadas por la ELA			
Provincia	Hombres	Mujeres	Sumatorio total
Ávila	$\Sigma=18$	$\Sigma=17$	$\Sigma=35$
Burgos	$\Sigma=56$	$\Sigma=27$	$\Sigma=83$
León	$\Sigma=52$	$\Sigma=40$	$\Sigma=92$
Palencia	$\Sigma=24$	$\Sigma=24$	$\Sigma=48$
Salamanca	$\Sigma=37$	$\Sigma=34$	$\Sigma=71$
Segovia	$\Sigma=23$	$\Sigma=19$	$\Sigma=42$
Soria	$\Sigma=12$	$\Sigma=14$	$\Sigma=26$
Valladolid	$\Sigma=62$	$\Sigma=47$	$\Sigma=109$
Zamora	$\Sigma=19$	$\Sigma=23$	$\Sigma=42$
TOTAL	$\Sigma=303$	$\Sigma=245$	$\Sigma=548$

Según los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2017, la población de Castilla y León era de 2.425.801 de las que 548 estaban afectadas por la ELA (0,023% de la población). Observando los datos de la tabla y los de la población del INE, se puede identificar una relación directamente proporcional entre población y personas afectadas por esta enfermedad. Valladolid (109) es la

provincia más poblada y es la que mayor incidencia posee, seguida de León (92) y Burgos (83). Las provincias con menor número de personas afectadas son Soria (26) y Ávila (35). Por otro lado, en la tabla se puede reconocer que el género masculino tiene mayor predominio, 58 personas más, que el femenino. En provincias como Soria y Zamora se puede apreciar que existe un mayor número de mujeres afectadas, 14 mujeres frente a 12 de hombres y 23 mujeres frente a los 19 hombres, respectivamente. Para clarificar los datos expuestos en la tabla, se ha diseñado un gráfico de barras (figura 2) donde se recogen las diferencias entre las provincias y los sexos.

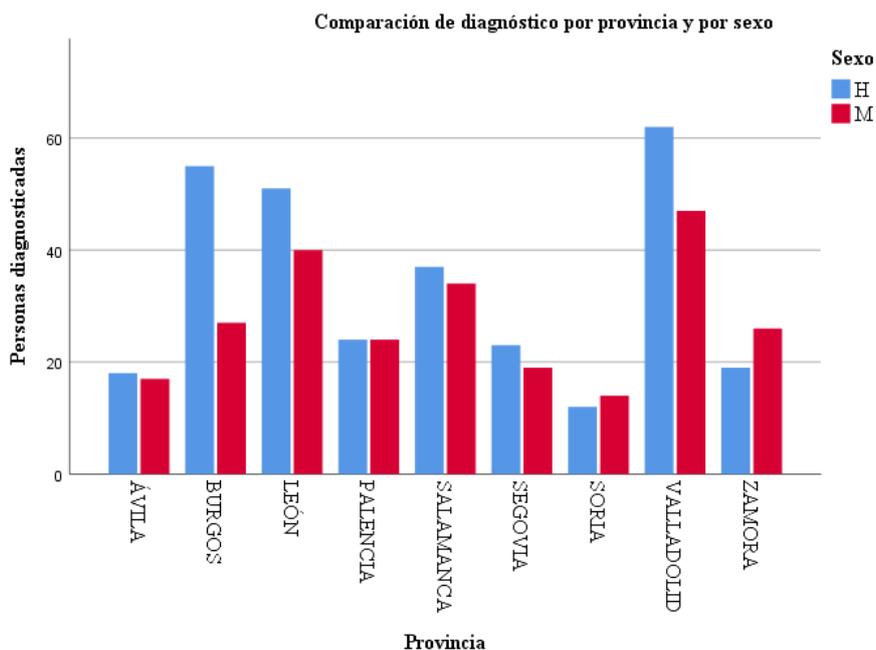


Figura 2. Comparación de diagnóstico por provincia y por sexo.

Referente a la edad de diagnóstico se consideró oportuno hallar la media general, la media en hombres y mujeres, y la misma media en cada provincia. Los datos extraídos se encuentran recogidos en el Anexo III. La media de edad de los diagnósticos que han recibido las personas afectadas por esta enfermedad está en los 66,35 años. En el análisis de los datos se puede observar que las mujeres tienen una edad de diagnóstico más tardío que los hombres (66,97 años frente a los 65,85 años).

Según los datos, las personas con un diagnóstico más temprano en el género femenino son Ávila y Segovia, 60,06 y 61,21 años respectivamente; mientras que en el género masculino son: Segovia con 62,83 años, Salamanca con 64,19 años y Burgos con 64,36 años. Por el contrario, las provincias con un diagnóstico más tardío son: Burgos (69,30), León (69,35) y Zamora (69,23) en el ámbito femenino; y León (68,06), Soria (68) y Palencia (67,96) en el masculino. Para clarificar la información se ha creado el siguiente gráfico de líneas (figura 3), donde se recogen la media de las edades de diagnóstico de cada sexo en cada provincia:

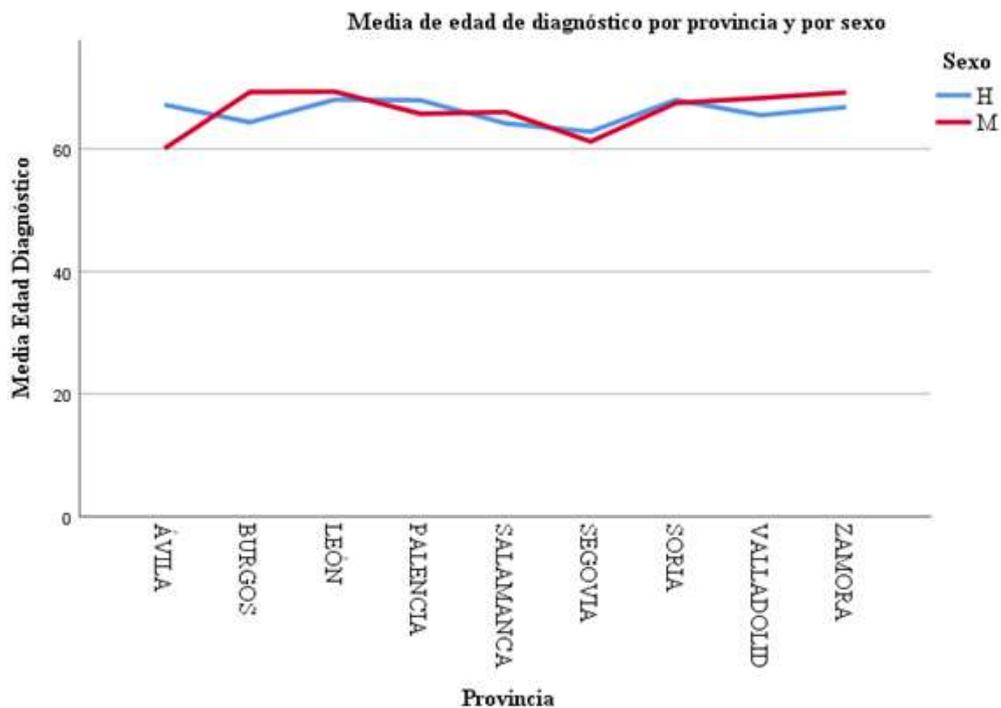


Figura 3. Media de edad de diagnóstico por provincia y sexo.

## 1.2. INTELIGENCIA EMOCIONAL

### 1.2.1. Introducción: El modelo de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer

Mayer y Salovey son los padres genuinos de la IE, elaboraron un modelo de IE que la define como “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimiento que faciliten el pensamiento, para comprender emociones y razonar emocionalmente y finalmente la habilidad para regular emociones positivas y ajenas” (Mayer y Salovey, 1997, p. 10). Este modelo de IE está compuesto por cuatro ramas interrelacionadas (Bisquerra, 2009; Extremera y Fernández-Berrocal, 2009; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Mayer y Salovey, 1997):

- **Percepción emocional:** es la habilidad para reconocer emociones y sentimientos tanto propios como ajenos.
- **Facilitación emocional del pensamiento:** se produce en el momento en el que integramos la emoción y la cognición cuando razonamos o intentamos solucionar un problema.
- **Comprensión emocional:** es el proceso en el que se analiza, comprende y se otorgan etiquetas a las emociones.
- **Regulación emocional:** capacidad para gestionar las emociones en uno mismo y en los otros, reduciendo el efecto de las negativas y potenciando las positivas.

En la figura 4 se especifican los aspectos de cada rama:

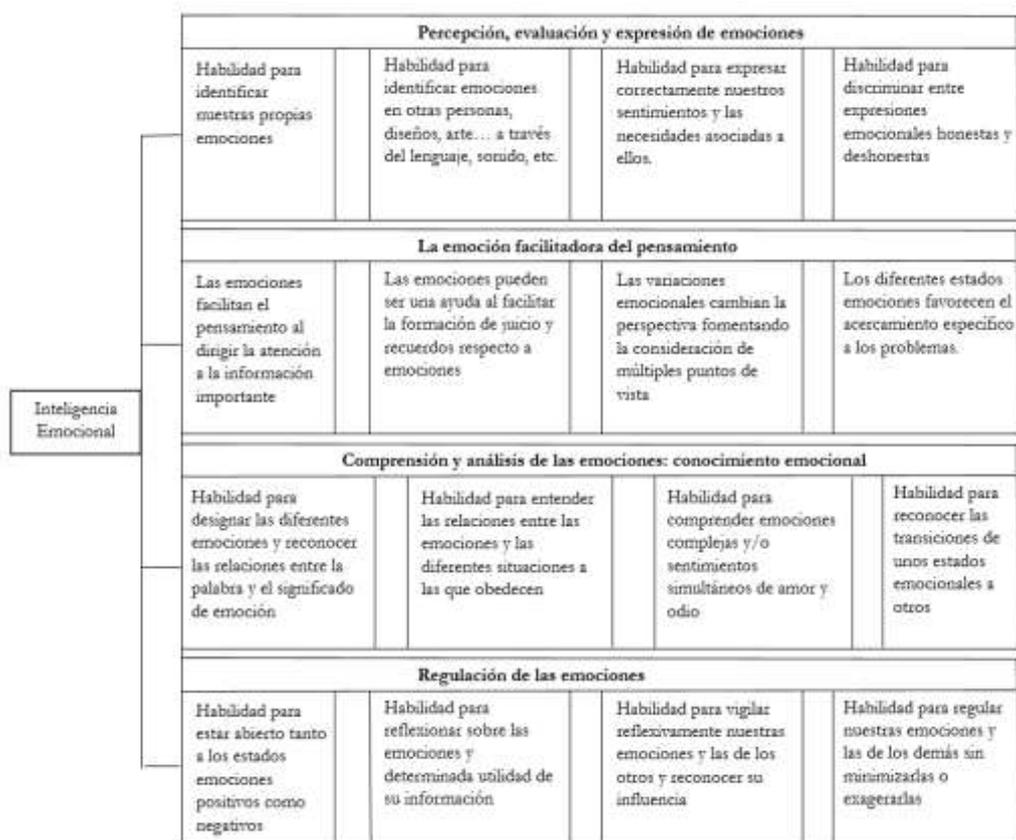


Figura 4. Modelo de IE (Mayer y Salovey, 1997, p.11).

### 1.2.2. Emociones: definición, componentes y proceso

Mestre y Guil (2012) definen la emoción como “una respuesta elicitada por un estímulo o situación temporalmente próximo y conocido. Puede tener connotaciones positivas o negativas, pero siempre se encuentra vinculada a la adaptación ante situaciones que suponen una amenaza para el equilibrio del organismo” (p. 50). Bisquerra (2009) añade que ante una misma situación, diversas personas puede tener una reacción emocional completamente diferente, esto se debe al estilo valorativo que es particular y depende de cada persona. El mismo autor menciona que los componentes de una emoción son los siguientes:

- **Componente neurofisiológico:** consiste en las respuestas involuntarias como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, cambio de tono muscular, secreciones hormonales, respiración, presión sanguínea, etc. Las emociones son una respuesta del organismo que se inicia en el Sistema Nervioso Central.
- **Componente comportamental:** se corresponde con la expresión emocional del individuo, a través de ésta podemos identificar el tipo de emoción que está experimentando.

- **Componente cognitivo:** se identifica con la experiencia emocional subjetiva del sujeto y la forma que predomina a la hora de afrontar un problema. A ese proceso se le denomina como sentimiento.

A estos tres componentes, Ordóñez y González (2014) añaden el **componente funcional** que hace referencia a la repercusión que tiene una emoción en el sujeto. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, Bisquerra (2009) concreta que la emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. En la figura 5 se expone un resumen para clarificar cómo se activa una emoción:

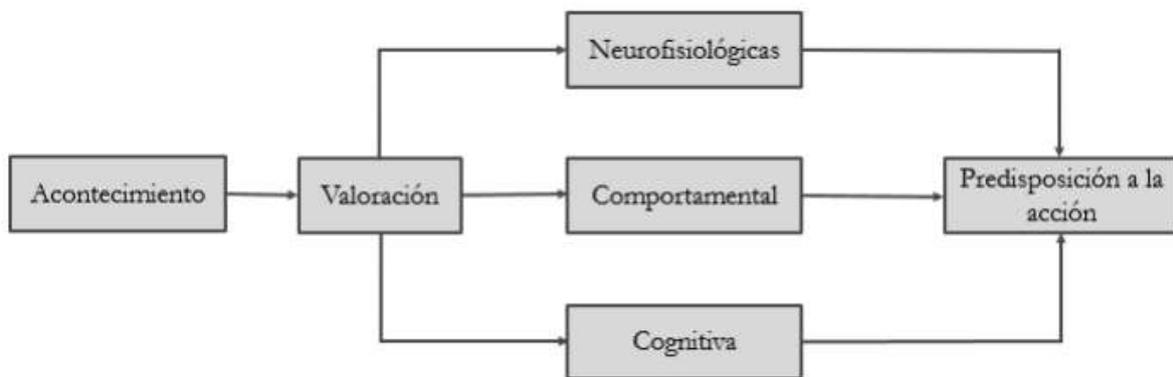


Figura 5. Modelo de emoción (Bisquerra, 2009, p.20).

En los párrafos anteriores se ha establecido qué es una emoción, pero, ¿cuál es el proceso de una emoción? Bisquerra (2009) menciona que las emociones son procesadas por el sistema nervioso y Maganto y Maganto (2010) establecen que los pasos del proceso emocional son los siguientes:

1. El sistema sensorial recibe la información, las sensaciones son la principal fuente del conocimiento, son canales básicos por los que la información llega al cerebro y se transforma en pensamiento y sentimientos. Con ello se puede concretar que el origen de la emoción está en los sentidos.
2. Procesar la información a través del sistema emocional y cognitivo. En éste intervienen el bulbo raquídeo, sistema límbico y el neocórtex.

En primer lugar, el bulbo raquídeo es la parte del cerebro que se encarga de las funciones vitales que no realizamos de forma consciente y dirige los impulsos, instintos y los reflejos. Aunque el bulbo raquídeo no sea el responsable de los aprendizajes que se automatizan, se incluyen en dicha zona cerebral.

En segundo lugar, el sistema límbico es el centro emocional del cerebro ya que es el responsable de las emociones. Dentro de éste, existen otras estructuras importantes en el proceso de la emoción como el hipocampo y la amígdala. Esta última es la especialista de las funciones emocionales.

En tercer y último lugar, el neocórtex añadió a los instintos, impulsos y emociones la capacidad de pensar de forma abstracta. Comprende la parte externa de los hemisferios, especialmente, el lóbulo frontal que responde a cuestionares racionales y de los sentimientos. El autor los define como una actividad nerviosa y neuronal que se activa con el sistema límbico, modulados por el neocórtex y ejecutados por el hipotálamo a través de la secreción de hormonas.

Se podría decir que los dos primeros componentes dan respuestas rápidas ante un peligro eminente y actúan con conductas de seguridad preprogramadas, mientras que la tercera parte actúa relativizando la situación emocional y poniendo orden en situaciones conflictivas.

3. Responder a la información a través del sistema conductual. El modo de responder depende de cada persona y de diversas variables como: nivel de necesidad, edad, sexo, personalidad, contexto social, entre otros. Esta respuesta es una acción interiorizada a través del pensamiento y emoción que se manifiesta a través del lenguaje verbal y corporal. Es decir, es la forma de exteriorizar nuestro procesamiento emocional.

En la figura 6 se establece un esquema sencillo de los aspectos explicados con anterioridad.

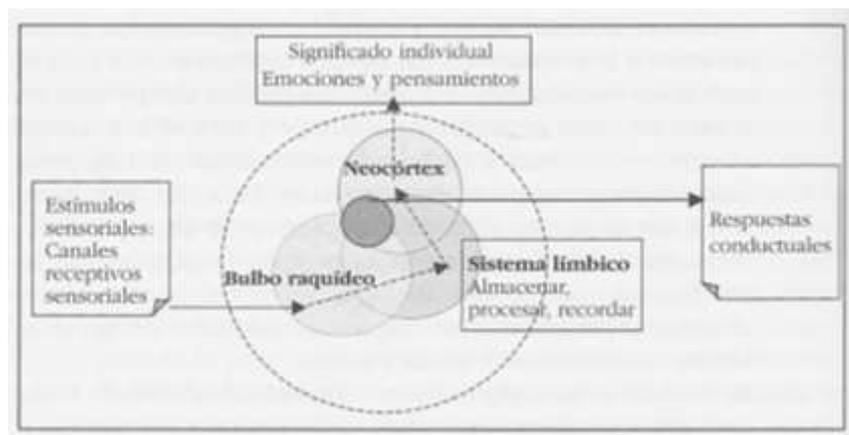


Figura 6. Funcionamiento del cerebro emocional (Maganto y Maganto, 2009, p. 32)

### 1.2.3. Funciones de las emociones

Según Bisquerra (2009), las emociones tienen diversas funciones: adaptativas, motivadora, informativa, social, personal, en los procesos mentales, en la toma de decisiones y en el bienestar. Todas recalcan la importancia de la emoción en nuestra vida, a continuación, se expone una breve explicación de cada una de ellas.

1. Función adaptativa: dado que las emociones juegan un papel muy importante en las personas a la hora de adaptarse al ambiente para asegurarse la supervivencia.
2. Función motivadora: de la conducta ya que se ha demostrado la relación que existe entre emoción y motivación.

3. Función de información: alterando el equilibrio intraorgánico para informar en dos dimensiones: información del propio sujeto e informar a las personas con las que convive de los estados emocionales del sujeto.
4. Función social: para comunicar a los demás cómo nos sentimos, desarrollando la comunicación interpersonal.
5. Función en la toma de decisiones: otorgándole un papel muy importante a las emociones.
6. Función en otros procesos mentales: afectando a la memoria, razonamiento, creatividad, entre otros. Se ha demostrado que las personas más felices poseen una organización cognitiva más flexible produciéndose más asociaciones neuronales que las normales.
7. Función en el desarrollo personal: ya que las emociones tienen la capacidad de centrar la atención en un tema específico.
8. Función en el bienestar subjetivo: en el que las emociones contribuyen al bienestar del sujeto: las emociones positivas que se concretan en el punto 1.3.

Mestre y Guil (2012) a las funciones anteriores, dentro de la dimensión intrapersonal, añaden las siguientes funciones con relación a:

9. La pérdida de la homeostasis ante una situación de activación emocional máxima.
10. La recuperación de la homeostasis al experimentar emociones contrarias y recuperar el equilibrio emocional.
11. En el plano diádico, las emociones organizan las relaciones significativas ya que ayudan a conocer las emociones, creencias e intenciones de otras personas; guardan relación el aprendizaje de las pautas sociales y es el paso anterior a recibir el feedback ante una circunstancia.
12. En el plano cultural puesto que están impregnadas por influencias sociales y culturales.

#### **1.2.4. Clasificación de las emociones**

A la hora de clasificar las emociones, cada teórico propone la suya. En primer lugar, se expondrá la clasificación de Mestre et al. (2017) y luego, teniendo en cuenta la clasificación psicopedagógica que establece Bisquera (2009), se realiza una comparación entre ambas formas.

Mestre et al. (2017) establecen que las emociones pueden dividirse en emociones primarias básicas y secundarias o sociales. Las primarias son aprendidas en la infancia y son las primeras en ser reconocidas y comprendidas mientras que las secundarias son aprendidas en otros contextos sociales e implican una mezcla con las otras emociones. Las emociones primarias son:

- El miedo es una respuesta física y psicológica ante la amenaza de un posible daño.
- El asco surge como una reacción al ingerir una sustancia dañina o que tiene propiedades contaminantes.

- La ira es una emoción que se presenta cuando el organismo se bloquea en la consecución de una meta o en la obtención de una necesidad.
- La tristeza surge como respuesta a sucesos displacenteros que denotan pesadumbre o melancolía.
- La sorpresa, la recogen dentro de emociones primarias, aunque fue eliminada de este grupo. Esta emoción surge como respuesta inicial a un evento inesperado.
- La alegría surge por la existencia de sucesos positivos que son beneficiosos y proporcionan bienestar en la persona.

Expuestas las emociones primarias, se concretarán las emociones secundarias o sociales. Éstas dependen de la cultura, el aprendizaje o del desarrollo ontogénico del individuo. A diferencia de las primarias, que intervienen en la relación con el entorno y la satisfacción de sus necesidades, las secundarias cobran especial importancia en el círculo social del sujeto. La clasificación que proponen es la siguientes:

- Las existenciales: ansiedad-miedo con sus señales física y fisiológicas las más frecuentes son sudoración, ligeros mareos o boca más seca; vergüenza y culpa como una evaluación negativa del yo.
- Las emociones desagradables: ira en versión de rabia o enfado, celos se manifiestan cuando sentimos que nuestra relación está siendo amenazada y endivia al compararnos con una persona.
- Cuando la vida no es desfavorable: de la tristeza y la depresión al alivio y la esperanza
- Cuando la vida es favorable: emociones positivas, de las que hablaremos más adelante.

Bisquerra (2009) propuso una clasificación psicopedagógica de las emociones, clasificación que se empleó en el programa de intervención y se encuentra expuesta detalladamente en el Anexo IV. Los autores mencionados anteriormente establecían las emociones primarias y las secundarias. Sin embargo, la organización que plantea Bisquerra es: negativas, positivas y ambiguas y, dentro de cada una de ellas, recoge las que plantean los primeros autores.

Por un lado, dentro de las emociones negativas recoge las emociones primarias de miedo, ira y asco, que planteaban Mestre et al., y añade la tristeza y la ansiedad, que ellos consideraban que eran secundarias. Ambos autores comparten que la emoción de la vergüenza es secundaria. Por otro lado, en las emociones positivas Bisquerra recoge la alegría, el amor y la felicidad e introduce una nueva acepción: las emociones ambiguas donde incluye la sorpresa. La alegría y la sorpresa, según la clasificación de Mestre et al. se consideraban emociones primarias.

### **1.2.5. Gestión emocional**

Mestre y Guil (2012) afirman que la regulación emocional es un medio para optimizar la adaptación de una persona a su entorno personal y social. Para que este proceso sea efectivo, el sujeto debe identificar el objetivo, el estado final que desea y tomar consciencia de la manera en la que se ha producido, prestando

atención a cada paso. En la misma línea, Mestre et al. (2017) mencionan que la gestión emocional implica “un procesamiento cognitivo completo (percibir, atender y tomar decisiones) para afrontar una situación que consideran relevante para sus intenciones, metas u objetivos” (p.112).

Mestre y Guil (2012) y Mestre et al. (2017) apoyan que el proceso de regulación emocional está compuesto por las siguientes estrategias en función del momento o del proceso de transacción entre la persona y su entorno. En la figura 7 se presentan los pasos a seguir:

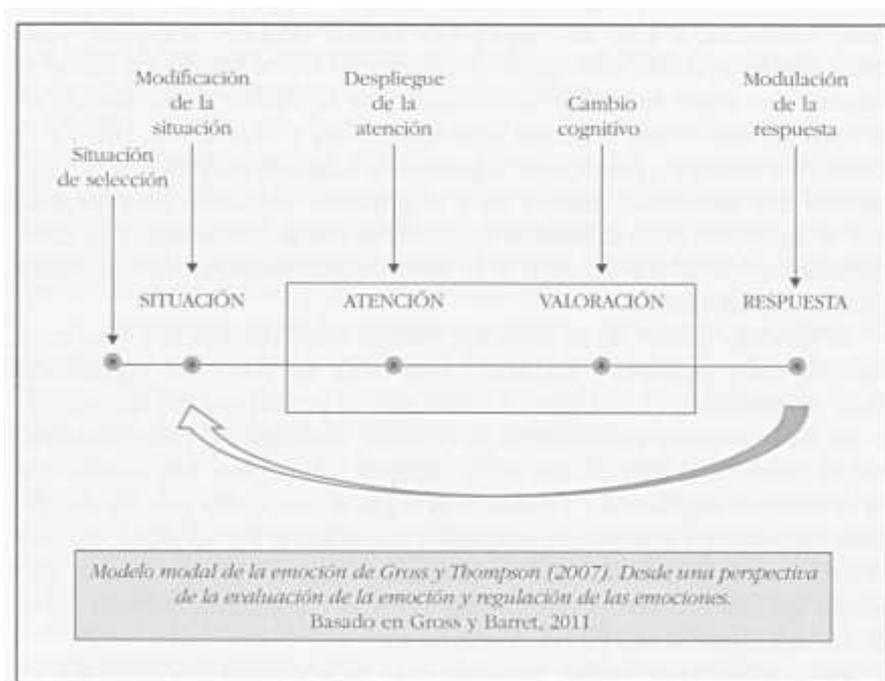


Figura 7. Modelo modal de la emoción de Gros y Thompson (2007, citado en Mestre y Guil, 2012) (Mestre y Guil, 2012, p.23).

Una vez especificados los pasos, siguiendo a Mestre y Guil (2012) y Mestre y et al. (2017), se detalla cada uno:

1. Selección de la situación: implica tomar conciencia de las acciones para poder regular sus emociones en un futuro cercano.
2. Modificación de la situación: conlleva un análisis reflexivo sobre cómo podemos cambiar el impacto de una emoción modificando la situación.
3. Despliegue atencional consiste en prestar atención a una situación concreto puesto que influirá en el ámbito emocional del sujeto.
4. Cambio cognitivo se corresponde con la evaluación de la situación que altera su significado emocional; dependiendo de ésta, el sujeto experimentará unas emociones u otras. Esta estrategia se corresponde con estilo valorativo de Bisquerra (2009), que se mencionó en el apartado 1.2.2.
5. Modulación de la respuesta a través de diversos ejercicios como puede ser mindfulness o el ejercicio físico.

### **1.2.6. ELA y emociones**

Según Salas, Lacasta y Marín (2002), la ELA es una enfermedad con un fuerte impacto emocional y consideran que los factores psicológicos no sólo tienen efectos sobre la calidad de vida, sino que también influyen sobre el funcionamiento biológico. Por ende, a las emociones se les otorga gran importancia ya que intervienen en la forma que tiene el sujeto de enfrentarse a la enfermedad de manera más equilibrada y en el desarrollo de la misma. En la misma línea, Cruz (2004) establece que el ámbito emocional repercute en el desencadenamiento y forma de evolución de los malestares de la enfermedad.

Según Kübler-Ross (1969, citado en Avia y Vázquez, 2018), las fases emocionales por las que va a pasar una persona que recibe el diagnóstico de un enfermedad terminal son las siguientes: 1) Negación de que eso le está ocurriendo a él o que ése sea su destino, 2) Ira contra su infortunio 3) Negociación o intento de cambiar su destino mediante rezos, invocaciones, promesas a sí mismo de cambios de estilo de vida, etc. 4) Depresión y 5) Aceptación del destino. Por otro lado, Cruz (2004) señala que los sentimientos de una persona con ELA van a cambiar conforme a la fase en la que se encuentre: 1) Primera: incertidumbre/confusión, 2) Segunda: desconcierto al recibir el diagnóstico, 3) Tercera: oposición y aislamiento, 4) Cuarta: ira o agresividad, 5) Quinta: tristeza y 6) Sexta: adaptación.

Algunos aspectos emocionales a tener en cuenta en la intervención son: crear un marco de confianza y un clima donde el sujeto exprese sus emociones y necesidades; escucharle activamente; confrontar los miedos y preocupaciones; fortalecer sus recursos y procurar la máxima autonomía tanto física como psicológica centrándonos en el aquí y el ahora (Salas et al., 2002). Cruz (2004) añade: generar actitudes positivas que promuevan la comunicación emocional, esperanza y deseos de vivir y, por tanto, capacidad para enfrentarse con toda la fuerza de la mente a la enfermedad; desarrollar una actitud positiva ante las ayudas necesarias para mejorar su calidad de vida y potenciar la comunicación emocional dentro de los miembros de la familia para evitar posibles problemas psicológicos.

## **1.3. PSICOLOGÍA POSITIVA**

### **1.3.1. Introducción: Psicología Positiva**

Según Hervás (2009), la PsP surge en 1999 y fue definida por Martin Seligman, cuando en 1998 fue nombrado presidente de la Asociación Americana de Psicología y propuso un cambio en este ámbito. El motivo fundamental fue fomentar el interés de los investigadores potenciando los aspectos positivos del Ser Humano; aspectos que hasta el momento habían quedado desatendidos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Por ende, Hervás (2009) define la PsP como “un conjunto de temas de estudio y de conclusiones de investigación que tienen como vínculo común el estar centrados en aspectos positivos” (p.37).

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) afirman que su “mensaje es recordar que la psicología no es solo el estudio de la patología, la debilidad y el daño; también es el estudio de la fuerza y la virtud” (p.7); consecuentemente, su misión era comprender y desarrollar estas virtudes en las personas. En la misma línea, mencionan que el tratamiento de la PsP tendría un efecto de “amortiguador” ante las enfermedades mentales.

Seligman (2011) valora que la PsP por el valor intrínseco que tiene en la persona. Once años antes, el mismo autor mencionó que...

El campo de la psicología positiva en el nivel subjetivo se trata de experiencias subjetivas valoradas: bienestar, alegría y satisfacción (en el pasado); esperanza y optimismo (para el futuro) y flujo y felicidad (en el presente). A nivel individual, se trata de rasgos individuales positivos: la capacidad para el amor y la vocación, el coraje, la habilidad interpersonal, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la mentalidad futura, la espiritualidad, el alto talento y la sabiduría. A nivel de grupo, se trata de las virtudes cívicas y las instituciones que se mueven individualmente hacia una mejor ciudadanía: responsabilidad, cuidado, altruismo, civismo, moderación, tolerancia y ética laboral (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, p. 5).

Martin Seligman estableció tres grandes bloques dentro del tratamiento de la PsP: el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas (Hervás, 2009; Seligman, 2014). Con relación a las emociones positivas, en este apartado no se comentará nada puesto que los siguientes epígrafes se dedicarán a una explicación más específica. En los siguientes párrafos se concretarán los aspectos relacionados con el estudio de los rasgos positivos y las organizaciones positivas.

Los rasgos positivos se corresponden con las capacidades y fortalezas humanas dentro del ámbito de la PsP; ambas comparten similitudes, pero se diferencian porque las fortalezas son rasgos morales mientras que las capacidades no. Las fortalezas y virtudes son características psicológicas que se presentan en distintas situaciones a lo largo de un tiempo (Seligman, 2014). Avia y Vázquez (2018) apoyaban la investigación de este aspecto ya que consideraban que las fortalezas eran algo esencial de las personas y, desde la psicología, necesitaban ser tratadas para que no se obviasen. El Ser Humano puede poseer 24 fortalezas que se agrupan bajo 6 conjuntos de virtudes (Seligman, 2014; Hervás, 2009; Fernández-Abascal, 2009); en la tabla 3 se concretan la clasificación de dichas fortalezas.

Tabla 3:  
Fortalezas desde el ámbito de la PsP

Sabiduría y conocimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curiosidad e interés por el mundo que conlleva una apertura a diferentes experiencias y flexibilidad ante temas que no encajan con nuestras ideas previas.</li> <li>- Amor por el conocimiento</li> <li>- Pensamiento crítico, analizando con detenimiento las cosas desde diversos puntos de vista.</li> <li>- Originalidad/ inteligencia práctica/ perspicacia</li> <li>- Inteligencia emocional/social siendo consciente de las motivaciones y sentimientos de la gente de su alrededor y del mismo, sabiendo responderlas de forma adecuada.</li> <li>- Diferentes perspectivas ante los problemas</li> </ul>
Valor
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valor y valentía</li> <li>- Perseverancia/laboriosidad</li> <li>- Integridad/autenticidad/honestidad</li> </ul>
Humanidad y amor
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bondad y generosidad</li> <li>- Amar y dejarse amar</li> </ul>
Justicia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Civismo, trabajo en equipo, lealtad</li> <li>- Imparcialidad y equidad sin dejarse dominar por sus sentimientos</li> <li>- Liderazgo</li> </ul>
Templanza
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autocontrol</li> <li>- Prudencia/discreción/cautela</li> <li>- Humildad y modestia</li> </ul>
Trascendencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfrutar de la belleza y la excelencia</li> <li>- Gratitud</li> <li>- Esperanza</li> <li>- Optimismo, esperanza y previsión</li> <li>- Espiritualidad</li> <li>- Perdón y clemencia</li> <li>- Picardía y sentido del humor</li> <li>- Entusiasmo</li> </ul>

Así mismo, Hervás (2009) concreta que la resiliencia y el crecimiento ante la adversidad es uno de los campos más fructíferos de la PsP; definiendo la resiliencia como la capacidad del Ser Humano para adaptarse a una situación traumática, sin que se generen reacciones psicopatológicas o problemas de adaptación relevantes.

El estudio de las organizaciones positivas era el último elemento de la PsP, se corresponde con el bienestar, que es un área importante que tiene gran impacto a nivel social (Hervás, 2009). Seligman (2011) considera que es el núcleo de la PsP ya que el patrón de oro para medir el crecimiento personal y el objetivo principal de la PsP es aumentarlo. En el siguiente epígrafe se presentan aspectos significativos sobre las emociones positivas.

### 1.3.2. Emociones Positivas: definición, características y clasificación

Antes de concretar las emociones positivas, es necesario indicar que se emplearán los términos de “positivo” y “negativo” como tonos hedónicos, como sentimientos agradables o desagradables, como valencias afectivas positivas o negativas y no como algo bueno o malo. Tradicionalmente el campo de la psicología sólo prestaba atención a las emociones negativas y a los impactos que causaban en el sujeto. Pero a principios del siglo XXI la situación cambió, con el surgimiento de la PsP, la psicología comenzó a enfatizar en las emociones positivas y en la repercusión que tienen en las personas (Avia y Vázquez, 2018; Seligman, 2014; Seligman, 2011; Bisquerra, 2009; Hervás, 2009 y Ríos y Sánchez, 2009).

Como ya se mencionó en el apartado de la introducción, las emociones positivas son uno de los tres pilares de la PsP. Bisquerra (2009) afirma que estas emociones se experimentan ante situaciones de progreso para conseguir los objetivos personales. Dichos objetivos se corresponden con asegurar la supervivencia y progreso hacia el bienestar, las emociones que se generan en esos momentos son agradables y proporcionan disfrute y bienestar. Por ende, Fredrickson (2001) menciona que la misión de las emociones positivas es que se conviertan en “marcadores de florecimiento u óptimo bienestar” (p.218).

En la misma línea, Barragán y Morales (2014) definen las emociones positivas como “una respuesta simple con manifestaciones fisiológicas que suelen ser breves pero precisas, las cuales se convertirán en el reflejo exteriorizado de lo que la persona siente ante el estímulo o situación a la que se esté enfrentando” (p. 104). Fredrickson (2001) también menciona que las emociones positivas son fugaces, pero comenta que tienen consecuencias más duraderas ya que tienen la capacidad de transformar a las personas y otorgarles ciertas cualidades que provoquen que su vida mejore en el futuro.

Fernández-Abascal (2009) relaciona este término con la satisfacción porque afirma que cualquier emoción positiva nos hace más felices y esto conlleva a estar más satisfechos con nuestra vida. Con la motivación para cumplir reglas puesto que nos incita a comportarnos de una manera adecuada y con las virtudes personales porque, como ya se ha mencionado anteriormente, la PsP desarrolla las fortalezas humanas.

Ríos y Sánchez (2009), como se mencionó en el segundo apartado donde se especificaba el proceso de formación de una emoción, afirman que el primer paso para sentir una emoción positiva es la percepción del estímulo que se va a producir. Después, la respuesta observable y la sensación que se experimenta se producen gracias al sistema límbico y el hipotálamo. A continuación, se exponen los componentes que interviene en el proceso para crear emociones positivas y la finalidad de cada uno de ellos:

- Amígdala: especialmente útil en las emociones negativas, con las positivas se produce un descenso de su actividad.
- Hipotálamo: segrega hormonas que afectan al funcionamiento corporal.

- La corteza prefrontal orbital: que es la responsable de la conciencia de las experiencias emocionales, es decir, detecta cuándo un estímulo tiene asociada una emoción.
- Corteza prefrontal medial: se relaciona con la modulación de las respuestas de ansiedad ante ciertas situaciones que ponen en juego el bienestar del sujeto.
- Corteza frontal dorsolateral: zona de convergencia entre la información cognitiva y afectiva.
- Corteza parieto-occipital: favorece el procesamiento de las emociones en general.
- Ganglios basales: se relacionan con la programación e inicio de conductas emocionales, las emociones positivas activan más frecuentemente estos ganglios.
- Áreas septales: dentro de éstas se destacan el área central del estriado y el núcleo accumbens, ambas están relacionadas con la anticipación de recompensas o sensaciones placenteras que producen premios.

En los siguientes párrafos se concretarán las emociones que se engloban en las emociones positivas siguiendo a diferentes autores. En primer lugar, Fredrickson (1998; 2001), una de las principales investigadoras de las emociones positivas, desarrolló un modelo evolucionista específico para las mismas y concretó cuatro estados emocionales positivos básicos: alegría, interés, satisfacción y amor. En segundo lugar, Seligman (2014) establece el positivismo como emoción positiva, después Fernández-Abascal (2015), dentro de su clasificación introduce las EP de Seligman y Fredrickson, obvian el interés e introduce las siguientes emociones positivas: diversión, entusiasmo, compasión, agrado, gratitud, placer, esperanza, deseo, valor (como voluntad para afrontar situaciones adversas), orgullo, calma, vigor para resistir los esfuerzos y desarrollarse y positividad.

Por otro lado, Maganto y Etxeberria (2010), teniendo en cuenta las emociones que más afectan en nuestro día a día, han introducido dentro de las emociones positivas: la resiliencia (afrontar, construir, transformar), el optimismo y la experiencia positiva de fluir. Csikszentmihalyi (2009) es el fundador de la emoción positiva de “fluir” y lo define como la capacidad de disfrutar de los retos y de dominarlos para favorecer el desarrollo individual y cultural. Para finalizar, Barragán y Morales (2014) suprime el optimismo e introduce el bienestar, la elevación (fuerte sentimiento de afecto) y el humor.

### **1.3.3. Efectos de las Emociones Positivas**

Según Fredrickson (1998) experimentar emociones positivas es una actividad que contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas puesto que “ensanchan nuestro repertorio de ideas y de acciones y nos ayudan a cimentar (construir) recursos mentales duraderos” (Fredrickson, 2004, p.75). Fernández-Abascal (2009) reafirma las consecuencias de estas emociones y establece que tienen una repercusión bioquímica, social, cognitiva, ante el distress y la salud, regulación de la conducta y autorregulación emocional. A continuación, se especifican cada uno de los efectos.

- Efectos bioquímicos, las emociones positivas generan dopamina que actúa como neurotransmisor en las regiones del cerebro que controlan la emoción, el movimiento, la motivación, al tiempo que induce sensaciones agradables en el cerebro de excitación y euforia.
- Efectos sociales que mejoran las relaciones sociales del sujeto.
- Efectos cognitivos. Las emociones positivas promueven estrategias cognitivas específicas y aumentan los recursos intelectuales. Según Avia y Vázquez (2018), la influencia que ejercen las emociones positivas afecta a los procesos de pensamiento son:
  - (1) Si el estado de ánimo es bueno, el juicio es más benévolo tanto con uno mismo, como con los demás.
  - (2) Estar felices hace que se recuerde información que consolidó nuestro bienestar.
  - (3) Generar pensamientos más flexibles, menos rígidos
  - (4) Desarrollar el pensamiento divergente. Así mismo, Fredrickson (2004) afirma que la creatividad también depende del estado de ánimo de la persona.
  - (5) Mayor capacidad para tomar decisiones

Dentro de los efectos cognitivos Fernández-Abascal (2015) añade el afrontamiento activo en los problemas ya que nos lleva a ser más operativos y a tener más capacidad para resolverlos. En la siguiente imagen se puede ver una representación de cómo las emociones positivas y las negativas propician diferentes formas del procesamiento de la información.

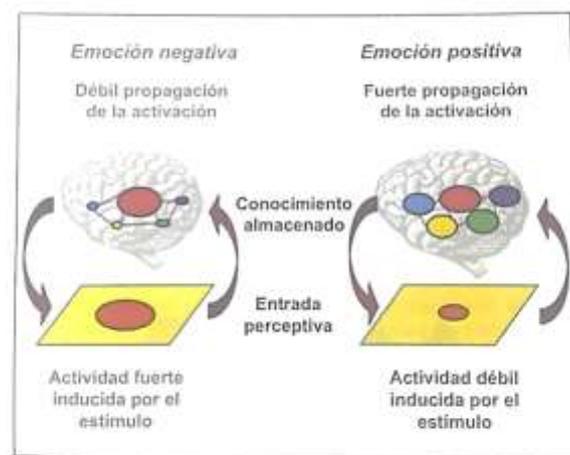


Figura 8. Diferencias en el procesamiento bajo emociones positivas y negativas (Fernández-Abascal, 2015, p. 29)

- Efectos ante el *distress* y la salud. El *distress* es el estrés que surge como consecuencia de sucesos negativos. Las emociones positivas promueven la capacidad de recuperarse de los sucesos negativos desarrollando de esta manera la capacidad de resiliencia del Ser Humano.

- Efectos en la regulación de la conducta en diversas situaciones, en este apartado se refiere a la capacidad de manejar las emociones para controlar su comportamiento siendo capaz de potenciar situaciones favorables.
- Efectos de autorregulación emocional, de manera que el sujeto es capaz de ajustar sus estados emocionales ante una situación.

A dichos efectos, teniendo en cuenta la información extraída de diversos autores, se le añaden los siguientes:

- Efecto de comunicación de las emociones positivas y mostrar que estamos disfrutando puesto que la expresión emocional es muy importante.
- Efecto de mejora y protección sobre nuestra salud tanto en el sistema inmune como en longevidad (Avia y Vázquez, 2018; Fernández-Abascal, 2015). Ésta es la razón por la que el tratamiento de la PsP y emociones positivas se está empleando en diversas enfermedades, en el siguiente epígrafe se presentan aspectos más específicos sobre este tema.

#### **1.3.4. Psicología Positiva y Emociones Positivas en una enfermedad**

Antes de introducir aspectos teóricos sobre la influencia que tiene la PsP y las emociones positivas en una enfermedad, es necesario especificar que, tras una búsqueda exhaustiva sobre dichos términos en la ELA, no se ha obtenido información que relacione los tres elementos. Por ello, para elaborar este apartado se han empleado datos sobre la influencia que ha tenido su tratamiento en otras enfermedades; así mismo, se ha realizado una reflexión, basándose en diversos autores, sobre los aspectos de la enfermedad -a nivel psicológico- y los beneficios de llevar a cabo ambos elementos.

Cuando se vivencia una situación adversa, los sentimientos dominantes son los negativos, en un primer momento tienen una función adaptativa y moderadora, pero a largo plazo son nocivos para la salud por ello es imprescindible potenciar sentimientos positivos. Dos razones que sustentan el desarrollo de las emociones positivas son: el desplazamiento de las negativas (ansiedad y depresión) ya que tienen efectos negativos en la salud y porque promueven conductas más adecuadas para hacer frente a la adversidad (Fernández, 2009). Aunque las emociones predominantes son negativas, Avia y Vázquez (2018) defienden que las emociones positivas en estas situaciones están dentro del paisaje afectivo y es necesario identificarlas y potenciarlas puesto que permiten sobrellevar situaciones trágicas como podría ser recibir el diagnóstico de la ELA.

Como se mencionó en el primer apartado del marco teórico, en el primer estadio de la ELA, los pacientes eran susceptibles a sufrir depresión o ansiedad (Aldana et al., 2012). Si se emplease un programa de PsP y emociones positivas, estos síntomas psicológicos quizá pudiesen no suceder ya que como afirma Bisquerra (2009) “las emociones positivas nos protegen frente a la depresión, incluso después de haber pasado una situación de crisis” (p. 242).

En la misma línea, Fredrickson (2001) fomenta el desarrollo de emociones positivas en situaciones traumáticas ya que afirma que son un ingrediente que contribuye a potenciar los recursos de afrontamiento ante situaciones adversas. La misma autora afirma que incrementan el bienestar de la persona y Fernández-Abascal (2015), al unísono con Fredrickson, apoya que “las emociones positivas nos hacen menos vulnerables frente a cualquier tipo de situación” (p.48). Es por ello que se han empleado en multitud de enfermedades, algunos ejemplos podrían ser: en el cáncer para reducir las emociones negativas, potenciar las positivas y el crecimiento postraumático (Ochoa et al., 2010), en la Esclerosis Múltiple con el “Programa Fierabrás” para otorgarle una visión positiva a la enfermedad (Arbea, 2009) o en enfermedades cardiovasculares ya que se ha detectado que el optimismo protege al cuerpo de las enfermedades cardiovasculares (Seligman, 2011).

Según Fernández-Abascal (2015), la implementación de las emociones positivas provoca que los enfermos sean menos vulnerables ante la sintomatología de la enfermedad, es decir, “las emociones positivas hacen que las sintomatologías nos incapaciten menos” (p. 51). Como se mencionó en el apartado teórico de la ELA, es una enfermedad degenerativa y el mismo autor, ante este tipo de enfermedades, menciona que es importante ser realista sin que los pacientes empleen el efecto positivo excesivo puesto que puede ser contraproducente “ya que en esas situaciones ser demasiado optimista puede llevar a ignorar las amenazas o a sobrestimar la capacidad y enfrentarse con la situación, dando como resultado un pobre afrontamiento” (p. 50).

Las personas afectadas por la ELA deben adaptarse a una serie de cambios progresivos y rápidos en el desarrollo motor, “mientras se está perdiendo una función, de forma inminente surge una nueva disfunción” (Cruz, 1998, p.80). En base a esto, y teniendo presentes las características de las emociones positivas, es necesario potenciarlas ya que preparan a las personas para adaptarse ante las dificultades de la vida (Bisquerra, 2009). Esto provocará que las personas se adapten con mayor facilidad ante los retos de la enfermedad, evitando sentimientos negativos que bloquean más la respuesta defensiva del organismo ante la enfermedad (Cruz, 2004).

Por otro lado, Cruz hace alusión al optimismo como emoción positiva más importante y a la capacidad de la persona para “potenciar las creencias positivas para fortalecerlos” ante la enfermedad (Cruz, 2004, p.12). Las personas optimistas son las que intentan solventar las situaciones a pesar de las dificultades (Seligman, 2011), además, en muchas ocasiones el optimismo se convierte en la profecía que se cumple a sí misma. También se ha demostrado que las personas positivas son más resistentes a los efectos psicológicos y biológicos del estrés y de las enfermedades (Avia y Vázquez, 2018). Por ello Cruz (2004) defiende la visión optimista y anima a los enfermos de la ELA a realizar aquellas tareas que estén capacitados para desarrollar y no permitan que otra persona las ejecute por ellos; de esta forma el deterioro del músculo será inferior porque continuamente se está forzando.

## **2. CAPÍTULO II: ESTUDIO EMPÍRICO**

Antes de detallar este capítulo, es necesario mencionar que el TFM consta de dos partes claramente diferenciadas; por un lado, se presenta una investigación sobre la repercusión de la IE y PsP en personas afectadas por la ELA, que se localiza en el tercer capítulo de este documento. Por otro lado, teniendo presentes dichos datos y las características del sujeto, se diseñó, implementó y evaluó el programa de intervención que se presentará en el cuarto capítulo y los resultados en el quinto capítulo.

### **2.1. IE Y PSP EN PERSONAS AFECTADAS POR LA ELA**

En los siguientes epígrafes se presentan datos relativos a los participantes, la metodología, las hipótesis que se plantearon antes de distribuir el cuestionario, el procedimiento y el instrumento que se empleó para recoger los datos cuantitativos.

#### **2.1.1. Participantes**

En la investigación participaron un total de 70 personas afectadas por la ELA. Para lograr su participación, se contactó con Plataforma de Afectados por la ELA y con CREER de Burgos. Ambas entidades se mostraron predispuestas a promocionar el cuestionario. De las personas que resolvieron el cuestionario el 58,8% fueron hombres y el 41,2% fueron mujeres; la edad media de diagnóstico de ambos géneros se estableció a los 64,17 años.

#### **2.1.2. Metodología**

El diseño empleado es la investigación por encuesta en la red (Val, 2017). Las personas afectadas por la ELA accedieron al URL facilitado y respondieron de forma anónima las cuestiones que se les planteó y se presentan en el siguiente capítulo.

#### **2.1.3. Hipótesis**

Antes de diseñar el cuestionario sobre IE y PsP para personas afectadas por la ELA, las hipótesis que se plantearon fueron las siguientes:

H1. Los sujetos no prestarán atención a sus emociones, ni intentarán controlarlas.

H2. Las personas, que realicen el cuestionario, valorarán positivamente los aspectos relacionados con la PsP.

#### **2.1.4. Procedimiento**

El procedimiento empleado fue el que proponen Casas, Repullo y Donado (2003): identificación del problema; determinación del diseño de investigación; especificación de las hipótesis; definición de las variables; selección de la muestra; diseño del cuestionario; organización del trabajo; obtención y tratamiento de los datos y análisis e interpretación de dichos resultados.

Una vez que se habían ejecutado los pasos anteriores al cuestionario, se concretaron las preguntas que se querían reflejar en dicho documento. Posteriormente, y utilizando la herramienta de Formularios del Google Doc, se creó el documento en formato digital y se compartió con las instituciones. Los profesionales, que trabajan en dichas asociaciones, se encargaron de distribuir el cuestionario a las personas afectadas por la ELA.

La estimación temporal de la realización del cuestionario era de 5 a 10 minutos. Una vez que el cuestionario se había creado, el 30 de marzo de 2018 se compartió con las organizaciones mencionadas anteriormente y ellas lo promocionaron entre sus usuarios. El 15 de abril de 2018 se cerró el cuestionario y se procedió a analizar los datos que se obtuvieron con su implementación; los resultados se exponen en el tercer capítulo de este trabajo.

#### **2.1.5. Instrumentos empleados**

La principal técnica fue un cuestionario que se diseñó específicamente para este trabajo y que está compuesto por 17 preguntas relacionados con la IE y la PsP, aspectos que se presentan en el siguiente capítulo. La tipología de respuestas fueron cerradas, opciones múltiples, respuesta breve o escalas lineales (1=nada, 2=poco, 3=algo, 4=mucho y 5=bastante) (Casas et al., 2003).

## **2.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

En los siguientes puntos se especifican las características del participante, los métodos que se emplearon para conseguir que participase, las hipótesis sobre los efectos del programa de intervención, la metodología, el procedimiento y los instrumentos de evaluación empleados.

#### **2.2.1. Participante**

El sujeto de la intervención fue un hombre de 52 años y era una persona activa, autónoma e independiente. Le diagnosticaron la enfermedad el día 17 agosto de 2017 y en el diagnóstico, emitido por el Hospital Carlos III de la Comunidad de Madrid, afirman que el sujeto posee Esclerosis Lateral Amiotrófica Esporádica (ELAS) de origen espinal. La ELA comenzó por las extremidades superiores, en concreto, por la mano derecha, poco a poco se ha extendido y le ha afectado a la mano izquierda. El sujeto es capaz de caminar, aunque afirma que no controla los movimientos que realiza. La enfermedad ha afectado a su

autonomía y tiene dificultades para realizar acciones cotidianas como atarse los zapatos, limpiarse el cuero cabelludo o escribir, entre otras. En relación a sus gustos y aficiones, el sujeto es amante de la naturaleza, disfruta con y en ella; por ello a lo largo del programa de intervención se han introducido aspectos relacionados con ella para que el sujeto disfrutase con su ejecución.

### **2.2.2. Métodos empleados para lograr la participación de personas en la investigación**

Dado que en Castilla y León no contaban con una Asociación de personas afectadas por ELA, para conseguir el sujeto de la investigación se tuvo que contactar con varias entidades: adEla, hospitales ubicados en Valladolid, plataforma de personas afectadas por la ELA y CREER de Burgos. La primera entidad con la que se estableció contacto fue con adEla, para comunicarse con las personas asociadas se diseñó un comunicado que se encuentra en el Anexo V.

La segunda entidad fueron los dos hospitales de Valladolid (Clínico y Río Hortega), se acudió a los centros de manera presencial y se habló con los encargados del área de neurología; en el Clínico, la neuróloga se mostró interesada por el programa y recogió nuestros datos, en el caso de que existiese algún paciente dispuesto a realizar el programa, realizaría una llamada telefónica para comunicarlo. Pero, en el Río Hortega mencionaron que el programa debía ser valorado por el Comité de Evaluación del Hospital, que se reunía cada mes y quizá no evaluarían el programa hasta dentro de dos meses. En base a lo que ellos decidiesen, facilitarían o no un paciente; aspecto que se consideró inviable puesto que el tiempo con el que se contaba no permitía conseguir el participante por este método.

Por otro lado, también se contactó con la Plataforma de Afectados por la ELA (<http://www.plataformaafectadosela.org>) a través de correo electrónico, se les comentó la finalidad y las características del programa de intervención. Ellos enviaron la información a las personas que se encuentran asociadas a esta plataforma, pero nadie decidió participar en el programa mediante este método.

La última entidad con la que se contactó fue Centro Regional Estatal de atención a personas con Enfermedad Raras (en adelante, CREER) de Burgos a través de la página web, ellas contactaron con nosotros por el teléfono facilitado en el cuestionario y se les comentó la investigación que se quería llevar a cabo. Pasado unos días se recibió una llamada en la que me confirmaban que había una persona de Valladolid que estaba dispuesta a llevar a cabo el programa de intervención. Ellas me facilitaron los datos del sujeto de la investigación y se contactó con él por teléfono. Desde el primer contacto, el sujeto se mostró predispuesto y con una actitud muy positiva para participar en el programa.

### **2.2.3. Metodología**

La metodología que se empleó en este trabajo fue un diseño preexperimental que se caracteriza por controlar algunas variables y establecer una relación entre las mismas. El objetivo de este trabajo es que pueda ser utilizado como estudio exploratorio para futuras líneas de investigación con mayor validez. En concreto, el diseño, que se empleó, fue de preprueba/postprueba con un caso único, que se caracteriza por “aplicar una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y, finalmente, se aplica una prueba posterior al tratamiento” (Cruz, Olivares y González, 2014, p.130).

### **2.2.4. Hipótesis**

A la hora de diseñar el programa de intervención las hipótesis que se plantearon fueron las siguientes:

H1. El programa de intervención mejorará la IE del sujeto evaluado con el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24).

H2. Con la implementación del programa de intervención, el sujeto presentará mayor atención a sus emociones y sentimientos intentando controlarlos, potenciando los positivos para mejorar su calidad de vida.

H3. El sujeto prestará mayor atención a los contenidos que se trabajan en el Programa Fierabrás repercutiendo de forma positiva en los resultados del Inventario de la Felicidad Auténtica, aumentando su bienestar.

H4. Las actividades de relajación mejorarán la capacidad del sujeto para relajarse y el grado de relajación. En relación a estas actividades, el protagonista será capaz de extrapolarlas a su vida cotidiana.

### **2.2.5. Procedimiento**

El procedimiento se inició con una reunión en la que estableció un primer contacto con el participante de la investigación. Él firmó el consentimiento informativo que se localiza en el Anexo VI y se le presentó el plan de trabajo que se puede observar en el Anexo VII. Ese mismo día se le aplicó el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) (Fernández-Berrocal y Extremera, 2010) y el Inventario de Felicidad Auténtica de Seligman (2005, citado en Arbea, 2009).

El programa de intervención se comenzó el 1 de marzo y finalizó el 17 de mayo, se ejecutaba dos días a la semana (martes y jueves) y se llevaban a cabo las propuestas prácticas de cada sesión, que tenían una duración aproximada de 60/90 minutos. El proyecto se implementó durante 11 semanas y estuvo compuesto por un total de 20 sesiones.

Tras finalizar el programa y completar los datos cuantitativos y cualitativos, se procedió al análisis de los mismos, concluyendo de esta forma el TFM.

### 2.2.6. Instrumentos empleados

El principal instrumento fue el programa de intervención que se presenta en el cuarto capítulo. Para su evaluación se empleó el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) para las H1 y H2 (Fernández-Berrocal y Extremera, 2010) y el Inventario de Felicidad Auténtica de Seligman (2005, citado en Arbea, 2009) para la H3. Ambos se emplearon como prepueba/postprueba para obtener datos cuantitativos sobre la eficiencia del programa.

Extremera, Fernández-Berrocal y Ramos (2004) afirman que el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) es una adaptación del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai. Este test consta de 24 ítems que proporcionan una estimación sobre los aspectos reflexivos de la inteligencia emocional intrapersonal. Este test está compuesto por tres dimensiones claves:

Atención a los propios sentimientos (p.e. pienso en mi estado de ánimo constantemente), claridad emocional (p.e. frecuentemente me equivoco con mis sentimientos) y reparación de las propias emociones (p.e. aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista) (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004, p.3).

El segundo instrumento que se empleó fue el Inventario de Felicidad Auténtica de Seligman (2005, citado en Arbea, 2009). Éste está compuesto por 24 ítems que valoran de forma general la felicidad a través de cuatro variables: valoración y sentido de mi vida, estado de ánimo, estado de fluidez y disfrute de las rutinas y vivencia de triunfo o fracaso de la vida.

Por otro lado, para comprobar la H4 se diseñó una hoja de registro en la que se recogía un registro numérico empleando una escala lineal de 1 a 5, donde 1 nada y 5 mucho, y para matizar la calificación numérica se creó un apartado de observaciones. El sujeto autoevaluaba el grado de relajación que había alcanzado con el desarrollo de la actividad (Véase Anexo VIII).

El último instrumento que se implementó fue un cuestionario que se diseñó para obtener información cualitativa sobre el programa de intervención y se recoge en el Anexo IX. Éste estaba compuesto por 13 cuestiones en las que el sujeto pudo expresarse libremente y mostrar su opinión sobre la propuesta ejecutada. Se empleó este instrumento ya que se consideraba que él era el principal protagonista del programa, él era el que había vivenciado el programa de intervención y él era quien mejor podría identificar los aspectos positivos como negativos para introducir mejoras en el futuro.

### **3. CAPÍTULO III: IE Y PSP EN PERSONAS AFECTADAS POR LA ELA**

El tercer capítulo recoge el cuestionario y las respuestas del mismo. Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, este documento se diseñó utilizando la herramienta de Formularios de Google Doc y para difundirlo se contactó con la Plataforma de Afectados por la ELA y con CREER de Burgos. Ellos compartieron el documento con sus usuarios y los resultados que se obtuvieron se presentan en el segundo apartado de este capítulo.

#### **3.1. CUESTIONARIO DE IE Y PSP PARA PERSONAS AFECTADAS POR LA ELA**

El cuestionario se compuso por un total de 17 preguntas, las tres primeras tenían un carácter introductorio (género, edad y conocimiento o desconocimiento de la enfermedad) mientras que el resto de preguntas se centraban en aspectos de IE y de la PsP. A continuación, se presentan las preguntas que se realizaron y en el Anexo X, se puede observar más detalladamente el cuestionario que se distribuyó.

1. Género:
2. Edad de diagnóstico:
3. Antes de recibir el diagnóstico, ¿conocía la enfermedad?
4. En relación a los sentimientos, meses antes de recibir el diagnóstico, ¿qué sentimientos predominaron?
5. Cuando recibió el diagnóstico de la enfermedad, ¿qué sentimientos prevalecieron?
6. Cuando pasó un periodo de tiempo, después de que el neurólogo le confirmase que tenía la ELA, ¿qué sentimientos experimentó?
7. Considera que una visión optimista repercute en el desarrollo de la enfermedad
8. Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿en qué grado considera que las emociones positivas facilitan el proceso de convivir con la enfermedad?
9. ¿Presta atención a sus sentimientos?
10. ¿En qué grado presta atención a sus sentimientos?
11. ¿Considera que las emociones que tiene afectan a las actividades que realiza a lo largo del día?
12. ¿En qué grado intenta controlar las emociones negativas para optimizar su vida?
13. ¿Intenta potenciar las emociones positivas?
14. ¿En qué grado intenta potenciar sus emociones positivas para mejorar su calidad de vida?
15. ¿Considera que la gestión de sentimientos le repercute a la hora de disfrutar la vida?
16. ¿En qué grado considera que la gestión emocional repercute de forma positiva para afrontar de su vida?
17. En relación a las personas de su ambiente, ¿en qué grado afecta/favorece su actitud frente a la enfermedad?

### 3.2.RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

El cuestionario lo respondieron 70 personas, de las cuales el 58,8% fueron hombres frente al 41,2% de mujeres. La edad media de diagnóstico de ambos géneros se estableció en los 64,17 años. Dentro de esta muestra, el 74,3 % desconocían la enfermedad que le acaban de diagnosticar y el 26,7 % tenían conocimientos sobre la ELA.

A partir de estas cuestiones, las siguientes estaban relacionadas con la IE de la persona. Los sentimientos que experimentaron las personas antes de recibir el diagnóstico fueron diversos, los de mayor predominio fueron miedo y ansiedad, con la misma puntuación (26,9%); sorpresa con un 16,4 % y tristeza con un 10,4%. Dentro del apartado de “otros”, una persona mencionó que lo había llevado bien desde el primer día, lo afrontó rápido y tuvo una actitud positiva para protegerse a sí mismo. Los resultados obtenidos a esta pregunta se recogen en el siguiente gráfico:



Figura 9. Resultados sobre sentimientos meses antes de recibir el diagnóstico.

La siguiente pregunta estaba relacionada con los sentimientos que desarrolló cuando el neurólogo le confirmó el diagnóstico, el sentimiento que mayor respuesta obtuvo fue la tristeza con un 28,6 %, seguido del miedo (24,3%), la ansiedad (12,9%), la sorpresa (10%) y la ira (8.6%). En el apartado de “otros”, una persona comentaba que desde el primer momento había tenido una actitud positiva y muchas ganas de vivir a pesar de la enfermedad. En la figura 10 se presenta la gráfica representativa:

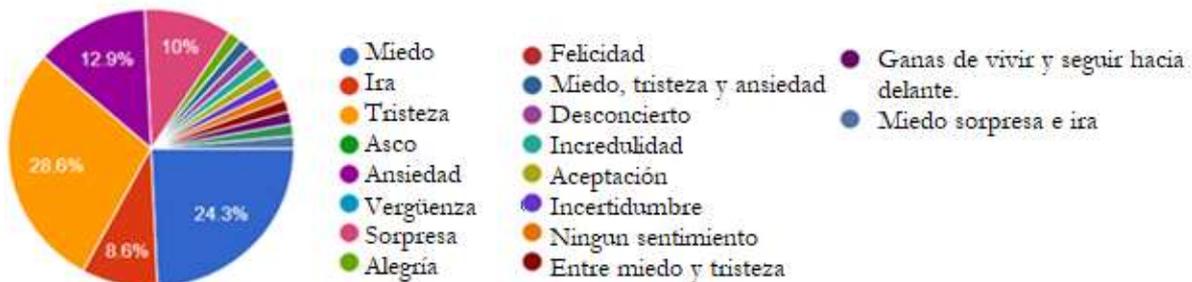


Figura 10. Resultados de los sentimientos tras la confirmación del diagnóstico

La última pregunta, relacionada con los sentimientos que habían experimentado tras convivir con el diagnóstico, el sentimiento que mayor predominio tuvo fue la tristeza con un porcentaje de 34,3%, seguido por el miedo y otros sentimientos, aunque estos no se concretaron, con un 17,1% y, en cuarto lugar, la ansiedad con un 11,4%. Estos resultados se concretan en el siguiente gráfico:

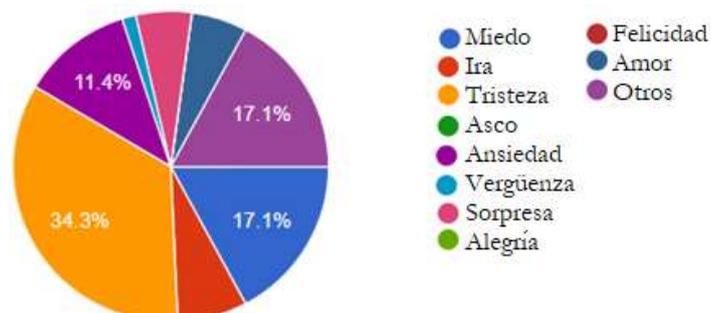


Figura 11. Sentimientos después de recibir el diagnóstico de la ELA

Una vez que las personas habían expresado los sentimientos que habían experimentado, las siguientes preguntas estaban relacionadas con la atención emocional. El 80% respondían que prestaban atención a sus sentimientos, mientras que el 20% no lo hacían. Con relación al grado en el que identificaban sus sentimientos, un 30,4% respondió que mucho, el 34,8% bastante, el 13% prestaba algo de atención, el 7,2% poco y el 14,5% nada. Los resultados se presentan en el siguiente gráfico:

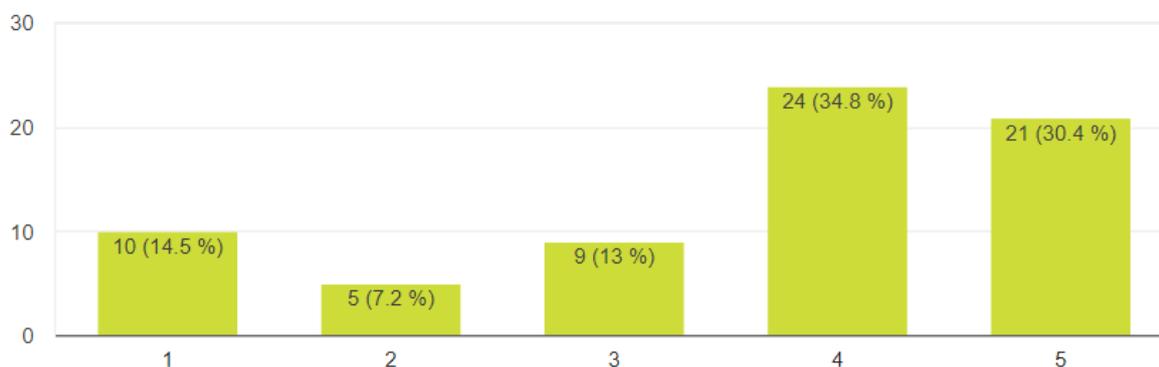


Figura 12. Resultados del grado de atención emocional

La siguiente pregunta estaba relacionada con la influencia que tenían las emociones a lo largo de su día. El 84,3% mencionaban que tenían gran importancia en las actividades que llevaban a cabo a lo largo del día, frente al 15,7% de personas que lo consideraban irrelevante. En la misma línea, y en relación a la valoración de la gestión de sentimientos, un alto porcentaje (92,9%) consideraban que tenía gran repercusión a la hora de disfrutar de su vida.

La última pregunta de IE estaba relacionada con el control de las emociones negativas. El 33,3% respondió que ejercía mucho control emocional, el 27,5% bastante, el 14,5% prestaba algo de atención, el 10,1% poco y el 14,5% nada. En el siguiente gráfico se presentan los resultados a dicha pregunta:

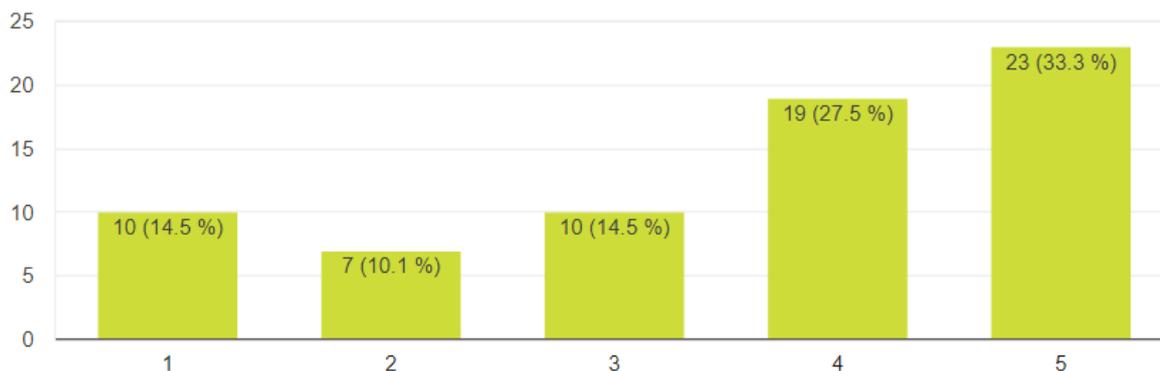


Figura 13. Resultado del control emocional de las emociones negativas

Expuestos los resultados de las cuestiones relacionadas con la IE, se presentan los datos obtenidos que guardan relación con la PsP. El 89,9% de las personas que realizaron el estudio opinaban que tener una visión optimista repercutía en el desarrollo de la enfermedad, frente al 10,1% que pensaba lo opuesto. Así mismo, un alto porcentaje (72,9%) creían que las emociones positivas influían bastante para convivir con la enfermedad, seguido de un 20% que consideraban que repercutían mucho en su vida, frente a un 4,3% que consideraban que interfería algo en su vida y un 1,4% respectivamente que consideraban que repercutían entre poco y nada. En el siguiente gráfico se recogen los resultados a dicha pregunta.

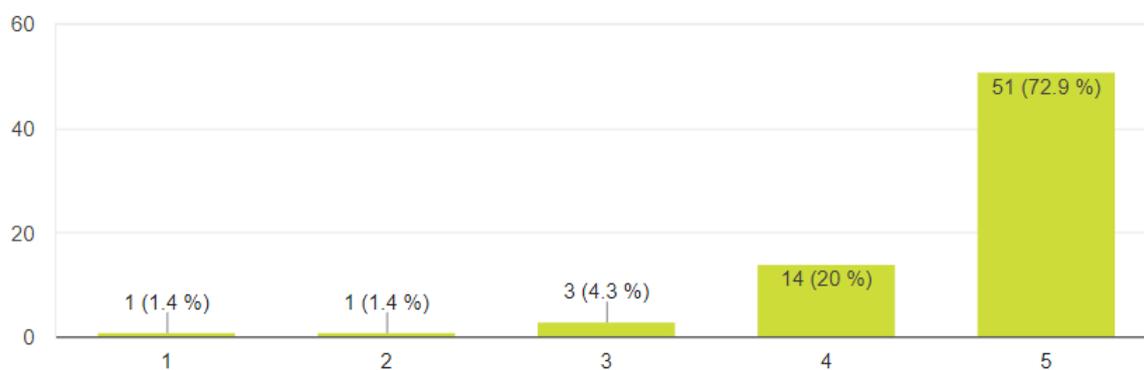


Figura 14. Resultados obtenidos de la influencia de las emociones positivas a la hora de convivir con la enfermedad.

Consecuentemente el 81,2 % de los participantes intentaban potenciar las emociones positivas, frente al 18,8% que lo consideraban irrelevante. El grado en el que las intentaban potenciar era bastante en un 38,6%, mucho en un 30 %, algo en un 12,9%, poco en un 8,6% y en nada un 10%. En el gráfico que se presenta a continuación se exponen los resultados a dicha pregunta.

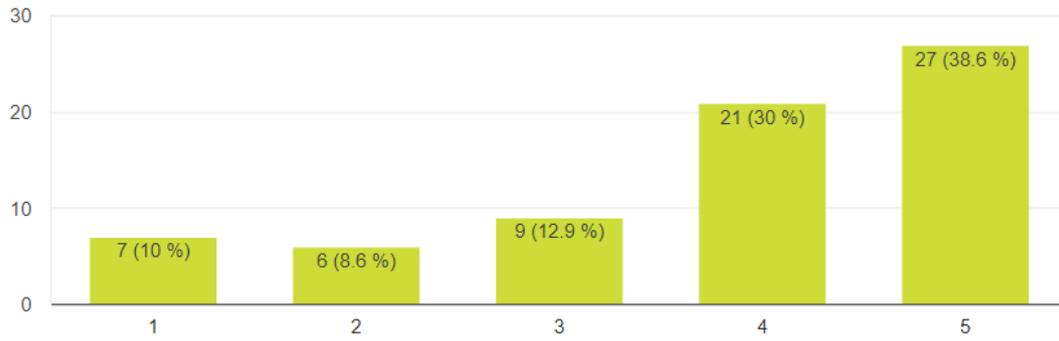


Figura 15. Resultados del grado de potenciación de emociones positivas

La última pregunta guardaba relación con la actitud que mostraban sus personas cercanas y la repercusión que tenía en el sujeto. Un porcentaje alto (72,9%) consideraban que la actitud de las personas le repercutía bastante en su vida, un 18,6 % mucho, un 5,7% algo y el mismo porcentaje (1,4%) creían que tenía poca o nada importancia. Los resultados fueron los siguientes:

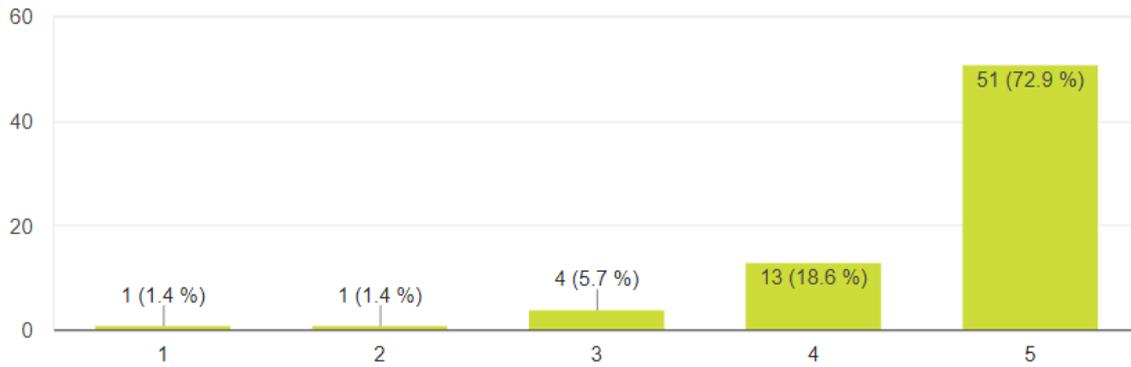


Figura 16. Valoración de la actitud de las personas cercanas para convivir con la enfermedad

## 4. CAPÍTULO IV. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO “EDUCAR A LA MENTE PARA SER MÁS POSITIVOS”

### 4.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El nombre del programa “Educar a la mente para ser más positivos” nació por parte del sujeto del programa mientras se llevaba a cabo una sesión. Se consideró que era interesante y se decidió poner como título para el programa de intervención. Como ya se ha mencionado anteriormente, el programa de intervención se centró en el trabajo de la IE y la PsP en una persona afectada por ELA.

Mestre y et al. (2017) mencionan que la gestión de sentimientos es imprescindible en la vida de cualquier persona, ésta ayudará a mejorar la calidad de vida de la persona. Apoyándose en esta idea, y teniendo en cuenta la enfermedad del participante, se consideró oportuno trabajar los sentimientos para lograr el bienestar subjetivo a través de las actividades de la PsP.

La idea de trabajar la IE también se sustentó con los resultados del cuestionario que se distribuyeron a las personas afectadas de la ELA, recogidos en el apartado anterior. Una de las preguntas estaba relacionada con la importancia de las emociones en su vida cotidiana, el 84,3 % consideraban que tenían gran influencia frente al 15,7 %.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos, se le administró el TMMS-24 al sujeto y las respuestas que se obtuvieron se recogen en la siguiente figura:

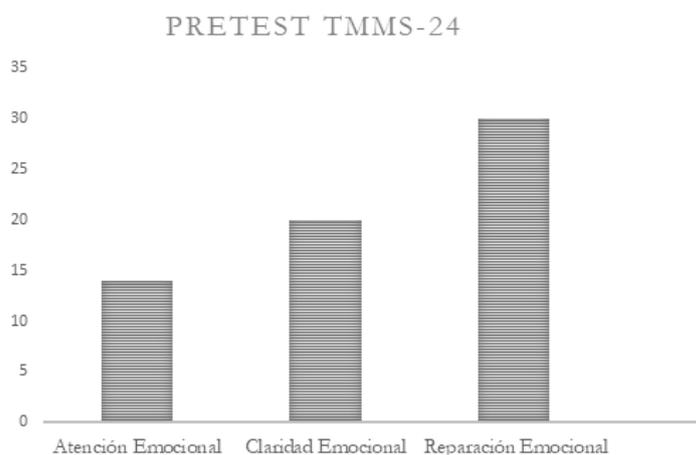


Figura 17. Resultados del Pretest TMMS-24

Teniendo en cuenta los criterios de evaluación de Fernández-Berrocal y Extremera (2010) y las respuestas del sujeto, se obtuvieron las puntuaciones y la justificación de los resultados obtenidos se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 4:  
Resultados del Pretest TMMS-24

Rama de la IE	Resultado
Atención Emocional	14 puntos: debe mejorar su atención, presta poca atención
Claridad Emocional	20 puntos: debe mejorar su claridad emocional
Reparación Emocional	31 puntos: adecuada reparación

Como se puede observar en la tabla, el sujeto tenía dos aspectos deficitarios: la atención y la claridad emocional, mientras que la reparación era adecuada. El sujeto debía prestar mayor atención a sus emociones, es decir, tenía que mejorar la capacidad para sentir y expresar sus emociones. Por otro lado, otro aspecto que debíamos mejorar con el programa de intervención sería la claridad emocional. Estos dos aspectos se tendrán en cuenta en el diseño de las propuestas prácticas.

El segundo tema que se trató en el proyecto fue la PsP, ya que como se puede observar en los resultados del cuestionario, las personas enfermas de ELA hacían una valoración muy positiva hacia el tratamiento de este contenido. El 89,9 % de las personas consideraban que una visión positiva repercutía en el desarrollo de la enfermedad y el 72,9% consideraban que las emociones positivas intervenían a la hora de disfrutar de su vida con la enfermedad. Tanto el positivismo como las emociones positivas fueron aspectos que se trabajaron en el programa de intervención con diversas propuestas.

## 4.2.OBJETIVOS

En el diseño y desarrollo de este programa de intervención se han tenido en cuenta los siguientes objetivos:

- Lograr que el sujeto se exprese emocionalmente y fuese capaz de reconocer las emociones y sentimientos que ha experimentado a lo largo de las semanas.
- Conocer aspectos teóricos sobre las emociones como: componentes, funciones o clasificación.
- Identificar la importancia que tienen las emociones y los sentimientos en la vida de una persona afectada por la ELA en particular.
- Observar y analizar la relevancia que tiene la actitud, que muestre la persona a la hora de afrontar una enfermedad, logrando que adopte una postura positiva y optimice su calidad de vida.
- Reconocer la utilidad de las actividades de relajación para controlar sus emociones y lograr el equilibrio en el ámbito emocional.
- Potenciar herramientas y recursos para que el sujeto sea capaz de prestar atención a sus emociones y sentimientos y los gestione de forma que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

### 4.3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En base a los objetivos concretados en el apartado anterior, se han diseñado las actividades que se presentan en el siguiente apartado. La IE y PsP se trabajaron a través de las actividades planteadas, en éstas se perseguía que el sujeto fuese consciente de sus emociones y sentimientos, supiese controlarlas y, con el desarrollo del programa, aprendiese recursos mejorasen su gestión emocional y generasen pensamientos o actitudes que contribuyan a su bienestar.

En relación a la metodología, en el programa de intervención se potenció el papel activo del sujeto. A lo largo del desarrollo de éste se plantearon diferentes actividades en las que el participante debía identificar sus sentimientos; también se promovió un proceso de reflexión para lograr concienciarle de la importancia de llevar a cabo una correcta gestión de las emociones para optimizar su vida.

Por otro lado, respecto a la temporalización, el programa se llevó a cabo los martes y jueves durante los meses de marzo, abril y mayo de 2018; se puede observar la distribución en el Anexo VII. El proyecto se compuso por un total de 20 sesiones que se dividieron en tres partes. En la tabla 5 se concretan las actividades que se emplearon en cada parte.

Tabla 5:  
*Estructuración de las sesiones*

	MARTES	JUEVES
<b>Primera parte</b>	Actividad libre/Decálogo de emociones positivas	Diario Emocional/Decálogo de emociones positivas
<b>Segunda parte</b>	Programa Fierabrás	Actividad libre
<b>Tercera parte</b>	Relajación	Relajación

A continuación, se presenta una descripción general de las actividades que se implementaron en cada parte:

- Actividades libres: fueron dinámicas en las que se trabajaron los sentimientos y se promovió una actitud positiva y el desarrollo de emociones positivas.
- Programa Fierabrás (en adelante, PF) es un programa que propone Arbea (2009) en el que se trabajó la PsP, fue diseñado para personas con Esclerosis Múltiple, aunque como el mismo autor menciona en su libro, este programa puede ser empleado en cualquier enfermedad degenerativa. Este programa se trabajó todos los martes y se perseguía mejorar la conciencia, optimizar la afectividad y asumir un compromiso ético para conseguir resultados positivos en el camino de una vida de calidad y con mayor sensación de bienestar.

En el programa se trabajaron cuatro aspectos: disfrute del presente, la gratitud, autoaceptación y el compromiso ético que se recogieron en una hoja de registro que se encuentra en el Anexo XI. En la segunda sesión, se encuentra una explicación más detallada sobre estos aspectos.

Para lograr que este programa fuese más eficiente, se consideró oportuno que el sujeto reflexionase sobre los elementos del programa que experimentaba diariamente. Dado que el sujeto no podría escribir por la enfermedad, se recomendó que sólo los pensase.

- **Diario emocional:** se trataba de un documento donde se recogían las emociones que había experimentado el sujeto y la justificación de cada una de ellas identificando los sucesos que había contribuido a desarrollar dichas emociones y las reacciones emocionales que empleó. A través de esta actividad, se pretendía que el sujeto reflexionase sobre la importancia de las emociones que había experimentado y los beneficios que habían tenido en su persona. Dado que el sujeto tenía dificultades para expresarse emocionalmente, se diseñó una hoja de apoyo que se encuentra en el Anexo IV.
- **Actividades de relajación:** a través de esta técnica, se pretendió que el sujeto se concentrase en su respiración y con ella identificase sus emociones y sentimientos intentando lograr el equilibrio emocional. Para comprobar si el sujeto mejoraba su nivel de relajación, se elaboró una tabla de registro que se encuentra en el Anexo VIII y en cada sesión se recogería el grado de relajación mediante una escala lineal de 1 a 5, dónde 1 fue nada y 5 mucho.
- **Decálogo de emociones positivas:** este recurso se implementó a partir del 9 de abril de 2018 (Sesión IX). Cada día el sujeto elaboró un punto en el que expresó acciones o pensamientos que le ayudaban a desarrollar emociones positivas. La finalidad de este documento fue que el sujeto identificase aspectos que contribuían a su bienestar. Una vez que había concretado los 10 puntos, se diseñó un documento donde se recogían todos los puntos y se le facilitó al sujeto para que lo relejese en situaciones complicadas.

Entre el desarrollo de las diferentes actividades y para lograr que el sujeto descansase, ya que había momentos en los que tenía grandes dificultades para expresarse debido a su enfermedad, se realizaban las actividades que le había recomendado la fisioterapeuta de la Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (adEla), para fortalecer la musculatura de sus manos y evitar que se atrofiasen tan rápido. En el siguiente epígrafe, se presenta el programa de intervención con las diversas actividades que se implementaron en cada parte de la sesión.

## 4.4. PROPUESTAS PRÁCTICAS

El programa de intervención se compuso por un total de 20 sesiones. A continuación, se especifican el número de sesión y las actividades que se ejecutaron en cada una de ellas.

### SESIÓN I

La primera sesión tuvo un carácter introductorio y su finalidad fue establecer un primer contacto con la persona que estaba dispuesta a llevar a cabo el programa, pasar el pretest, realizar una explicación teórica del proyecto e iniciar una pequeña parte práctica en la que se comenzó a trabajar las emociones. La sesión se dividió en tres partes:

#### *Primer parte: contacto con el paciente*

En la parte inicial se estableció una conversación con el sujeto para conocerle. El objetivo fue crear un clima cálido y positivo, en el que la persona se sintiese a gusto y fuese capaz de expresarse emocionalmente y, a la vez, aportase datos significativos para orientar futuras sesiones del programa de intervención. En este momento, se intentó que la persona mostrase sus gustos y aficiones puesto que se consideró que eran relevantes para el desarrollo de futuras sesiones.

#### *Segunda parte: test TMMS-24, El Inventario de la Felicidad Auténtica y presentación del programa*

Seguidamente, en la segunda parte, el sujeto rellenó el consentimiento para realizar la investigación (véase en el Anexo VI) y se aplicó el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) diseñado para evaluar las capacidades de percibir, utilizar, comprender y manejar las emociones; este test contiene dimensiones claves de la IE como son (Fernández-Berrocal y Extremera, 2010): atención, claridad y reparación emocional.

Una vez que se completó el test, se le administró el Inventario de Felicidad Auténtica de Seligman (2005, citado en Arbea, 2009) que consta de 24 ítems que miden una vivencia general de la felicidad organizados en cuatro variables: valoración y sentido de vida, estado de ánimo, estado de fluidez y disfruta de las rutinas y vivencias en la vida.

Después se le explicó la finalidad del programa de intervención, asimismo se le mostró la motivación por llevar a cabo dicho proyecto. Además, se le presentó una posible temporalización de las diferentes sesiones que conformaban el proyecto; cambiando aquellas fechas que no se ajustaban a sus necesidades.

#### *Tercera parte: Percepción, emoción y sentimiento*

En la última parte de la sesión se llevó a cabo una actividad en la que el sujeto reflexionó sobre la importancia de sus percepciones y las emociones que experimentó en las situaciones que se le propusieron. La dinámica se presentó de la siguiente manera:

Está anocheciendo y usted ve la figura de un hombre en su casa, pero no logra ver su rostro con claridad, ¿Qué piensa? ¿Qué emociones experimenta? ¿Qué sentimientos prevalecen?

- i. A medida que avanza reconoce a la persona y es...
  - a. Un miembro de su familia
  - b. Un amigo
  - c. Una persona que conoce, pero no le agrada su compañía
  - d. Alguien que no conoce

¿Qué piensa? ¿Qué emociones experimenta? ¿Qué sentimientos prevalecen?

Dependiendo de la situación, el sujeto mostró una emoción u otra completamente contraria; lo que se persiguió con esta dinámica era que el sujeto fuese consciente de que el ámbito emocional condicionaba la perspectiva de ver el mundo y repercutía en su toma de decisiones. De Bono (2008) menciona que necesitamos encontrar opciones para estimular nuestros procesos cognitivos y cambiar nuestras percepciones; necesitamos herramientas que nos aporten una visión nueva y contribuyan a generar sentimientos positivos.

## **SESIÓN II**

### *Primer parte: valorar la influencia de las emociones*

Presentado el programa de intervención, en la segunda sesión se introdujeron contenidos técnicos sobre las emociones y se fomentó la expresión de éstas. Al igual que la primera sesión, la segunda también se dividió en tres partes. En la primera parte, se visionó un vídeo en el que se refleja el poder de las emociones (Eliás, 2014). En éste, el protagonista lleva a cabo una serie de acciones prosociales y como recompensa recibe las emociones de las personas receptoras.

### *Segunda parte: explicación técnica de las emociones, torbellino de emociones y PF*

En la segunda parte de la sesión, se expuso una explicación teórica sobre las emociones, para ello se empleó el power point que se encuentra en el Anexo XII. En dicha presentación se explicó cómo se producía una emoción, los mecanismos de valoración, los componentes de la emoción, lo que era una emoción y las funciones que tenía. Para finalizar se le expuso una clasificación psicopedagógica de las emociones (positivas, negativas, ambiguas y estéticas) apoyándose en Bisquerra (2009).

Presentadas las emociones, se realizó un torbellino de emociones donde se recogieron las emociones que había experimentado en tres momentos concretos de su vida: antes de que le diagnosticasen la enfermedad, en el momento que recibió el diagnóstico y meses después de detectársela y convivir con ella.

A través de esta actividad, el sujeto se expresó emocionalmente para que se sintiese mejor ya que “poner palabras a los sentimientos hace que éstos se liberen, suavicen sus principales aristas” (Maganto y Maganto,

2010; p.196). Después se implementó un ejercicio de polaridades emocionales, en aquellos momentos en los que el sujeto hubiese escrito emociones negativas se buscaron diversos motivos para que identificase emociones positivas o motivos que habían contribuido a su bienestar emocional.

A lo largo de ambos procesos, se intentó que el usuario observase la percepción, la facilitación y comprensión de las emociones que experimentó en esos momentos concretos. Una vez que el sujeto se expresó y buscó las emociones positivas, se llevó a cabo una actividad de reflexión sobre el manejo de las emociones para optimizar su vida.

Después se presentó el PF, se le explicó el objetivo de emplear este programa era obtener una mejora personal optimizando su conciencia, positivizando sus emociones y asumiendo un compromiso ético. En este programa se trabajan cuatro contenidos, expuesto en la tabla 6, (disfrute de la vida, gratitud, autoaceptación y compromiso) de nuestra vida a través de una tabla (véase Anexo XI). El objetivo es que el sujeto que se parase a pensar y a disfrutar de las cosas que lleva a cabo diariamente, que a veces pasan desapercibidas.

Tabla 6:  
*Explicación de los contenidos del PF*

Contenidos del PF	Acciones
Disfrutase del presente	Seleccionar entre tres y cinco momentos de su vida cotidiana, el objetivo es que el sujeto tomase conciencia de lo agradable que es su rutina.
Emociones positivas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratitud</li> <li>• Autoaceptación</li> </ul>	Para trabajar la gratitud y la autoaceptación el sujeto debía seleccionar de tres a cinco momentos en los que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sintiese agradecimiento de las personas que les rodean o de su propia vida.</li> <li>• Se hubiese sentido orgulloso de sí mismo.</li> </ul>
Compromiso ético	El sujeto debía asumir dos tareas diarias que supusieran un gran esfuerzo. Él seleccionó realizar la comida y hacer los ejercicios que le mandaba la fisioterapeuta.

*Tercera parte: relajación guiada*

En la última parte de la sesión, y para finalizarla, siguiendo Andreu (2017) se ejecutó una actividad de relajación guiada para que el sujeto eliminase el estrés acumulado y prestase atención a sus emociones. Después, se le realizaron una serie de preguntas para comprobar la repercusión que había tenido dicho ejercicio en el sujeto y se evaluó el grado de relajación que había alcanzado.

## SESIÓN III

### *Primera parte: diario emocional*

Se comenzó la sesión presentando el diario emocional, una actividad que se llevó a cabo todos los jueves en los que se desarrolló el programa de intervención. Ésta consistía en la recogida de las emociones que el sujeto había experimentado a lo largo de la semana y para ello se utilizó un cuaderno a modo de diario. Una vez que el sujeto se expresó, se reflexionó sobre las emociones que había sentido y se potenciaron aquellas que eran positivas.

### *Segunda parte: el laberinto y vivir es increíble*

Después de la expresión emocional del sujeto, se desarrolló el laberinto de la vida. Se trata de la resolución de un laberinto (Anexo XIII) con el que se persigue establecer un símil entre los caminos del laberinto y la vida, reflexionar sobre la importancia de no perder nunca la ilusión y persistir para encontrar la salida a pesar de las emociones que podamos experimentar. Cerramos la primera sesión con un texto, con el que se pretendió transmitirle emociones positivas para que aprovecharse al máximo cada momento (Anexo XIV).

### *Tercera parte: relajación*

Para finalizar la tercera sesión, se llevó a cabo una actividad de relajación guiada. La canción seleccionada se titula “Calma” (Prittwitz, 2000a). Mientras se escuchaba la canción, se llevó a cabo un ejercicio aplicado de Charaf (2000, p.264), la técnica empleada fue la relajación creativa por visualización mental y su finalidad es la relajación muscular, liberación de tensión, expresión de emociones y actuación de los problemas y conflictos. Éste es un ejercicio de relajación diseñado para transformar sus emociones y lograr un cambio de actitudes ante la vida. Con esta actividad se persiguió el autoconocimiento de las emociones del sujeto.

Una vez que finalizada, se realizaron preguntas relacionadas con el texto, como, por ejemplo: “¿Qué encontraste en tu tesoro? ¿Cuánto pesa tu tesoro? ¿Encontraste cosas que no conocías? ¿Cuáles? ¿Para qué sirve tu tesoro?”. Este ejercicio le sirvió al sujeto para contactar consigo mismo, identificando las emociones positivas (tesoro) y negativas e intentando modificarlas para que se sintiese a gusto. Por otro lado, también se comentó la repercusión que había tenido la actividad, las emociones que había experimentado y el grado de relajación que había logrado.

## SESIÓN IV

### *Primera parte: rueda de emociones*

La cuarta sesión se comenzó con la rueda de emociones de Ginebra 3.0 (Mestre, Gutiérrez-Trigo, Guerrero y Guil, 2017; pp.23-24). Éste es un recurso emocional con forma circular en la que se recogen 20 emociones diferentes, pero cada emoción puede representar una gama de emociones similares; ej. en la rueda se representa la ira, pero también se recoge la irritación, estar molesto, cabreado, etc., todas guardan relación con la emoción de la ira. Con esta actividad, se buscaba que el sujeto reflexionase sobre cómo se

había sentido esa semana, conforme a esta valoración tuvo que seleccionar las emociones que experimentó; una emoción -como mínimo- o tres -como máximo-. Cuando el sujeto las seleccionó, tuvo que atribuírseles el grado de intensidad en el que 1 era lo mínimo y 5 lo máximo (Ver Anexo XV)

#### *Segunda parte: PF y manifiesto*

Una vez que el sujeto se expresó emocionalmente y reflexionó sobre las emociones que había experimentado, se ejecutó el PF, el sujeto debía identificar los elementos de la PsP que habían predominado en esa semana. Después se llevó a cabo una lectura adaptada del texto que propone Cruz (2004), en su guía de apoyo psicológico a personas con ELA (Véase Anexo XVI). A través de este escrito, el autor trata de incitar a las personas con esta enfermedad a vivir sin miedo, potenciando los sentimientos positivos y transmitiéndoles ilusión para que sigan disfrutando, aspecto esencial en nuestra vida ya que como afirman Avia y Vázquez (2018) “la ilusión es la fibra con la que están hechas nuestras vidas e intentar apartarse de esta corriente es ir contra la historia, la evolución y la propia vida” (p.318).

Realizada la lectura del texto, se identificaron las emociones que intentaba transmitir el autor con su creación. Se analizaron cada una de las partes de la lectura y se relacionó con las emociones o sentimientos que había experimentado. Después se hizo alusión a la importancia de adoptar una actitud positiva frente a la enfermedad y en cualquier situación adversa de la vida, ya que esto conlleva a que la persona optimice su vida incrementando la calidad de cada una de sus experiencias.

#### *Tercera parte: relajación*

En la última parte de la sesión, se realizó un ejercicio de relajación y la canción seleccionada fue “En la orilla” (Prittwitz, 2000a). Con este ejercicio se potenció la relajación creativa de Charaf (2000; pp. 300-304), la técnica empleada fue el entrenamiento autógeno de Schultz por sensación de liviandad y ligereza. La finalidad del ejercicio fue promover la expresión creadora a través de su paisaje interno. Con la lectura del guion, se promovía un trabajo de introspección, de mirada y diálogo interior. Cuando se terminó el ejercicio de relajación, el sujeto comentó lo que había creado y los sentimientos que había experimentado con el ejercicio; asimismo se recogió el grado de relajación en la hoja de registro.

## **SESIÓN V**

#### *La primera parte: Sólo respira*

La sesión comenzó con el visionado de “Sólo Respira” de Asociación Redime (2015), que es un cortometraje que narra la historia de unos niños y el manejo de las emociones. Los protagonistas hablan acerca de sus emociones y cómo se sienten. En el vídeo se muestra cómo podemos controlar las emociones a través de la respiración. Una vez observados los ejemplos que mostraban los niños, se comentaron y se reflexionó sobre las técnicas de gestión emocional que empleábamos para controlarnos en situaciones de estrés.

### *Segunda parte: diario emocional*

Seguidamente se pasó a trabajar las emociones utilizamos el diario emocional que se presentó y se empleó en la tercera sesión. Teniendo en cuenta los acontecimientos que había experimentado el sujeto esa semana, se expresó emocionalmente y se escribieron las emociones en el documento mencionado anteriormente. Reflexionó sobre las emociones que había experimentado y potenciamos aquellas emociones positivas para que contribuyesen a su bienestar.

### *Tercera parte: relajación progresiva*

Se terminó la sesión con una actividad de relajación progresiva. Como música de fondo se seleccionó “El ciclo” (Prittwitz, 2000a). Con esta actividad se pretendió que el sujeto contactase con su parte interna y se desprendiese aquellas emociones que le habían causado estrés. Para hacer este ejercicio, se seleccionó la técnica de tensar y relajar los músculos fáciles, para ello se siguieron las indicaciones de Cautela y Groden (1985), la secuencia debía ser: (1) tensar los músculos al máximo, (2) notar la sensación de tensión en todos los músculos, (3) relajarse y (4) sentir la agradable sensación de la relajación. Las zonas que se trabajaron con esta actividad fueron la frente, los ojos, la nariz, la sonrisa, la lengua, la mandíbula, los labios y el cuello. Cuando se finalizó la relajación, se comentaron los resultados y se apuntó el grado de relajación en la hoja de registro.

## **SESIÓN VI**

20 marzo 2018: Día internacional de la felicidad.

Antes de comenzar la sesión, se le comentó que era el día internacional de la felicidad. Seguidamente, se le realizaron las siguientes preguntas ¿qué es la felicidad? ¿qué beneficios me aporta? ¿cómo se consigue? ¿en qué momentos has sentido la felicidad? Una vez que se había expresado, se le preguntó si la enfermedad le había cambiado el concepto que tenía de felicidad.

### *Primera parte: Conocemos a Asier de la Iglesia*

Para comenzar la sexta sesión, se visionó un reportaje de la Federación Española de Baloncesto (2017) que narra la historia de Asier de la Iglesia, uno de los mejores jugadores de la liga de baloncesto. En 2012, notó que se le dormían una mano, no le dio importancia ya que creía que se le había pinzado el nervio, pero la enfermedad avanzó; finalmente, fue al médico y le diagnosticaron Esclerosis Múltiple. A pesar de ello, decidió adoptar una postura positiva e intentó ayudar a las personas que padecen su enfermedad, con su ejemplo. Él menciona que es muy importante la actitud y que toda persona debería enfrentarse a los problemas y “no esperar a que pase la tormenta, sino aprender a bailar bajo la lluvia”.

Después de ver el vídeo, se analizó la actitud que había mostrado Asier desde que le diagnosticaron la enfermedad y se examinaron las emociones que el jugador transmitía. Seguidamente, se reflexionó sobre la importancia de las emociones en el transcurso de la enfermedad y las cosas que había podido aportarle

adoptar una postura negativa o positiva. Con esta actividad, se persiguió que el sujeto observase los efectos positivos y negativos, y reflexionase sobre cada uno de ellos.

#### *Segunda parte: PF y ¿qué me digo a mi mismo cuando...?*

En la segunda parte se llevó a cabo el PF, en el que el sujeto identificó y trabajó los cuatro elementos de la PsP. Después, se realizó una actividad en la que el sujeto debía tomar constancia de sus reacciones emocionales. En la primera sesión, se le presentó diversas situaciones y se comprobaron que la percepción que mostraba afectaba a la emoción que sentía. En relación con este contenido, se le presentó diversas situaciones como: los demás me alaban o elogian, me miro al espejo y no me gusto, he discutido fuertemente con una persona de mi entorno, entre otras (Véase Anexo XVII). En primer lugar, el sujeto tuvo que identificar las emociones que tendría en cada situación, después se le preguntó sobre lo que debía pensar para cambiar los sentimientos negativos que identificó. Se apuntó lo que se diría en cada situación y, posteriormente, se analizó la situación desde ese punto de vista, en este proceso se comprobó la importancia de controlar nuestros pensamientos para gestionar nuestras emociones.

#### *Tercera parte: relajación guiada*

Para finalizar la sesión se llevó a cabo una actividad de relajación guiada. Para realizarla, se empleó un vídeo de YouTube, cuya relajación se titula “El bosque y el mar” con una duración de diez minutos (Fábregas, 2015). En el desarrollo del vídeo, se establecen relaciones entre parajes de la naturaleza y la respiración y se incitaba al sujeto a recordar paisajes en los que él había disfrutado. Cuando finalizó la actividad de relajación, se comentaron los paisajes que se había imaginado y cómo le habían influenciado a la hora de relajarse. Cuando se comentaron los resultados y se evaluó el grado de relajación y se recogió en la hoja de registro.

## **SESIÓN VII**

#### *Primera parte: diario emocional*

En la primera parte de la sesión se llevó a cabo la actividad del diario de emociones. El sujeto expresó las emociones que había experimentado durante la semana, reflexionó sobre éstas y las clasificó en positivas y negativas. Se analizaron los efectos que habían tenido y se hizo hincapié en las emociones positivas para generar el bienestar subjetivo. Por otro lado, se reflexionó sobre cómo se podía gestionar las emociones negativas para lograr que nos afecten en menor medida.

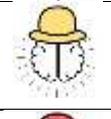
#### *Segunda parte: Aitor Francesena y los seis sombreros*

Después del diario emocional, se llevó a cabo una actividad en la que se trabajó la técnica de los seis sombreros de Edward de Bono. Ésta se empleó para introducir hábitos del pensamiento constructivo y observar la realidad desde los diferentes puntos a través de los diferentes sombreros ya que cada uno de

ellos nos aporta una perspectiva. A continuación, se expone una tabla con la explicación de cada uno de los sombreros (De Bono, 2008).

Tabla 7:

*Los seis sombreros de Edward de Bono*

	Este sombrero se caracteriza por la cautela y el juicio. Con él, se advierte de los peligros, de las dificultades y de por qué algo no puede funcionar.
	Este sombrero recoge la información, los datos y los hechos. Cuando se pide información de este sombrero, sólo busca información, no argumentación.
	Este sombrero otorga una perspectiva general del problema. Da un paso atrás y observa nuestro pensamiento sobre el tema en cuestión. Este sombrero determinará el tipo de pensamiento que debemos utilizar.
	Este es el sombrero del optimismo. Es el sombrero positivo. Analiza por qué algo va a funcionar, cuáles son sus ventajas y cómo puede llevar a cabo algo.
	Se refiere a las emociones, sentimientos e intuiciones. Con el sombrero rojo puesto, el protagonista puede expresar sus sentimientos en relación a ese tema.
	Éste es el sombrero creativo. Plantea ideas y alternativas nuevas. Propuestas y provocaciones. El color verde sugiere la energía de la vegetación y el crecimiento.

Una vez que el sujeto conocía las características de cada uno de los sombreros, se le presentó el siguiente caso:

*“Mi nombre es Aitor Francesena, tal vez me conozcan como el “Gallo” tengo 46 y 16 de ellos los he dedicado a formar a grandes figuras del surf. Con 14 años perdí mi ojo derecho por un glaucoma congénito de nacimiento y en 2011, después de un trasplante de córnea un accidente surfando me llevó a perder la visión de los dos ojos”.*

Se analizó la situación empleando los diferentes sombreros que nos plantea De Bono. El objetivo es estudiar todos los puntos de vista para tomar la mejor decisión en relación a los problemas. Cuando el sujeto había experimentado los sentimientos con los diferentes sombreros, se llegó a la siguiente conclusión...

*“Ciego de los dos ojos, “Gallo” sigue adelante con su vida, con las mismas ganas y pasión por su trabajo y el surfing: soy el actual campeón del mundo en la categoría de discapacidad visual. Pesé a las piedras que se cruzaron en mi camino, sigo surfando, entrenando y escribiendo libros con mi experiencia. ¡Si te lo propones, se puede!”.*

Seguidamente se visionó un reportaje en el que narra su historia, su ceguera nunca le ha impedido cumplir las metas que se ha propuesto (Siroko, 2016). Con este visionado se pretendió transmitirle al sujeto una visión positiva y hacerle sentir que, como dice Gallo en su libro, querer es poder. Se finalizó la actividad reflexionando sobre la importancia de analizar la situación desde diferentes puntos de vista teniendo en cuenta los sentimientos que se pueden experimentar en cada momento.

### *Tercera parte: relajación guiada*

En la última parte se llevó a cabo una relajación sin tensión siguiendo la idea de Cautela y Groden (1985). Mientras se reproducía la canción titulada “Brisa marina” (Prittwitz, 2000a). De manera progresiva, se le mandó que recorriese y relajase todas las partes de su cuerpo, a medida que expulsaba su aire él pronunciaba para sí mismo la palabra R-E-L-A-X, lentamente; de forma que cuando llegase a la X esa parte quedase relajada; este proceso se realizó cinco veces con cada parte del cuerpo. Cuando se finalizó la relajación, se comentaron los resultados y se apuntó el grado de relajación en la hoja de registro.

## **SESIÓN VIII**

La octava sesión se empleó para visionar “Ganar al viento”, un documental de 79 minutos dirigido por Anne-Dauphine Julliand. Este documental narra la historia de cinco niños/as que han sido diagnosticados con patologías graves, ellos/as son conscientes de la enfermedad que tienen, lo que provoca que sean más maduros y conscientes de la importancia de disfrutar del presente, sin pensar en el futuro.

En la trama nos cuentan su vida cotidiana, sus dudas, sus alegrías y sus emociones; es un documental que recalca el poder de la vida y la capacidad de recuperación de las personas. Otro aspecto que se expone es la resiliencia, a pesar de que los niños/as tienen ese problema, ellos/as nunca pierden la sonrisa y disfrutan al máximo de cada momento. Esta fue la principal razón por la que se seleccionó esta película (Julliand, 2016).

Cuando se finalizó el documental, se analizó la idea general que intentaban transmitir. Después se centró en los sentimientos que transmitía la película en general y cada uno de los niños, en particular. También se prestó atención a la expresión facial que mostraba cada niño/a y a las emociones que transmitían.

La actitud fue otro de los aspectos remarcables, a lo largo de la película se puede observar que los niños/as tienen una forma positiva de afrontar la enfermedad, lo que conlleva que desarrollen sentimientos positivos y disfruten al máximo cada momento. Examinados dichos aspectos, se reflexionó sobre la importancia de disfrutar con la enfermedad, sin adelantar etapas, aprovechando el presente, intentando no pensar en el futuro. Ésta será la única forma de que disfruten cada día a pesar de la enfermedad y esa es la idea que se quiso transmitir al sujeto con el visionado de este documental.

## **SESIÓN IX**

### *Primera parte: el contagio de las emociones positivas e inicio del decálogo de las emociones positivas*

La sesión se inició con el vídeo de Elsa Punset de Redes (Punset, 2013), donde se explica las emociones y la influencia que pueden tener en las personas con las que convivimos. En este documento audiovisual, se muestra un experimento sobre el contagio de las risas en un vagón de metro. En él, hay dos personas que están viendo un vídeo y se están riendo continuamente, al final todo el vagón termina riéndose. Con este

documental de Redes se pretendió que el sujeto comprendiese la relevancia que tiene sus emociones en las personas con las que convive y se relaciona.

Después de visionarlo y razonar sobre los contenidos que Elsa Punset transmitía, se le presentó la actividad del decálogo de emociones positivas. El objetivo de esta propuesta era crear una serie de pautas para optimizar la calidad de vida de las personas afectadas por la ELA. En esta sesión se comenzó a desarrollar este recurso y cada día se introdujo una clave para optimizar la vida de estas personas y desarrollar sentimientos positivos.

#### *Segunda parte: PF y Carlos Matallanas*

En la segunda parte, se comentó si había realizado los ejercicios mentales de PsP en el periodo de Semana Santa y posteriormente se ejecutó el PF de los contenidos que había experimentado ese día. Seguidamente, se presentó a Carlos Matallanas, un exjugador y periodista deportivo que fue diagnosticado de ELA en 2014. Para ayudar y concienciar a la gente Carlos decidió abrir un blog en el periódico El Confidencial. Se accedió a su blog y se indagó en los artículos que había colgado y el optimismo que transmitía (Matallanas, 2018).

Se analizó la idea que intentaba transmitir Carlos, después se realizó la lectura de un texto de motivación (Matallanas, 2014) que publicó meses después de que le hubiesen diagnosticado la enfermedad. En éste establecía un símil entre el fútbol, la enfermedad y la ilusión de no perder las ganas de luchar “hasta que el árbitro pitó el final” (Véase Anexo XVIII).

Se leyó el fragmento y se examinó lo que Carlos intentaba transmitir con su creación. Se extrapoló lo que intentaba mostrarnos a la vida del sujeto y se recapitó sobre los momentos que él había vivido y se intentó establecer relaciones entre sus vivencias y las ideas que intentaba transmitirnos el autor.

#### *Tercera parte: relajación guiada*

Para finalizar la sesión se llevó a cabo una relajación guiada titulada “La Playa”, proyectado desde YouTube (Díaz, 2008). En el vídeo se incitaba al sujeto a pensar en un paraje natural, en concreto, la playa; el protagonista visualizó la playa, identificó sus colores e imaginó el movimiento de las olas e incitaba a disfrutar imaginándose el sonido de cada ola. Cuando se finalizó la relajación, se comentaron los resultados y se apuntó el grado de relajación en la hoja de registro.

## **SESIÓN X**

#### *Primera parte: diario emocional y decálogo de Emociones Positivas*

La sesión se comenzó con el diario emocional, de forma que el sujeto expresó los sentimientos que había experimentado en las vacaciones de Semana Santa y por qué creía que los había tenido presentes; así mismo, se habló sobre cómo había intentado controlar esos sentimientos de manera que le repercutiesen lo menos posible en su día. Después se elaboró el segundo punto del decálogo de emociones positivas.

### *Segunda parte: menú PsP*

En la segunda parte de la sesión se trabajó el pensamiento divergente de la persona. La finalidad en esta actividad fue crear un catálogo de aspectos, que contribuyan a su bienestar, y se recogiesen en forma de menú PsP. Para ello se diseñaron unos entrantes, el plato principal y el postre. A través de esta actividad, se persiguió que el sujeto identificase cualidades positivas, como: autoestima, confianza, sentimientos positivos, entre otras, que tienen efectos positivos en su vida cotidiana.

Para comenzar la actividad, primero, se identificó todos los aspectos que él consideraba que le ayudaban a convivir con la ELA. Cuando se habían identificado esos componentes, el sujeto los valoró y conforme a la repercusión que habían tenido en su vida, les otorgó un nivel u otro, por ejemplo: si consideró que la autoestima y la autoconfianza son claves para vivir con la enfermedad, las colocó en el plato principal, y así sucesivamente.

### *Tercera parte: relajación-respiración*

Para realizar esta actividad se empleó la canción titulada “Primavera”, en la que se recogen diferentes sonidos de la naturaleza acompañados por la guitarra (Prittwitz, 2000b). Para planear esta actividad se empleó la idea que exponen Cautela y Groden (1985). Cuando se inició la actividad se le indicó que debía cerrar los ojos y con la música tenía que intentar relajar todo su cuerpo.

Para lograr que se relajase se empleó la respiración, y antes de comenzar la actividad se le indicó que debía realizar inspiraciones profundas, mantener el aire y después expulsarlo lentamente. Se le comentó que él tenía una varita mágica, se le recomendó que empezase el ejercicio por la cabeza y poco a poco bajase a los pies. Se le incitó a que se imaginase cómo se relajaban todos los músculos de manera progresiva, empleando la respiración.

Una vez que el sujeto eliminó la tensión de sus músculos y se había desprendido de las emociones y sentimientos negativos, se comentaron los efectos que había tenido esta actividad de relajación en comparación con las anteriores ya que ésta era más autónoma que las que se habían ejecutado en las otras sesiones. Para finalizar, se recogió el grado de relajación en la hoja de registro.

## **SESIÓN XI**

### *Primera parte: emociones y arte*

En la primera parte de esta sesión se trabajaron las emociones en las creaciones artísticas. Para ello se elaboró un power point que recogía obras de diferentes pintores, algunos ejemplos son: El beso de Gustav Klimt para expresar la emoción del amor, Baño de Joaquín Sorolla para la alegría, El grito de Edvard Munch para el miedo o Full Fathom Five de Jackson Pollock para el entusiasmo, entre otros. Las obras seleccionadas y la emoción que transmitían se recogen en el Anexo XIX.

El objetivo de la actividad fue que el sujeto identificase la expresión facial de las personas que los artistas habían representado. Conforme a lo que les transmitían él debía seleccionar la emoción que intentaba comunicarnos el autor a través de su creación y en la siguiente diapositiva nos otorgaban el resultado emocional del cuadro.

#### *Segunda parte: PF y decálogo de Emociones Positivas*

Una vez que se habían trabajado las expresiones emocionales en el mundo artístico, se pasó a ejecutar el PF. El sujeto tuvo que identificar los contenidos del programa que había vivenciado en ese día, cuando el sujeto había seleccionado los motivos relacionados con la PsP, se recogieron en la hoja de registro del programa. Después, se creó el tercer punto del decálogo de emociones positivas para una persona con ELA.

#### *Tercera parte: relajación-respiración*

Esta actividad se basa en la idea que expone Zych (2010) y la canción que se usó fue “Noche de luna” (Prittwitz, 2000b), en la que predominan los sonidos de los animales y del agua. En esta sesión se empleó la técnica de relajación muscular, en primer lugar, se centró en la respiración, cuando estuvo tranquila y lenta se comenzó el ejercicio.

En este momento se comenzó a tensar y relajar los músculos, el objetivo era que el sujeto identificase la diferencia entre tensión y relajación. Para ejecutar el ejercicio, el sujeto debía mantener relajado el cuerpo y tensar únicamente los grupos musculares seleccionados, en este caso, los brazos, el tronco, la cabeza y la cara y las piernas; para realizar dichos ejercicios, se siguieron las indicaciones que detalla Zych (2010) en las páginas 212-215 de su libro. Cuando se finalizó la relajación, se comentaron los resultados y se apuntó el grado de relajación en la hoja de registro.

## **SESIÓN XII**

#### *Primera parte: Diario Emocional y decálogo de Emociones Positivas*

La primera actividad que se realizó fue el diario emocional, conforme a los sentimientos que había tenido a lo largo de la semana, el sujeto seleccionó aquellos que consideró más relevantes y se recogieron en el diario. Conforme a los sentimientos que tuvo, se comentaron y se identificó la repercusión que había tenido en su día. Después, se diseñó el cuarto punto de decálogo de emociones positivas.

#### *Segunda parte: “La vida” de la Madre Teresa de Calcuta*

En la segunda parte de la sesión, se leyó el poema titulado “La vida” que escribió la Madre Teresa de Calcuta (Véase Anexo XX). Esta creación guarda una estrecha relación con la PsP ya que a lo largo del todo el poema expresaba la importancia de vivir nuestro día a día disfrutando de las pequeñas cosas y potenciando las emociones positivas. Cuando se leyó el poema, se examinó y se reflexionó sobre la idea que la autora intentaba transmitirnos con su creación.

### *Tercera parte: relajación mediante la imaginación*

Para finalizar la sesión se implementó una relajación guiada apoyándonos en YouTube, Zurro (2018) animaba al sujeto a respirar y a sentir como el aire que entraba en su cuerpo y llenaba todas las partes de su cuerpo y producía una sensación de relajación en cada una de ellas; cuando el sujeto expulsaba el aire, con él eliminaba las sensaciones negativas, las preocupaciones y los pensamientos innecesarios para volver al equilibrio emocional. Cuando se finalizó la relajación, se comentaron los resultados y se recogió el grado de relajación en la hoja de registro.

## **SESIÓN XIII**

En esta sesión se rompió con la estructura tradicional de las sesiones que se habían implementado hasta el momento. Teniendo en cuenta que el sujeto disfrutaba estando en contacto con la naturaleza, se consideró que sería interesante diseñar una sesión en la que se produjese un contacto con la misma. Es por ello que esta sesión se decidió llevarla a cabo en el paseo del río Pisuerga. Cuando se accedió al paraje natural, se ejecutaron las siguientes propuestas:

- ¡Emociones fuera! Se eliminaron las emociones negativas utilizando un globo. Se le indicó que debía pensar en las emociones negativas que había experimentado a lo largo del día, de manera progresiva y conforme a la intensidad del sentimiento que había tenido debía inflar el globo. Cuando el sujeto consideró que había eliminado todas las emociones negativas, se anudó el globo, se soltó y se desprendió de aquellos sentimientos que habían tenido efectos negativos en su persona.
- Se realizó el PF, el sujeto expresó los contenidos relacionados con la PsP.
- Se diseñó el quinto punto del decálogo de emociones positivas.
- Actividad de relajación empleando un vídeo de YouTube (Savin, 2014).

Se terminó la sesión comentando los sentimientos que había experimentado con la salida y las emociones que había vivenciado con la implementación de las actividades al aire libre.

## **SESIÓN XIV**

### *Primera parte: Diario emocional y decálogo de Emociones Positivas*

La sesión comenzó empleando el diario emocional, al igual que el resto de sesiones, el sujeto se expresó emocionalmente y los sentimientos que había vivenciado durante esta semana y se recogieron en este documento. Seguidamente, y conforme a la experiencia del sujeto, se diseñó el sexto punto del decálogo de emociones positivas.

### *Segunda parte: actividades gratificantes*

En esta propuesta práctica el sujeto tuvo que seleccionar aquellas acciones que disfrutaba haciendo. Para llevar a cabo esta actividad se crearon dos listas: a) actividades que disfrutaba ejecutando antes de que empezase a sentir los primeros síntomas de la enfermedad y b) actividades que disfrutaba haciendo después de recibir el diagnóstico de la enfermedad.

En relación a la primera lista se le preguntó por los sentimientos que tenía al realizarlas, lo que le aportaban y la repercusión que tenían en su persona. Con la segunda lista se pretendió que el sujeto se expresase emocionalmente y mostrase los motivos por los que disfrutaba realizando dichas actividades. La finalidad de esta propuesta es que el sujeto descubra que, a pesar de la enfermedad, puede llevar a cabo actividades que le enriquezcan y enseñarle a que es imprescindible que las realice y disfrutó ejecutándolas.

### *Tercera parte: relajación guiada*

Para realizar el último ejercicio y finalizar la sesión, se llevó a cabo una relajación guiada, titulada “Relajación sonrisa interior”. En ella, Fábregas (2012) menciona las partes del cuerpo que tiene que relajar el sujeto prestando especial atención a los sentimientos, incita al sujeto a crear sentimientos positivos y limpiarse de los negativos para que seamos capaces de afrontar nuevas situaciones y siga creciendo. Cuando se finalizó el ejercicio, se comentaron los resultados que había tenido y se concretó la puntuación en la hoja de registro.

## **SESIÓN XV**

En esta sesión se visionó la película de “Ansias de vivir”, drama dirigido por Andrei Konchalovsky y protagonizado por Stephanie Abraham. Ella es una famosa violinista que está sufriendo grandes cambios en su vida a nivel personal y profesional puesto que le acaban de diagnosticar Esclerosis Múltiple. A pesar de padecer la enfermedad y de las adversidades que se encuentra en el camino, Stephanie sigue luchando para conseguir lo que quiere. Pero, un día, su carrera profesional se termina y su marido le abandona por otra mujer. Ella decide centrarse en sí misma y ser un poco egocéntrica, por ende, las relaciones sociales tienden a descuidarlas. Sin embargo, ella nunca pierde ni energía, ni la ilusión ni mucho menos las ganas de vivir (Konchalovsky, 1986).

Cuando se finalizó la película, se examinó y se identificó su argumento. Después se analizaron los sentimientos que nos transmitía, en general, y cada uno de los personajes. Se prestó especial atención a la actitud que muestra la protagonista, a pesar del diagnóstico, y todo lo que sucede a su alrededor, ella muestra una actitud positiva y decide aprovechar su vida al máximo.

Se finalizó la sesión reflexionando sobre la importancia de fortalecernos ante las adversidades, conllevando el desarrollo de nuestra capacidad de resiliencia. También, se comentó la forma en la que la

protagonista afrontó la enfermedad, como se puede observar en la película, y cómo usó la enfermedad para crecer internamente.

## **SESIÓN XVI**

### *Primera parte: diario emocional y decálogo de emociones positivas*

Para iniciar la sesión, y como se hacíamos cada jueves, se llevó a cabo el diario emocional. El sujeto expresó las emociones y sentimientos que había tenido a lo largo de la semana, en el caso de que comentase sentimientos negativos se le preguntó si había intentado controlarlos para que le repercutiesen lo menor posible y si había empleado las técnicas que se habían trabajado con las propuestas desarrolladas en las sesiones anteriores. Después, se creó el séptimo punto de decálogo de emociones positivas.

### *Segunda parte: ciudad colorida*

En la segunda parte se vio el cortometraje de animación titulado “Ciudad colorida” (Cazarez, 2014). En éste se narra la historia de un joven risueño, que con su actitud y su alegría intenta colorear la vida de las personas que se encuentra a su paso. Pero, un día, conoce a una chica y se enamora, no sabe cómo reaccionar y siente ese gris, pero ambos se enamoran y vuelven a sentir los colores. Como se puede observar, la idea impregnada en el corto es que no todas las personas tienen la capacidad de sentir ni expresarse, pero las emociones y sentimientos se pueden contagiar.

Cuando se finalizó el vídeo se comentaron las emociones que se habían visto representadas y los sentimientos que le habían transmitido, también se reflexionó sobre la importancia que tienen las emociones en las personas que nos rodean; en este momento, recordamos los contenidos que habíamos trabajado en la Sesión IX con el vídeo de Redes de Elsa Punset en el que se exponía el contagio de las emociones. A continuación, se seleccionaron cuatro emociones positivas: entusiasmo, tranquilidad, amor y felicidad y el sujeto tuvo que seleccionar momentos de su vida en los que habían estado presentes esas emociones y los efectos que tenían en su bienestar subjetivo; así como la repercusión que habían tenido en las personas de su alrededor.

### *Tercera parte: relajación guiada e imaginativa*

Se cerró la sesión con una propuesta de relajación guiada de Rolon (2015), en la que la creadora del vídeo indicaba las partes del cuerpo que debía relajar, pero, al mismo tiempo le menciona que debía visualizar y sentir cada parte. Después, se comentó el estado que debía tener el sujeto conforme se desarrollase la relajación. Una vez que se había terminado la visualización, el sujeto expresó los sentimientos que había tenido y el grado de relajación que había alcanzado.

## SESIÓN XVII

### *Primera parte: reacciones emocionales y llave para autocontrolarnos*

Esta propuesta se empleó en la sexta sesión y como se obtuvieron buenos resultados, se consideró que era oportuno volver a realizarla con situaciones que él previamente había comentado (Ver Anexo XXI). Se usó el mismo procedimiento, en primer lugar, el sujeto expresó las emociones que podría experimentar en cada situación; seguidamente, se prestó mayor atención a aquellas situaciones que había expresado sentimientos negativos, se le realizó la siguiente pregunta ¿qué podía pensar para que esa situación no le afectase tanto? y cuando habíamos identificado el pensamiento que debía tener para controlar la situación se volvió a analizar las casuísticas teniendo en cuenta la premisa que se había marcado.

Se rescataron los resultados del ejercicio de “¿qué me digo a mi mismo cuando...?” y con los del ejercicio que se acababa de realizar, se crearon las “llaves emocionales”. Se decidió otorgarles ese nombre puesto que tienen una función similar, las llaves emocionales fueron pensamientos que el sujeto debía tener en cada situación para lograr controlar sus emociones y potenciar emociones positivas; la función de estos pensamientos fue realizar llaves para acceder a los sentimientos positivos.

### *Segunda parte: PF y decálogo de Emociones Positivas*

En la segunda parte se llevó a cabo el PF, se comentaron los aspectos de PsP que había vivenciado a lo largo de la semana y después, en la hoja de registro, se recogieron los que había experimentado ese día. Cuando terminamos la actividad, se elaboró el octavo punto del decálogo de emociones positivas para una persona afecta de ELA.

### *Tercera parte: relajación*

Para cerrar la sesión con la actividad de relajación se seleccionó la canción “La loba” (Prittwitz, 2000c). En esta sesión se realizó una relajación sin tensión, siguiendo las indicaciones de Zych (2010) y antes de comenzar el ejercicio, se le indicó que debía seleccionar las partes más tensas de su cuerpo, una vez que las hubiese identificado, se reprodujo la música y él poco a poco fue repasando esas partes intentándolas relajar y eliminando la tensión acumulada. Cuando se finalizó el ejercicio, se comentaron los resultados que había tenido.

## SESIÓN XVIII

### *Primer parte: diario emocional y decálogo de emociones positivas*

La primera actividad que se realizó fue el diario emocional, el sujeto justificó las emociones que había sentido y se analizaron los mecanismos de regulación para controlar las emociones negativas. Como era la última sesión, en la que se emplearía este recurso, se llevó a cabo una valoración general y la repercusión

que había tenido, evaluando la fluidez que había experimentado el sujeto a la hora de expresarse emocionalmente. Después, se creó el noveno punto del decálogo de emociones positivas.

#### *Segunda parte: Mensaje de Fernando Torres inspirado por Carlos Matallanas*

En la novena sesión se presentó a Carlos Matallanas, en esta sesión se visualizó el mensaje de su amigo, Fernando Torres, inspirado en la forma que Carlos ha tenido de afrontar la enfermedad (Diario AS, 2017). En el vídeo Torres menciona que Matallanas ha sabido hacer de la enfermedad una oportunidad, oportunidad de crecimiento personal, haciéndole más resiliente, y otorgarle la capacidad para ayudar a personas que, como él, sufren esta maldita enfermedad. En este documento, también se puede observar aspectos de la PsP relacionándolo con los valores que le ha aportado el fútbol (disfrutar de poder llegar al entrenamiento, preocuparte y agradecer a las personas que forman parte del equipo y hacen que todo esté preparado para que ellos jueguen, disfrutar de los detalles más insignificantes, entre otros). Seguidamente, se reflexionó sobre la importancia que tiene nuestra actitud y forma de afrontar el problema sobre las personas que nos rodean.

#### *Tercera parte: sesión: relajación guiada y visualización*

Para finalizar la sesión se empleó una actividad de relajación guiada, en la que el sujeto debía prestar especial atención a las emociones, aceptándolas y dejándoles que se expulsen, que fluyan. En el vídeo se animaba al sujeto a sentir la respiración y con ésta el sentimiento de relajación en cada parte del cuerpo. En este ejercicio, también se recoge una parte para que el sujeto se perdonase y perdonar a los demás, de forma que tuviese el sentimiento de paz interna (Cuesta, 2014). Cuando se finalizó la relajación, se comentaron los beneficios que le había aportado y se recogieron los datos valorativos de la relajación en la hoja de registro.

## **SESIÓN XIX**

#### *Primera parte: PF y decálogo de emociones positivas*

Para comenzar la sesión se llevó a cabo el PF, el sujeto identificó los cuatro motivos de la PsP que había vivenciado ese día. Dado que era el último día que se iba a implementar este programa, el sujeto realizó un ejercicio de análisis sobre la influencia que había tenido en su día a día. Después se diseñó el último punto del decálogo de emociones positivas.

#### *Segunda parte: árbol de las cualidades*

Como se realizó en la décima sesión con el menú de PsP, esta actividad se planteó en la misma línea. Apoyándose en el dibujo de un árbol, el sujeto tuvo que identificar sus cualidades actuales, conforme al grado, que contribuyesen a su bienestar, las colocaría en las raíces del árbol, en el tronco o en la copa del mismo. Cuando colocó las cualidades en el árbol, se reflexionó sobre su importancia para crear emociones positivas y disfrutar con ellas.

### *Tercera parte: relajación guiada*

La canción seleccionada para realizar la última actividad de relajación fue “Mil hojas” (Prittwitz, 2000b) y siguiendo las aportaciones de Zych (2010), se realizó una sesión de relajación mediante la imaginación. Se comenzó respirando despacio y de forma tranquila, contrayendo el abdomen y, poco a poco, se repasaron y relajaron todos los músculos de nuestro cuerpo. Para emplear esta técnica se utilizó la lectura titulada “Paseo por un bosque”, que se localiza en las páginas 215-217 del mismo libro. Con su lectura el sujeto debía imaginarse escenas agradables que le resultasen relajantes. Cuando se terminó la lectura y el sujeto abrió sus ojos, se le preguntó acerca del paisaje que había imaginado, las emociones que había surgido y el grado de relajación que había alcanzado. Para finalizar la sesión, el sujeto realizó una valoración de lo que aprendió con las actividades de relajación.

## **SESIÓN XX**

### *Primera parte: decálogo de emociones positivas*

En la primera parte de esta sesión, se finalizó el decálogo de consejos para desarrollar emociones positivas a una persona enferma de ELA. Se releyó cada punto y se perfeccionaron aquellos que el sujeto consideró que no eran adecuados o se podían mejorar. Después se reflexionó sobre la repercusión que había tenido la creación del decálogo en su vida: si le había ayudado a valorar más las cosas o a prestar más atención a aquellas cosas que le hacían sentirse feliz, pero que antes de diseñarlo pasaban desapercibidas.

### *Segunda parte: test, inventario y cuestionario*

En la segunda parte de la sesión, siguiendo las indicaciones de Fernández-Berrocal y Extremera (2010) se aplicó el test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), que evaluaba la IE del sujeto de la investigación, y el Inventario de Felicidad Auténtica de Seligman (Citado en Arbea, 2009) en el que se valoró la influencia que habían tenido las actividades de la PsP. Después se realizaron las preguntas que se recogen en el cuestionario que localizado en el Anexo IX. El objetivo de esta parte fue obtener datos cuantitativos y cualitativos sobre aspectos del programa para mejorar en el futuro.

### *Tercera parte: Playa y montaña*

Para finalizar la sesión se visionó el vídeo de “Playa y Montaña” que es un cortometraje de sensibilización de Enfermedades Raras (Fundación Mehuer, 2016). En esta creación se establece una metáfora entre unas vacaciones y el nacimiento de su hija con una Enfermedad Rara, ambos momentos giran en torno a la planificación y a unas expectativas de realidad muy concretas, ellos quieren ir a la playa, pero en el camino se encuentran dificultades que rompen con sus expectativas, se adaptan, cambian el destino y se dirigen a la montaña. El cortometraje nos trasmite un mensaje de positivismo y de optimismo, a pesar de las adversidades que se interpongan en tu camino siempre has de persistir y luchar por tus sueños porque, como dice el vídeo, “si continuamente te estás lamentando de que no fuiste a la playa, nunca podrás apreciar la

belleza de la montaña”. Se cerró la sesión y el programa de intervención con la idea que nos trasmite el vídeo “si la vida cambia de rumbo, conocerás otros lugares que también pueden ser maravillosos”.

## **4.5.EVALUACIÓN**

Para el proceso de evaluación se emplearon dos instrumentos: el test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) (Fernández-Berrocal y Extremera, 2010) y el Inventario de Felicidad Auténtica de Seligman (Citado en Arbea, 2009). Se seleccionaron ambos tests ya que se adaptaban a lo que se pretendía trabajar con el programa, la justificación teórica de cada uno de ellos se localiza en el segundo capítulo. Estos instrumentos se aplicaron dos veces; una antes y otra después de implementar el programa de intervención. El objetivo fue emplearlos como pretest y posttest para observar los cambios que se habían producido con el desarrollo del programa.

Los resultados obtenidos se mostrarán en el siguiente apartado. Gracias al uso los tests, se obtuvieron datos cuantitativos del efecto que había tenido el programa de intervención, pero, para obtener datos cualitativos, se empleó un cuestionario. Éste estaba compuesto por preguntas personales para extraer información sobre los efectos del programa de intervención en su vida cotidiana; se puede observar en el Anexo IX y en el siguiente apartado se presentarán las respuestas.

## 5. CAPÍTULO V: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### 5.1. RESULTADOS TEST E INVENTARIO

La finalidad de este apartado fue obtener datos cuantitativos del programa de intervención a través de los test aplicados: el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) (Fernández-Berrocal y Extremera, 2010) y el Inventario de Felicidad Auténtica de Seligman (2005, citado en Arbea, 2009). Los resultados obtenidos en ambas pruebas son positivos, en la Figura 18 y 19 se puede observar gráficamente la mejoría entre el pretest y postest.

El TMMS-24 evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales a través de tres dimensiones claves: atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2010). El programa de intervención repercutió en los tres aspectos. A continuación, se presentan de manera gráfica:

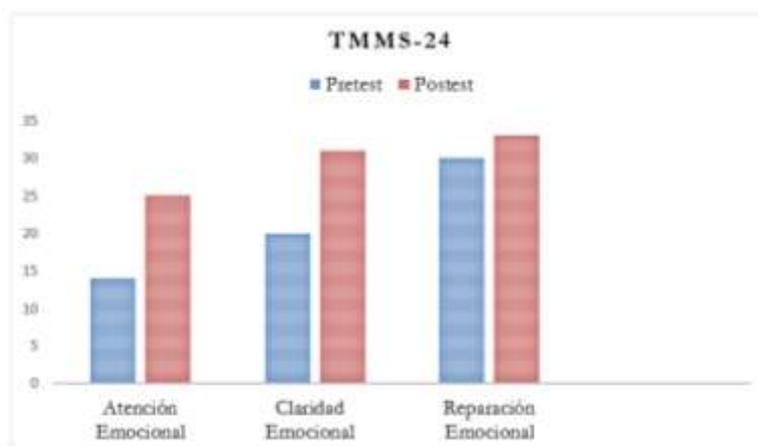


Figura 18. Resultados pre-postest TMMS-24

El sujeto necesitaba mejorar la capacidad de atención emocional ya que en el pretest obtenía una puntuación de 14 y con el programa de intervención se situó dentro de los parámetros de una adecuada atención (25 puntos). En relación a la claridad emocional, en el pretest el sujeto debía mejorar su claridad (20 puntos) y una vez que se desarrolló el programa la claridad emocional evolucionó y se situó dentro de los estándares clasificados como adecuados (31 puntos). En tercer lugar, el sujeto mostró una buena reparación emocional y experimentó una pequeña mejoría de 3 puntos (30 frente a 33) entre pre y postest.

Los resultados obtenidos con el test muestran que el programa de intervención ha mejorado la atención emocional (11 puntos), la claridad emocional (11 puntos) y reparación emocional (3 puntos). Con ello se verifica que las actividades que se han planteado en el programa de intervención han mejorado la IE del usuario.

Por otro lado, en el Inventario de la Felicidad Auténtica se evaluaban los aspectos de la PsP. Todas las preguntas contaban con cinco respuestas; en el pretest el sujeto obtuvo una puntuación media de 2, mientras que en el postest ésta aumentó un punto, obteniendo un 3. En la siguiente gráfica se muestran los resultados de los 24 ítems en el pretest y postest.

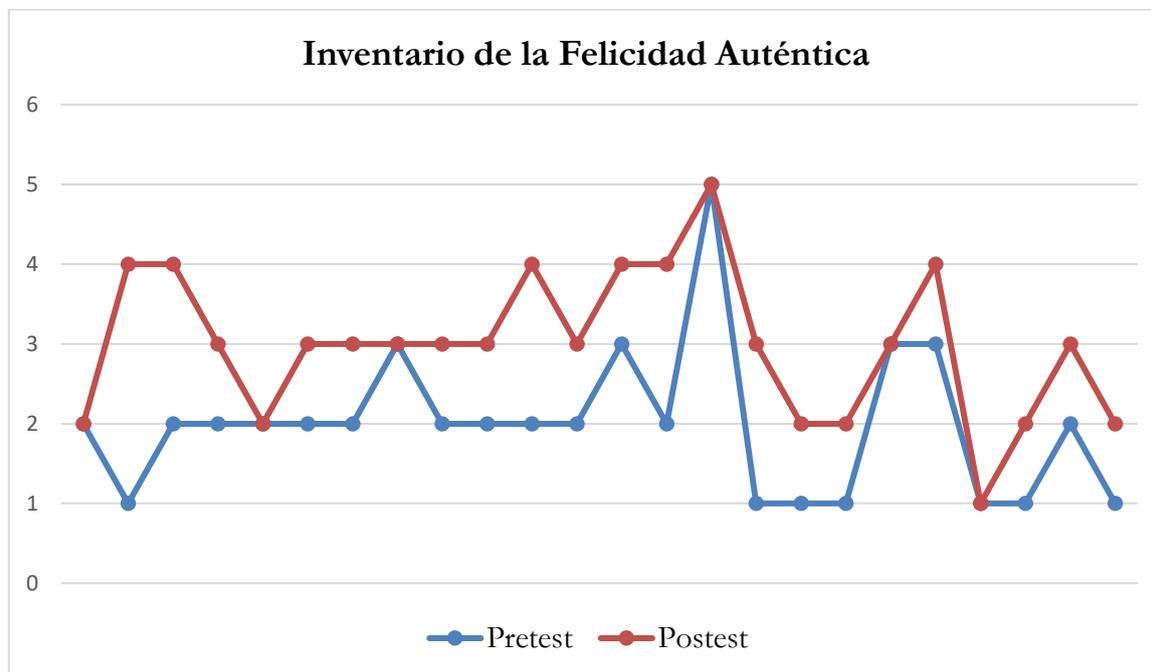


Figura 19. Resultados pre-postest Inventario de la Felicidad Auténtica.

Como puede observarse en la gráfica, en la mayoría de puntos se aprecia mejoría, pero en los ítems 1, 5, 8, 15 y 21 se mantiene la misma valoración. En las siguientes líneas se exponen algunas posibles explicaciones a este hecho.

- Ítems 1 y 5: porque se refiere a los logros que está consiguiendo y con la enfermedad encuentra dificultades para lograr lo que quiere; algunas veces lo alcanza y otras no.
- Ítem 8: se refiere a las relaciones sociales y el sujeto afirma que se sentía igual de unido al empezar el programa que al terminarlo.
- Ítem 15: guarda relación con su trabajo y él estaba muy contento mientras lo realizaba.
- Ítem 21: en el que se muestra la valoración de su vida. Él selecciona que iría perdiendo valoración como consecuencia de la enfermedad.

Los datos obtenidos con el Inventario de la Auténtica Felicidad de Seligman (2005, citado en Arbea, 2009) muestran que las actividades relacionadas con la PsP y emociones positivas han provocado efectos positivos en la vida del sujeto, aumentando un punto respecto a la puntuación inicial.

## 5.2. RESULTADO DEL CUESTIONARIO

El cuestionario se diseñó para obtener datos cualitativos del programa ya que el usuario es el que ha vivenciado las actividades y es él el que mejor conoce las fortalezas y debilidades del programa. El sujeto de la investigación afirma que accedió a participar en la investigación ya que le ofrecieron la oportunidad de colaborar en un programa y él sentía que podía ayudar a alguien. Cuando decidió participar en el programa desconocía datos significativos sobre éste; pero a medida que se ha desarrollado, se han cumplido sus expectativas, entre las que destaca: expresarse emocionalmente para lograr controlarse, dar a conocer el plano emocional de la enfermedad, aprender a ser más positivo y valorar más las pequeñas cosas.

En relación a la IE y a la PsP, el sujeto mostró una valoración positiva. Éste afirmaba que el programa de intervención le ha ayudado a prestar más atención a las emociones y a los sentimientos y que le había repercutido en su vida cotidiana, puesto que actualmente tenía una visión más positiva. En la misma línea, el sujeto afirma que las actividades le han ayudado a expresarse emocionalmente y cada vez que lo hacía se sentía liberado. Ya lo afirma Maganto (2010) “poner palabras a los sentimientos hace que éstos se liberen, suavicen sus principales aristas” (p.196). Además de liberarse, las propuestas prácticas habían logrado que el sujeto minimizase los sentimientos negativos y potenciase los positivos; entre las herramientas que le había otorgado el programa, el sujeto identificó que los efectos que habían tenido eran los siguientes:

- Valoración del presente: actitud positiva sobre las actuaciones que realiza cada día.
- Mostrarse agradecido de la gente que se encuentra a su alrededor.
- Tener dos obligaciones del PF
- Aprender a reconocer los sentimientos y controlarlos a través de la dimensión cognitiva.
- Identificar los aspectos positivos que tiene en su vida
- Controlar las emociones negativas a través de la relajación.

Por otro lado, las actividades de relajación habían logrado mejorar su concentración, el sujeto afirmó que había mejorado su capacidad para relajarse, pero todavía no lo había conseguido relajarse completamente puesto que presentaba cierta dificultad para relajar las piernas.

Las últimas preguntas que se realizaron estaban relacionadas con los aspectos metodológicos del programa de intervención. El sujeto valoró de forma positiva el programa de intervención y afirmó que recomendaría este programa a cualquier persona que estuviese afectada por ELA. Asimismo, comenta que las fortalezas del programa de intervención fueron las sesiones de relajación y el PF. Como debilidades señala la actividad de emociones y arte, que se realizó en la sesión XI. Con relación a la duración del programa considera que fue adecuada, pero le gustaría haber podido alargarlo porque le ha ayudado mucho a expresarse emocionalmente y a recordar en positivo todos los aspectos de la vida. Consecuentemente, menciona que todas las actividades han sido útiles, no considera que haya existido alguna que fuese menos

funcional. Por último, el usuario afirmaba que la psicopedagoga se había adaptado a sus necesidades y había intentado mejorar su calidad de vida con las actividades que se llevaban a cabo.

### **5.3. RESULTADOS DE ACTIVIDADES**

En este apartado de resultados de actividades se ha considerado oportuno presentar los resultados obtenidos con los cuatro grandes programas (PF, diario emocional, decálogo de emociones positivas y actividades de relajación) y el quinto epígrafe se ha dedicado para comentar los resultados generales de las actividades libres.

#### **5.3.1. Programa Fierabrás**

La finalidad del PF fue que el sujeto identificase aspectos de la PsP y potenciase emociones positivas para mejorar su bienestar. En la hoja de registro, que recogía los datos que mencionaba el sujeto, se puede observar una clara mejoría. En los primeros días el sujeto tenía más problemas para identificar estos aspectos, dificultades que se diluyeron a medida que aprendía a valorarlos; a pesar de ello, en el apartado de autoaceptación, el sujeto siguió mostrando dificultad para identificar acciones de las que se sintiese orgulloso.

En relación a este ejercicio, es necesario mencionar que en el apartado de compromiso ético se tuvo que modificar un ítem. En la primera sesión se valoraba que el sujeto realizase la comida, pero a partir de ésta, dado el progreso de la enfermedad, el sujeto no podía realizarla, así que se cambió por el aseo personal.

En la última sesión se preguntó al sujeto sobre los efectos que consideraba que había tenido el PF en su vida y mencionó los siguientes (con una flecha se han relacionado con las partes del programa que guardan relación):

1. Recordar las actividades que había hecho a lo largo del día, valorarlas y sentirse mejor → Disfrutar del presente y autoaceptación
2. Aumentar -parcialmente- su autoconcepto → Autoaceptación
3. Apreciar las pequeñas cosas que hace a lo largo del día → Disfrutar del presente
4. Comprometerse a realizar una cosa todos los días → Compromiso ético
5. Valorar positivamente a su círculo social. Sentirse agradecido de las personas que tenía a su alrededor, personas que continuamente le estaban ayudando y haciendo la vida más fácil → Agradecimiento

### **5.3.2. Diario Emocional**

Dadas las dificultades que tenía el sujeto para expresarse emocionalmente, para facilitar la actividad se diseñó una hoja donde se recoge la clasificación psicopedagógica de las emociones (Bisquerra, 2009), localizada en el Anexo IV. A pesar de que el sujeto tenía mayor fluidez a la hora de expresarse emocionalmente, siempre lo hizo con la hoja de apoyo.

En las primeras sesiones, que se practicó el diario emocional, el sujeto mostraba mayor predisposición a seleccionar las emociones negativas, pero a medida que se desarrollaba el programa de intervención, el sujeto se identificaba más con las positivas. El protagonista únicamente empleaba las negativas cuando había tenido algún percance importante e incluso, en la última sesión, el sujeto comentó que había tenido emociones negativas, pero no sabía identificarlas porque no les había prestado importancia. Otro aspecto que me llamó la atención fue cuando el sujeto se cayó y afirmó que había tenido emociones positivas y de esta forma consiguió levantarse sin ayuda y con buen humor.

En la última sesión, se le preguntó al sujeto sobre la finalidad que consideraba que había tenido esta actividad. Los aspectos que comentó fueron: adquirir conocimientos técnicos sobre las emociones y sentimientos, estar pendiente de las emociones y sentimientos para poder controlarlas y recapacitar sobre la importancia que tiene el ámbito emocional en su vida.

### **5.3.3. Decálogo de Emociones Positivas**

La finalidad del decálogo fue identificar aspectos positivos que ayudaban al sujeto a convivir con la enfermedad. En el Anexo XXII se recoge el diseño del decálogo que se distribuyó a las asociaciones para que lo compartiesen en sus páginas webs. Seguidamente se presentan diez puntos impregnados de aspectos positivos, cuyo objetivo es mejorar el bienestar de las personas afectadas por la ELA.

1. La ELA no me amargaré la existencia. Nunca me robará mi sonrisa porque es mi forma de enfrentarme a la enfermedad: con una sonrisa dibujada en mi cara. Siempre intentaré mantenerla para afrontarla de la mejor manera posible.
2. Yo no soy mi enfermedad, no debo estar continuamente pensando en ella porque lo único que sacaré es mi lado oscuro. Yo debo aprender a vivir con ella como compañera de vida.
3. Dejaré a un lado el pesimismo y fomentaré el optimismo, no dando excesivo protagonismo a la enfermedad porque no se puede erradicar. La única solución es ser positivo: es el arma más eficaz para luchar contra la enfermedad. Esperar y no desesperar, llevarlo con paciencia apoyándonos en las personas que están a nuestro alrededor.
4. Yo tengo recursos para ser más feliz. La clave está en controlar mis emociones, antes de que éstas me controlen a mí; tratar de maximizar las emociones positivas y minimizar el impacto de las negativas. Aprender a disfrutar de las pequeñas cosas que hacemos cada día -sin establecer comparaciones de lo

que podíamos hacer antes de la enfermedad-, agradecer a las personas que están a nuestro alrededor -aquellas que tratan de hacernos la vida más fácil- y sentirnos satisfechos con las acciones que llevamos a cabo en nuestro día a día.

5. Yo puedo crecer interiormente, gracias a mi enfermedad, que con ella me convertiré en una persona más resiliente, aprovechando cada oportunidad para crecer ante las circunstancias que me brinda. Gracias a ella alcanzaré niveles de fuerza que jamás me hubiese imaginado y cada día me sentiré con más fuerza para luchar ante sus desafíos. Cada momento es vital, no lo desaprovecharé, no dejaré de crecer ni de aprender.
6. Soy consciente de mis limitaciones, las acepto y sé que me están robando algo que era mío. Pero persistiré y haré todo lo que puedo hacer, nunca dejaré de intentar y no me permitiré pensar que no lo puedo hacer. No obstante, aceptaré aquello que no puedo realizar. Escucharé a mi mente que me dirá “haz” y trataré de obviar las señales que me emita mi cuerpo diciéndome que no me permita hacerlo; yo debo de intentarlo, independientemente de cuál sea el resultado. Asimismo, debo permitirme disfrutar de lo que me gustaba y me gusta a hacer, no dejaré a un lado mis aficiones, seguiré realizándolas; no me aislaré.
7. Yo soy más que mi enfermedad. Aunque ésta me impida realizar ciertas acciones, yo sigo siendo una persona que sueña, se alegra, ríe, disfruta de cada momento, agradece a todas las personas que están a mi alrededor, lucha, sueña, valora lo que puede vivir y...sobre todo... ¡¡VIVO!! Porque soy mucho más que mi enfermedad.
8. No me compararé con otros enfermos de ELA, existen multitud de casuísticas y a cada persona le afecta de una manera. Sólo debo compararme conmigo mismo, yo soy una persona única y debo respetar mi esencia.
9. Vivir cada día es lo que cuenta, no anticiparé lo que pueda pasar mañana. Disfrutaré de los rayos de sol que atraviesan mi ventana y aprovecharé esa energía para seguir luchando.
10. Nunca perderé la ilusión, siempre fuerte, siempre adelante y sin olvidarme de lo que un día dijo un compañero: “nosotros no tenemos ELA, nosotros **Estamos Luchando con el Alma**”.

En la última sesión, cuando se leyeron todos los puntos, el sujeto reflexionó sobre los aspectos que habían desarrollado con esta propuesta práctica. El sujeto afirmó que esta actividad le había servido para: ver la vida de otra forma más positiva; potenciar los emociones y sentimientos positivos; valorar las pequeñas cosas; enfrentarse a la enfermedad; compartir sus experiencias con otras personas y reconocer que hay gente que le interesa saber qué sentimos y tratan de ayudarnos.

#### **5.3.4. Actividades de relajación**

Gracias al registro de las actividades de relajación que se diseñaron, se puede observar un aumento progresivo en relación al grado de relajación del sujeto. En las primeras sesiones, el sujeto valoró positivamente la actividad de relajación, pero tenía dificultades para relajarse por eso otorgó un 1 a dicha

sesión. En la sesión IV, se puede observar que el sujeto mejoró su grado de relajación (2) y en la sesión IX pasó a atribuirle un 3 hasta la sesión XIII. Por último, de la sesión XIV a la XIX, el sujeto calificó su grado de relajación con un 4, aunque en la sesión XVI se identifica un retroceso al 3 puesto que en la visualización de la relajación tenía que imaginarse diferentes acciones y esto dificultó su capacidad para relajarse.

Como se puede observar el sujeto mejoró notablemente su grado de relajación, pero no se relajó completamente. En las observaciones afirmaba que tenía dificultad para relajar las piernas ya que era el segmento corporal al que más estaba afectando la enfermedad en esos momentos. Al identificar los beneficios, el sujeto identificó los siguientes:

- Evolución progresiva, aunque no ha llegado completamente a relajarse. Con esta actividad ha logrado mejorar su nivel de concentración en su relajación.
- Beneficios: paz, tranquilidad y eliminación de tensiones.
- Aumentar los sentimientos positivos disminuyendo los negativos a través de la respiración.
- A pesar de los beneficios que tiene, el sujeto no ha logrado extrapolar la actividad a su vida cotidiana.

### **5.3.5. Actividades libres**

A lo largo del programa de intervención se han llevado a cabo diversas actividades, todas ellas perseguían el pensamiento crítico en el ámbito emocional y valoración positiva hacia aspectos de la PsP y las emociones positivas; objetivos que se cumplieron satisfactoriamente, aunque también se manifestaron dificultades. Por ejemplo, en la sesión VII se trabajó la casuística de Aitor Francesena dado que mostraba una actitud positiva ante su discapacidad visual. La actitud fue captada por el usuario, pero él establecía comparaciones con su enfermedad, finalmente se logró que valorase su actitud frente a la enfermedad, y no la discapacidad de Aitor.

Las actividades de las reacciones emocionales de las sesiones VI y XVII obtuvieron una gran valoración por parte del sujeto. En primer lugar, el sujeto debía identificar el tipo de sentimiento que desarrollaría en cada situación. En aquellos que calificó como negativos, el sujeto tuvo que identificar un pensamiento que produjese un cambio emocional, es decir, con la actividad se perseguía que el sujeto identificase el papel de los pensamientos en el ámbito emocional y cómo podía controlarlos para desarrollar emociones positivas.

Para finalizar, es necesario mencionar que el sujeto mostró dificultades en las sesiones que tenía que reconocer las fortalezas de la PsP: el menú de PsP en la sesión X y el árbol de las cualidades en la sesión XIX. A pesar de ello, el sujeto logró identificar las fortalezas que le ayudaban a convivir con la enfermedad y completar dichas actividades.

## 6. CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 6.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

A lo largo de todo el Trabajo se ha podido observar que las personas afectadas por la ELA necesitan ser escuchadas y expresar sus inquietudes. Esto se ha podido demostrar, cuando se creó un clima en el que se sentía a gusto, el sujeto continuamente expresó sus inquietudes. Asimismo, este aspecto se puede identificar en la alta participación al responder el cuestionario, en 15 días se logró que 70 personas lo cumplimentasen.

En relación a las hipótesis planteadas, la primera (H1. Los sujetos no prestarán atención a sus emociones, ni intentarán controlarlas) se rechaza ya que un 80% de los participantes prestaban atención a las emociones y los sentimientos, un 84,3% consideraba que tenían gran importancia en su vida cotidiana y el 92,9% otorgaba gran importancia a las emociones y afirmaban que les facilitaban y optimizaban la calidad de su vida. Con los datos extraídos, se puede observar que los usuarios afectados por la ELA valoran de forma positiva el tratamiento de la IE en su día a día.

En relación a la segunda hipótesis (H2. Las personas, que realicen el cuestionario, valorarán positivamente los aspectos relacionados con la PsP) se confirma ya que los sujetos emitieron una valoración positiva hacia el tratamiento de aspectos de la PsP. El 89,9 % de los participantes opinaron que una visión optimista repercutía en el desarrollo de la enfermedad, el 82,9 % de ellos consideró relevante el desarrollo de las emociones positivas ya que les ayudaban a convivir con la enfermedad, por ende, el 81,2% intentaba potenciar dichas emociones para mejorar su bienestar subjetivo.

Presentada la discusión de los datos de la parte de investigación del cuestionario de la repercusión de la IE y la PsP en personas afectadas por la ELA, se analizan los resultados del programa de intervención. Los datos obtenidos con los instrumentos de evaluación afirman que el programa es efectivo en este caso concreto. A pesar de ello, si el paciente hubiese mostrado la sintomatología de depresión o ansiedad, como recoge Cruz (2004), no se hubiese podido implementar este programa ya que el usuario es el principal protagonista del mismo y tener esos síntomas dificultaría la realización de las actividades. Es por ello que se estimó que los resultados de las actividades y los instrumentos de evaluación se han visto respaldados con la actitud del usuario. Domínguez y Jiménez (2009) respaldan estas palabras y afirman que “los rasgos de personalidad influyen en los procesos cognitivos, bien moderando los efectos asociados a un estado emocional determinado, bien regulando el estado afectivo, haciendo más duradera la experiencia de bienestar subjetivo y atenuando o eliminando los sentimientos negativos” (p. 362).

Cuando se inició el programa de intervención, el sujeto no prestaba atención a sus emociones, aunque sí consideraba que eran relevantes en su vida. Gracias al programa, el sujeto aprendió a reconocer, valorar y gestionar sus emociones y sentimientos. En el pretest, los resultados eran negativos: el sujeto no prestaba atención a sus emociones, ni tenía claridad para definir las; aunque sí que tenía un buen nivel de reparación

emocional. El programa de intervención provocó cambios significativos en los ítems de atención (14) y claridad (20) emocional puesto que ambos han efectuado una mejoraría significativa de 11 puntos (25 y 31, respectivamente).

La implementación del programa de intervención ha servido para que el sujeto mostrase más atención a su plano emocional. La finalidad del programa de intervención era que el sujeto controlase las emociones negativas y potenciase las positivas. Antes de realizar el programa el sujeto mostraba una adecuada reparación emocional (30 puntos), con el programa de intervención el sujeto ha incrementado esta puntuación 3 puntos. En este componente de la IE, es el que menor efecto ha tenido el programa de intervención; la justificación se encuentra en que el sujeto, antes de desarrollar el programa, tenía un buen nivel de reparación emocional (30 frente a los 36, que se puede obtener como puntuación máxima). A pesar de ello, el sujeto logró mejorar su reparación emocional y situarse a 3 puntos de la puntuación máxima, con lo que se confirma la segunda hipótesis (H2. Con la implementación del programa de intervención, el sujeto presentará mayor atención a sus emociones y sentimientos intentando controlarlos, potenciando los positivos para mejorar su calidad de vida). Por ello, se puede corroborar que este programa ha mejorado la IE del sujeto.

La tercera hipótesis estaba relacionada con los aspectos de la PsP (H3. El sujeto prestará mayor atención a los contenidos que se trabajan en el Programa Fierabrás repercutiendo de forma positiva en los resultados del Inventario de la Felicidad Auténtica, aumentando su bienestar). Los resultados obtenidos con el Inventario de la Felicidad Auténtica muestran que el sujeto ha mejorado su capacidad para identificar y valorar los aspectos positivos de la vida. Consecuentemente la puntuación entre pretest y posttest distan de un punto, obteniendo una puntuación de 2 en la primera prueba y 3 en la segunda sobre 5. A pesar de que los resultados obtenidos son positivos, con el programa de intervención se ha logrado que el sujeto se sitúe por encima de la media de puntuaciones. No obstante, sería necesario promocionar una continuidad del PF, puesto que, como afirma Arbea (2009), los efectos positivos de este programa se van diluyendo con la ausencia de práctica, aunque menciona que algo siempre va a permanecer.

La última hipótesis estaba relacionada con las actividades de relajación (H4. Las actividades de relajación mejorarán la capacidad del sujeto para relajarse y el grado de relajación. En relación a estas actividades, el protagonista será capaz de extrapolarlas a su vida cotidiana.). Como se puede observar en las hojas de registro, el sujeto mejoró la capacidad para concentrarse en la relajación y evadirse de los sentimientos desagradables, comenzó otorgando una puntuación de 1 y en la última sesión seleccionó un 4 sobre 5. A pesar de que ha vivenciado los beneficios de la relajación, el sujeto no ha conseguido realizar dichas actividades en su vida cotidiana. Por ello, esta hipótesis se cumple respecto a la primera parte, pero se rechaza la segunda parte; desde el punto de vista de la investigadora, para obtener la segunda parte serían necesarias más sesiones para lograr que el sujeto alcanzase el máximo grado de relajación (5) y fuese consciente de los beneficios que le pudiese aportar en su vida cotidiana.

Para finalizar es necesario recalcar que la ELA es una enfermedad muy “cruel” con un fuerte impacto psicológico. Por ello la finalidad de este programa fue intentar “paliar” estos efectos en algún grado; teniendo en cuenta los datos cuantitativos y cualitativos dicha finalidad se ha logrado ya que el sujeto afirmó que el programa de intervención le había ayudado a mejorar su bienestar. Para cerrar el apartado de discusión de los resultados, se presenta una tabla con la comprobación de las hipótesis.

Tabla 8:

*Comprobación de hipótesis*

<b>Hipótesis de la investigación ELA y PsP</b>		Comprobación
H1.	Los sujetos no prestarán atención a sus emociones, ni intentarán controlarlas.	X
H2.	Las personas, que realicen el cuestionario, valorarán positivamente los aspectos relacionados con la PsP.	✓
<b>Hipótesis del programa de intervención</b>		
H1.	El programa de intervención mejorará la IE del sujeto evaluado con el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24).	✓
H2.	Con la implementación del programa de intervención, el sujeto presentará mayor atención a sus emociones y sentimientos intentando controlarlos, potenciando los positivos para mejorar su calidad de vida.	✓
H3.	El sujeto prestará mayor atención a los contenidos que se trabajan en el Programa Fierabrás repercutiendo de forma positiva en los resultados del Inventario de la Felicidad Auténtica, aumentando su bienestar.	✓
H4.	Las actividades de relajación mejorarán la capacidad del sujeto para relajarse y el grado de relajación.	✓
	En relación a estas actividades, el protagonista será capaz de extrapolarlas a su vida cotidiana.	X

## 6.2.LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, se mencionan los aspectos relacionados con la parte de investigación respecto a la encuesta online y después los aspectos relacionados con el programa de intervención. La única limitación, que podría darse en el cuestionario online, fue que las personas afectadas por ELA mayores de 70 años no pudiesen acceder a la encuesta. Estos datos se pudieron observar en la media de edades, la del cuestionario estuvo en 64,17 frente a los 66,35 años que se recogían en el RERCYL (BOCYL, 28/02/2014). Por tanto, no existe una diferencia significativa en torno a la media de edades de diagnósticos de las personas que participaron.

A continuación, se explican las limitaciones en el programa de intervención. La principal limitación fue que en Castilla y León no existía asociación de personas afectadas por la ELA en esa fecha; ELACyL se creó el 21 de marzo de 2018. Si hubiese existido una Asociación, se hubieran tenido más facilidades para contactar con personas afectadas por esta enfermedad. Como se ha comentado en el segundo capítulo, para conseguir que el sujeto participase se tuvieron que establecer varios métodos.

Por otro lado, la encargada del área de neurología del Hospital Clínico sí que se mostró predispuesta a colaborar; pero no se recibió ninguna llamada suya. En el Río Hortega, exigían que para facilitar el sujeto debían evaluar el programa por el comité de ética del Hospital y esto retrasaba la puesta en práctica del mismo, por ello se decidió no tener en cuenta esta opción. A pesar de ello, se consiguió una persona; quizá si hubiese existido dicha Asociación, se hubiesen conseguido más participantes y de esta forma no se hubiese limitado a un “estudio de un caso único”.

Consecuentemente, el programa de intervención se habría implementado con un pequeño grupo y se hubiese enriquecido y obtendría mayor validez. Además, los participantes podrían haber compartido sus experiencias, creando un pequeño grupo en el que se sintiesen comprendidos; aspectos que repercutirían en el programa de intervención y quizá provocaría que los efectos del programa de intervención apareciesen antes.

La última limitación que se encuentra al programa de intervención es que al usuario le comenzó la enfermedad por los segmentos corporales superiores y tenía grandes dificultades para escribir. Desde el punto de vista de la investigadora, se consideró que, si no tuviese afectadas las manos, el PF hubiese tenido mayores beneficios ya que el sujeto anotaría diariamente los aspectos relacionados con la PsP, lo que provocaría que el sujeto pensase y reflexionase sobre cada aspecto todos los días.

### **6.3.FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

En este epígrafe se presentan futuras líneas de investigación-actuación en relación a diferentes ámbitos: el programa de intervención, el propio sujeto, la familia, trabajo interdisciplinar y la sociedad. En primer lugar, en relación al programa de intervención, la primera línea de investigación podría ser introducir un grupo de control para lograr que la investigación en vez de preexperimental fuese experimental y obtuviese mayor credibilidad (Cruz et al., 2014). De esta forma, se comprobaría si el programa de intervención psicopedagógico sería aplicable y efectivo en otras personas con diversas casuísticas.

Otro aspecto que se podría desarrollar en torno a la actuación con el propio sujeto sería un programa para trabajar las fortalezas de Seligman (2014), que se han expuesto en la pág. 25-26 de este trabajo. Otra línea de investigación podría ser suprimir el diario emocional por el de Fernández-Abascal (2015, p.117) en el que se persigue que el sujeto sea consciente y tome conciencia de las emociones positivas. Se considera como una alternativa óptima ya que el sujeto presta más atención a las positivas que a las negativas, por ello

se plantea como futura línea de intervención. De esta forma se dejaría de trabajar la IE y se pasaría a trabajar únicamente la PsP y las emociones positivas. En la misma línea, el psicopedagogo/a podría diseñar un programa de intervención en el que ejecutase específicamente la resiliencia de la persona afectada por la ELA.

La tercera línea de investigación se dirige al entorno social del afectado. Como afirma Cruz (1998, 2004) la ELA es una enfermedad que tiene un fuerte impacto psicológico en el entorno personal del paciente. Después de haber implementado el programa de intervención, se ha podido observar la relación del sujeto con su entorno y la repercusión que tiene en el paciente, por ello se cree que es imprescindible trabajar de manera coordinada con ellos. El psicopedagogo/a podría diseñar otro programa específico para los cuidadores de la persona, donde se les potenciasen estrategias para afrontar la enfermedad y desarrollar diversos talleres donde aprendan aspectos relacionados con la enfermedad y los efectos que tienen en el enfermo/a.

En el cuarto lugar, se propone un trabajo interdisciplinar, un equipo en el que trabaje un psicopedagogo, un psicólogo clínico y un médico. A través de este equipo de trabajo, se podría valorar la eficacia de cualquier programa de intervención a nivel clínico y médico; se podrían comprobar si son ciertos los efectos ya comentados (punto 3.4 del primer capítulo) de la PsP en personas afectadas por la ELA y verificar lo que menciona el sujeto del programa de intervención que dice “que una actitud positiva impide que la enfermedad avance tan rápido”.

Para finalizar, la última línea de intervención que se propone está relacionada con la sociedad. Dadas las características de la enfermedad, se cree que es necesario concienciar a la gente de lo “cruel” que es. Por ello se considera que se podría plantear un programa psicopedagógico donde se presentasen aspectos significativos para concienciar y sensibilizar a la gente de esta enfermedad. Al recoger información sobre la ELA, se puede observar que la gente no tiene conocimientos sobre la enfermedad. Además, en la encuesta se puede observar que un alto porcentaje (74,3%) desconocían la enfermedad, es por lo que se cree oportuno introducirla dentro de las futuras líneas de actuación.

## **6.4. CONCLUSIONES**

Como se ha expuesto a lo largo del marco teórico, la ELA es una enfermedad degenerativa que en un corto periodo de tiempo deteriora la MNS y la MNI, de manera que el sujeto no pueda realizar movimientos voluntarios, ocasionando un grande impacto psicológico en la persona (Cruz, 2004). Actualmente, en Castilla y León, 548 personas están afectadas por esta enfermedad y, hasta el 21 de marzo de 2018, no existía una asociación en nuestra comunidad. Desde el punto de vista de la investigadora, las Asociaciones son un apoyo crucial para la persona y los familiares que conviven con esta enfermedad, puesto que éstas se pueden convertir en un punto de encuentro donde se sientan comprendidos y apoyados.

La realización de este trabajo ha conllevado que reconozca aspectos de la enfermedad que desconocía y he podido reconocer lo “agresiva” que puede llegar a ser; de manera progresiva deja la mente enjaulada en un cuerpo prácticamente inmóvil. Por ello, se planteó el programa de intervención para trabajar desde la dimensión cognitiva, para que el sujeto fuese consciente de la importancia que tienen las emociones y los aspectos positivos en su vida. Además, el sujeto afirmó que con el programa de intervención se sentía más realizado ya que debía organizar su día para realizar diferentes acciones y de esta forma no invertía tanto tiempo pensando en la enfermedad.

La implementación del programa de intervención psicopedagógico me ha hecho llegar a la conclusión de que no sólo hay que trabajar con la persona afectada, sino que también hay que trabajar con el entorno del sujeto y con la sociedad. De esta forma se logrará concienciar y sensibilizar a toda la población sobre la repercusión que tiene la ELA y transmitir la necesidad de destinar dinero a la investigación para lograr que algún día se pueda frenar e, incluso, erradicar. Una buena idea para empezar a concienciar a la gente podría ser, por ejemplo, impartir charlas en los Institutos de Secundaria, en las que las personas de las Asociaciones les informasen sobre la enfermedad y las consecuencias que tiene.

Indagar en el campo de la IE me ha concienciado aún más de la importancia de la educación emocional en cualquier etapa de la vida y en cualquier proceso que se atravesase. Ante una situación como es recibir el diagnóstico de la ELA, el sujeto experimenta una serie de sentimientos que afectarán a su vida cotidiana, lo más importante es crear un clima cálido en el que se sienta a gusto y sea capaz de expresarse para que, de esta manera, se puedan paliar de alguna forma sus desequilibrios emocionales. Además, Cruz (2004) establece que el ámbito emocional repercute en el desencadenamiento y forma de evolución de los malestares de la enfermedad. Por ello, es importante que se trabajen los sentimientos que puede desarrollar la persona para disminuir su impacto.

Por otro lado, la PsP es una vertiente actual de la psicología que pone énfasis en los aspectos positivos del Ser Humano. La investigación en este campo ha servido para identificar los efectos (bioquímicos, sociales, cognitivos, distress y salud, regulación de conducta y autorregulación emocional) que tienen las emociones positivas en nuestra vida. A su vez, se reconoce la importancia que se le otorga a la PsP en general y en las de las personas que están atravesando situaciones complicadas, en particular.

En el desarrollo del trabajo he podido comprobar que existen detractores de la PsP; no todos los profesionales comparten los postulados de esta vertiente de la psicología. A la hora de distribuir el decálogo entre diversas asociaciones de toda España, una de ellas mostró su desacuerdo y decidió no compartirlo con los miembros de su asociación ya que consideraba que no tendría efecto alguno. Al observar su actitud y sus comentarios, recalqué que el programa de intervención no pretende tener efectos “curativos”. El programa de intervención nunca ha pretendido trasladar “falsas ilusiones” a los afectados, únicamente intenta trabajar el afrontamiento de la enfermedad y las situaciones a través de los sentimientos potenciando

aquellos que eran positivos para aumentar su bienestar. Además, no se pretende que sea un programa prescriptivo y universal, que pueda tener efecto en todos los sujetos afectados por tan devastadora enfermedad. La forma de vivirla y afrontarla es tan dispar en cada enfermo que únicamente podrá ser aplicado en algunos casos con determinadas actitudes previas (como ha sido el caso que se presenta en este trabajo).

A través de los resultados obtenidos con la encuesta online se ha podido observar que las personas enfermas de ELA consideraban que el ámbito emocional y la PsP les afectan en gran medida a la hora de sobrellevar la enfermedad. El 89,9 % opinaban que una visión optimista repercutía en el desarrollo de la enfermedad, el 81,2% de los participantes trataban de controlar sus sentimientos y un alto porcentaje (72,9%) creían que las emociones positivas influían bastante para convivir con la enfermedad. Por tanto, los participantes valoran claramente la influencia e importancia de dichos aspectos.

Con relación al programa de intervención psicopedagógica, como ya se mencionó en la introducción, es un estudio piloto de un caso único, que sería necesario implementarlo con más casuísticas para comprobar la eficiencia real del programa. A pesar de que con el sujeto de esta investigación ha sido efectivo, no quiere decir que se obtengan los mismos resultados con cualquier persona. Además, a la hora de llevarlo a cabo se ha podido observar que es necesario desarrollarlo en un largo periodo de tiempo para obtener los beneficios. Al iniciar el programa de intervención el sujeto tenía dificultades para expresar sus sentimientos, pero las actividades realizadas le han ayudado a mejorar su expresión emocional. En relación a la PsP, el sujeto no tuvo ninguna dificultad, ya que antes de proponerle el programa de intervención era consciente de que la actitud que se tenía afectaba en el desarrollo de la enfermedad. Por ello, él siempre optó por potenciar aquellos aspectos positivos que incrementaban su bienestar.

Si se observan los datos se puede reconocer que el programa de intervención ha influido más en la IE que en la PsP, a pesar de que en ambas los resultados han sido positivos. A pesar de que él mostró esa actitud, las consecuencias de la ELA son tan drásticas que es probable que un gran número de personas afectadas no serán capaces de desarrollar este tipo de actitudes ante la enfermedad.

Para finalizar, es necesario mencionar que la realización de este trabajo ha conllevado que la investigadora adquiriese conocimientos teóricos sobre la ELA, la IE y la PsP. Asimismo, ha permitido realizar una pequeña investigación de estos dos contenidos en dicha enfermedad y adquirir recursos y herramientas para potenciar la IE desde el ámbito de la PsP en cualquier colectivo. Entre estas herramientas se podrían destacar: PF, Diario Emocional, Actividades de Relajación o Reacciones Emocionales y llaves emocionales. Por ello se considera que ejecutar este trabajo ha contribuido a mejorar y ampliar la formación como futura psicopedagoga.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalde, S. y Pejenaute, E. (2017). ¿Qué sabemos de la Esclerosis Lateral Amiotrófica? *FMC: Formación continuada en atención primaria*. 24 (4). 180-188. DOI: 10.1016/j.fmc.2016.11.005.
- Aldana, J., Álvarez, J., Arispón, C., Barrera, J., Barrot, E., Boceta, J., Bravo, M., Creus, C., Cuende, N., De Cristino, M., García, J., García, P., García, P., González-Meneses, A., Hergueta, P., Irlles, J., Jiménez-Castellanos, R., León, M., López, I., Luque, C., Márquez, C., Ortegón, J., Paradas, C., Pascual, N., Peña, M., Ramírez, E., Salamanca, C., Sanabria, C., Simón, P., Solanellas, J., Viguera, F. y Vogel, J. (2012). *Guía asistencial de Esclerosis Lateral Amiotrófica*. Andalucía: Consejería de Salud.
- Alpízar, H. Y. y Salas, D.E. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. *Wímb lu*. 5(1). Pp.65-83
- Andreu, N. (2017, julio 16). Elimina el estrés en 5 minutos |Relajación guiada para combatir el estrés rápidamente. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VZrUfADraX8>
- Arbea, L. (2009). *SOS...Conviviendo con la Esclerosis Múltiple*. Madrid: Pirámide.
- Arpa, J., Enseñat, A., García, A., Gastón, I., Guerrero, A., Juan, F., Martínez, M., Montero, C., Pascual, J., Povedano, M. y Tranche, S. (2009). *Guía para la atención de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en España*. Madrid: Ministerio de sanidad y política social.
- Asociación Redime (2015, junio 4). Solo Respira, los niños nos enseñan como manejar las emociones. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=lnDifgPuhHI&t=149s>
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (2018). *Optimismo inteligente: psicología positiva de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.
- Barragán, A. R. y Morales, C. I. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología*. 19 (1). Pp. 103-118
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Casas, J., Repullo, J.R. y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria*. 31(8). Pp. 527-538.
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1987). *Técnicas de relajación: (manual práctico para adultos, niños y educación especial)*. Barcelona: Martínez Roca.

- Cazarez, A. (2014, diciembre 7). Ciudad Colorida. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VltxYLuZrJ8&t=2s>
- Charaf, M. (2000). Experiencias prácticas de relajación creativa antiestrés. En M. Charaf (Eds.). *Relajación creativa: técnicas y experiencias*. (pp. 259-324). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Publicacións e Intercambio Científico.
- Chaverri, D. (1998). La Esclerosis Lateral Amiotrófica: un reto clínico. En Diplomatura de Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca (Ed.), *Jornadas sobre intervención logopédica en Esclerosis Múltiple y Esclerosis Lateral Amiotrófica 1997*. (pp.13-20). Salamanca: Departamento de Ediciones y Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Cruz, J. (2004). *Guía de apoyo psicológico en la Esclerosis Lateral Amiotrófica -ELA-*. Recuperado de: <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-apoyo-psicologico-en-la-ela.pdf>
- Cruz, J. (1998). Aspectos psicológicos y actitudes frente a la ELA. En Diplomatura de Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca (Ed.), *Jornadas sobre intervención logopédica en Esclerosis Múltiple y Esclerosis Lateral Amiotrófica 1997*. (pp.77-87). Salamanca: Departamento de Ediciones y Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Cruz, C., Olivares, S. y González, M. (2014). Diseños experimentales. En C. Cruz, S. Olivares y M. González. *Metodología de la investigación*. (pp. 119-138). [Versión digital PDF] (I ed.). México: Grupo editorial patria.
- Csikszentmihalyi, M. (2009). El flujo. En Enrique G. Fernández-Abascal (Coord.). *Emociones positivas*. (pp. 181-192). Madrid: Pirámide.
- Cuesta, N. (2014, marzo 14). Meditación guiada para eliminar la ansiedad. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=j-BoPflQklo>
- De Bono, E. (2008). *La revolución positiva*. Barcelona: RBA Edipresse.
- Diario AS (2017, octubre 16). El emotivo mensaje de Fernando Torres inspirado por Carlos Matallanas | Diario AS. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=qM6qfKSoBZo&t=27s>
- Díaz, C. (2008, junio 18). Relajación guiada: La playa. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=HUXEeHP15S8>.
- Eliás, J. (2014, abril 7). Conmoveror Comercial Tailandés Buenas Historias Tailandesas subtítulos en español. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=OodeazD1yKw>

- (Publicaciones) Fernández-Berrocal, P y Extremera, N. (2010). Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). En Inteligencia Emocional. Recuperado de: <http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf78.pdf>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). Inteligencia emocional, afecto positivo y felicidad. En E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Emociones positivas*. (pp.229-246). Madrid: Pirámide.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 19 (3). Pp. 63-93.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación. OEI-Credi. Biblioteca digital*. Recuperado de: [https://www.extensionuned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/4980/ieimaci06.pdf](https://www.extensionuned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4980/ieimaci06.pdf)
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*. 94. Pp. 751-755.
- Domínguez, F.J. y Jiménez, M.P. (2009). Procesos cognitivos y emociones positivas. En Enrique G. Fernández-Abascal (Coord.). *Emociones positivas*. (pp. 333-362). Madrid: Pirámide.
- Fábregas, M. (2015, septiembre 12). Relajación guiada: El Bosque y El Mar. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=efuI5uK5VNM&t=170s>
- Fábregas, M. (2012, octubre 13). Relajación sonrisa interior. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=tMC1dOby2dg>
- Federación Española de Baloncesto (2017, diciembre 21). La lucha de Asier de la Iglesia contra la Esclerosis Múltiple. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=br1SSp1gciY>
- Fernández, J. (2009). Alegría en la adversidad. El análisis de los factores que mantienen las emociones positivas en situaciones aversivas. En Enrique G. Fernández-Abascal (Coord.). *Emociones positivas*. (pp. 217-227). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E. G. (2015). *Disfrutar de las emociones positivas*. Madrid: Editorial Grupo 5.
- Fernández-Abascal, E. G. (2009). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En Autor. *Emociones positivas*. (pp. 27-45). Madrid: Pirámide.
- Fredrickson, B. L. (2004). El poder de los buenos sentimientos. *Mente y cerebro*. 8. Pp.74-78.

- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3). Pp. 218-226.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of general psychology*. 2 (3). Pp. 300-319.
- Fundación Mehuer (2016, marzo 3). 'Playa y Montaña', una historia de superación en torno a las enfermedades raras. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=2dFtnHWbBIw>
- García-Amado, M<sup>a</sup>.C. (1998). Cuidados de enfermería en ELA. En Diplomatura de Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca (Ed.), *Jornadas sobre intervención logopédica en Esclerosis Múltiple y Esclerosis Lateral Amiotrófica 1997*. (pp.43-52). Salamanca: Departamento de Ediciones y Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Gotor, P., Martínez, M.<sup>a</sup>. L. y Parrilla, P. (2004). *Manual de cuidados para personas afectadas de Esclerosis Lateral Amiotrófica*. Madrid: Adela.
- Guía Docente del Trabajo de Fin del Máster de Psicopedagogía (2018). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*. 23 (3). Pp. 23-41.
- Julliard, A-D. (directora). (2016). *Ganar al viento*. [documental]. Francia: Incognita Films / TF1 Droits Audiovisuels / Arte/Cofinova 11 / Soficinéma 8 Développement.
- Konchalovsky, A. (director). (1986). *Ansias de vivir*. [cinta cinematográfica]. Estados Unidos: Golan-Globus Productions
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo*. [online]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2853> [Consultada el 15 Feb. 2018].
- Lillo, P., Matemala, J.M., Venzuela, D., Verdugo, R., Castillo, J.L, Ibáñez, A. y Slachevsky, A. (2014). Manifestaciones neuropsiquiátricas y cognitivas en demencia frontotemporal y esclerosis lateral amiotrófica: dos polos de una entidad común. *Revista médica de Chile*. 142 (7). DOI: 10.4067/S0034-98872014000700007
- Maganto, C. (2010). La tristeza y la depresión. En C. Maganto y J. M. Maganto (Coords). *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. (Pp. 179-206). Madrid: pirámide.

- Maganto, J.M. y Etxeberria, J. (2010). El optimismo. Cómo vivir mejor. En C. Maganto y J. M. Maganto (Coords). *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. (Pp. 91-108). Madrid: pirámide.
- Maganto, C. y Maganto, J.M. (2010). Las emociones: un acercamiento a su comprensión. En Autor. *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. (Pp. 15-44). Madrid: pirámide.
- Matallanas, C. (2018, marzo 24). Lo que aprendo cada día de Stephen Hawking y Lou Gehrig. [mensaje en Blog]. Recuperado de [https://blogs.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/mi-batalla-contra-la-ela/2018-03-24/ela-stephen-hawking-lou-gehrig\\_1540047/](https://blogs.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/mi-batalla-contra-la-ela/2018-03-24/ela-stephen-hawking-lou-gehrig_1540047/)
- (Opinión) Matallanas, C. (2014). Un futbolista luchando contra la ELA. En periódico AS. Recuperado de [https://as.com/opinion/2014/12/04/portada/1417652230\\_221832.html](https://as.com/opinion/2014/12/04/portada/1417652230_221832.html)
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997): What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mestre, J. M. y Guil, R. (2012). *La regulación de las emociones*. Madrid: Pirámide.
- Mestre, J. M., Gutiérrez-Trigo, J.M, Guerrero, C. y Guil, R. (2017). *Gestión de emociones en el día a día: potenciamos las positivas y controlemos las negativas*. Madrid: Pirámide.
- Mohr, J.P. (1987). Esclerosis Lateral Amiotrófica. En J. P. Mohr. (Ed.), *Manual de problemas clínico en neurología* (pp.279-281). Barcelona: Salvar.
- Ochoa, C., Sumalla, E.C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A, Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*. 7(1). Pp. 7-34.
- ORDEN SAN/113/2014, de 18 de febrero, por la que se crea el Registro Poblacional de Enfermedades Raras de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. (RERCyL). (BOCYL, 28/02/2014)
- Ordóñez, A. y González, R. (2014). Las emociones y constructos afines. En R. González y L. Villanueva (Coords). *Recursos para educar en emociones. De la teoría a la acción*. (pp. 21-54). Madrid: Pirámide.
- Pérez, C., Contreras, E., Marco, G. y Botella, L. (2008). *La ELA en casa*. Elche, Alicante: Fundación Diógenes.
- Prittwitz, A. (2000a). Calma; Brisa Marina; En la orilla; El ciclo. En Natura música de relajación: el mar [CD]. Madrid: Crin.

- Prittwitz, A. (2000b). Primavera; Mil hojas; Noche de luna. En *Natura música de relajación: el bosque* [CD]. Madrid: Crin.
- Prittwitz, A. (2000c). La loba. En *Natura música de relajación: la noche* [CD]. Madrid: Crin.
- Pose-Utrilla, J., García-Guerra, L., Del Puerto, A., Martín, A., Jurado-Arjona, J., De León-Reyes, N.S., Gamir-Morralla, A., Sebastián-Serrano, A., García-Gallo, M., Kremer, L., Fielitz, J., Ireson, C., Pérez-Álvarez, M<sup>a</sup>., Ferrer, I., Hernández, F., Ávila, J., Lasa, M., Campanero, M.R. y Iglesias, T. (2018). Excitotoxic inactivation of constitutive oxidative stress detoxification pathway in neurons can be rescued by PKD1. *Nat Commun.* 8 (1). DOI: 10.1038/s41467-017-02322-5
- Río, M. y Sánchez, I. (2009). Neuroanatomía de las emociones positivas. En Enrique G. Fernández-Abascal (Coord.). *Emociones positivas*. (pp. 83-99). Madrid: Pirámide.
- Rolon, M. B. (2015, marzo 27). Relajación guiada (cuerpo y mente). [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=OmPmWk0Ut6A&t=40s>
- Salas, M. T., Lacasta, M. y Marín, S. (2002). *Aspectos psicológicos en la Esclerosis Lateral Amiotrófica*. Madrid: Fundela. Recuperado de <http://www.fundela.es/FilesRepo/R/H/Z/J/aGrwSjfnEk-manualpsicologia.pdf>
- Savin, X. (2014, octubre 9). Técnicas de Relajación Muscular Progresiva (Jacobson) y Relajación en imaginación [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=uDE3qEPpedo>
- Seligman, M. (2014). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M. y Csikszentmihaly, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist.* 55(1). Pp. 5-14. DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Siroko (2016, 3 julio). Siroko surf-Aitor Francesena, alias “Gallo”. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=aMdXAqfleyI>
- Punset, E. (RTVE). (2013, enero 27). Redes. [Archivo de Vídeo]. Disponible en <http://www.rtve.es/alacarta/videos/redes/redes-mirada-elsa/>
- Val, C. (2017). La encuesta. En J. Callejo (Coord.). *Introducción a las técnicas de investigación social*. (Pp. 199-247). Madrid: Ramón Areces.

- Zapata, C.H, Franco, E., Solano, J.M y Ahunca, L.F. (2016). Esclerosis Lateral Amiotrófica: actualización. *Iatreia*. 29 (2). 194-205.
- Zurro, A. (2018, febrero 10). Sintiendo tus emociones aquí y ahora. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=3hYFTojqKAK>
- Zych, I. (2010). Relájate. En I. Zych (Eds.). *SOS... Cómo recuperar el control de tu vida*. (pp. 209-220). Madrid: Pirámide.

# ANEXOS

**Anexo I.** Expone-solicita para obtener los datos de prevalencia de la Esclerosis Lateral Amiotrófica en Castilla y León.

Doña Miriam Pinedo Borobio, con DNI \_\_\_\_\_ nacida en \_\_\_\_\_, con domicilio actual en \_\_\_\_\_ y con número de teléfono de contacto \_\_\_\_\_. Como estudiante del máster de psicopedagogía impartido por la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, en el Campus Miguel Delibes situado Paseo de Belén, 1, 47011 Valladolid.

## EXPONE QUE

Para obtener el título como psicopedagoga, debe realizar el Trabajo Fin de Máster, la temática elegida ha sido: “programa de intervención para personas afectados por la Esclerosis Lateral Amiotrófica”; para fundamentar el marco teórico del trabajo necesita datos relativos a la prevalencia de esta enfermedad en nuestra Comunidad Autónoma.

El día 23 de enero de 2018 asistió a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León para recoger información, el empleado del registro le comentó que indagase en los datos que había colgados en la página web y si necesitaba algún dato concreto le mencionó que debería realizar un escrito para solicitarlo.

Analizada la información expuesta en la página web, no se han identificado datos en referencia a la prevalencia de esta enfermedad. Pero, sí he identificado que existe un Registro Poblacional de Enfermedades Raras de la Comunidad Autónoma de Castilla y León que se regula por la *ORDEN SAN/113/2014, de 18 de febrero, por la que se crea el Registro Poblacional de Enfermedades Raras de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. (RERCyL)*. Es por ello que...

## SOLICITA

Datos sobre la prevalencia de esta enfermedad en la población de Castilla y León, distribuidos por cada provincia y donde se pueda observar la edad y el género de las personas afectadas.

## ADJUNTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

Una copia de la matrícula de la Universidad donde se puede observar que soy alumna del máster de psicopedagogía y se recoge que el Trabajo del Fin de Máster es una asignatura a desarrollar para obtener el título.

*En Valladolid, a 26 de enero de 2018*

**Fdo. PINEDO BOROBIO, MIRIAM**

-Universidad de Valladolid-

**Anexo II.** Datos estadísticos de la base de datos de RERCYL

335.20 ELA		
Provincia_Residencia: <b>ÁVILA</b>		
Cie9 :335.20	ELA	
<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	45
1	H	86
1	H	75
1	H	60
1	H	71
1	H	80
1	H	66
1	H	81
1	H	61
1	H	64
1	H	69
1	H	56
1	H	50
1	H	60
1	H	54
1	H	62
2	H	85
1	M	66
1	M	81
1	M	71
1	M	40
1	M	25
2	M	51
1	M	72
1	M	52
1	M	62
1	M	65
1	M	58
1	M	80
2	M	64
1	M	49
1	M	70
35		
Provincia_Residencia: <b>BURGOS</b>		
Cie9 :335.20	ELA	

<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	66
1	H	75
1	H	67
1	H	52
1	H	47
1	H	50
1	H	39
1	H	77
1	H	66
1	H	78
1	H	38
1	H	62
1	H	58
1	H	48
1	H	64
1	H	86
1	H	47
1	H	55
1	H	42
1	H	54
1	H	81
1	H	71
1	H	81
1	H	74
1	H	61
1	H	73
1	H	81
1	H	67
1	H	60
1	H	44
1	H	56
1	H	41
1	H	77
1	H	76
2	H	75
1	H	57
1	H	70
1	H	50
1	H	80
1	H	80
1	H	56
1	H	72
1	H	65

1	H	46
1	H	74
1	H	72
1	H	70
1	H	70
1	H	85
1	H	79
1	H	63
1	H	59
1	H	67
1	H	55
1	H	72
3	M	66
1	M	71
1	M	63
1	M	75
1	M	81
1	M	50
1	M	78
1	M	60
1	M	82
1	M	63
1	M	55
1	M	74
1	M	76
1	M	69
1	M	56
3	M	75
1	M	60
2	M	79
1	M	76
1	M	65
1	M	78
1	M	58
83		
Provincia_Residencia:LEÓN		
Cie9 :335.20	ELA	
<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	50
1	H	74
3	H	77

1	H	85
1	H	67
1	H	47
1	H	53
1	H	52
5	H	71
3	H	76
1	H	41
3	H	69
1	H	83
2	H	61
1	H	55
1	H	54
1	H	38
1	H	57
2	H	65
5	H	75
1	H	51
3	H	59
5	H	80
1	H	72
1	H	78
1	H	64
2	H	63
1	H	79
1	H	70
1	M	69
1	M	61
1	M	82
1	M	66
1	M	76
1	M	65
4	M	78
1	M	85
2	M	77
1	M	59
1	M	50
1	M	87
3	M	81
1	M	63
2	M	72
1	M	57
3	M	67
1	M	56

1	M	84
4	M	58
2	M	71
1	M	64
2	M	68
3	M	62
92		
Provincia_Residencia:PALENCIA		
Cie9 :335.20	ELA	
<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	70
2	H	72
1	H	49
1	H	66
2	H	82
1	H	80
1	H	71
1	H	47
2	H	63
1	H	84
1	H	77
1	H	53
1	H	69
1	H	54
1	H	81
1	H	76
1	H	85
1	H	73
1	H	57
1	H	35
1	H	70
2	M	69
1	M	62
1	M	83
2	M	66
1	M	68
1	M	47
1	M	80
1	M	49
1	M	67
1	M	76

1	M	43
1	M	36
1	M	51
1	M	57
1	M	82
3	M	74
1	M	79
1	M	81
1	M	60
1	M	65
48		
Provincia_Residencia: <b>SALAMANCA</b>		
Cie9 :335.20	ELA	
<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	73
1	H	51
3	H	65
1	H	81
1	H	60
1	H	67
1	H	36
1	H	81
2	H	64
1	H	68
1	H	75
1	H	82
1	H	72
1	H	46
1	H	77
1	H	52
1	H	47
1	H	66
1	H	37
1	H	53
1	H	88
1	H	83
1	H	69
1	H	55
1	H	84
2	H	54
1	H	80

1	H	58
1	H	61
1	H	79
1	H	38
1	H	49
1	H	76
1	M	68
1	M	67
1	M	56
1	M	71
1	M	69
1	M	59
2	M	62
1	M	63
1	M	82
1	M	83
1	M	67
1	M	44
1	M	76
1	M	42
1	M	75
1	M	62
1	M	78
1	M	48
1	M	73
1	M	83
2	M	79
1	M	64
1	M	86
2	M	65
2	M	61
1	M	29
1	M	73
1	M	57
1	M	72
1	M	64
71		
Provincia_Residencia:SEGOVIA		
Cie9 :335.20	ELA	
<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	51

1	H	30
1	H	78
1	H	65
1	H	61
1	H	57
1	H	60
1	H	45
1	H	32
1	H	37
1	H	76
2	H	70
1	H	81
1	H	47
1	H	68
1	H	72
1	H	44
1	H	69
2	H	77
1	H	92
1	H	86
1	M	82
1	M	56
1	M	21
1	M	72
1	M	73
1	M	43
2	M	63
3	M	76
1	M	26
1	M	64
1	M	74
1	M	52
1	M	61
1	M	55
2	M	65
42		
Provincia_Residencia: <b>SORIA</b>		
Cie9 :335.20	ELA	
<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	86
1	H	82

1	H	65
1	H	31
1	H	88
1	H	59
1	H	62
1	H	64
1	H	61
1	H	75
1	H	83
1	H	60
1	M	82
1	M	78
1	M	51
1	M	65
1	M	76
1	M	66
1	M	69
1	M	52
1	M	73
1	M	60
1	M	56
1	M	62
1	M	79
1	M	76
26		
Provincia_Residencia:VALLADOLID		
Cie9 :335.20	ELA	
<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	64
1	H	70
1	H	58
1	H	59
1	H	65
1	H	74
1	H	81
1	H	62
1	H	73
2	H	78
3	H	67
1	H	89
1	H	83

2	H	57
1	H	85
1	H	52
1	H	51
1	H	68
1	H	39
1	H	65
1	H	54
3	H	65
1	H	44
1	H	49
1	H	66
1	H	86
2	H	53
1	H	80
1	H	59
1	H	72
1	H	57
1	H	36
2	H	77
4	H	78
2	H	63
1	H	69
1	H	75
2	H	55
1	H	72
1	H	50
1	H	80
2	H	60
1	H	73
1	H	77
2	H	51
2	H	74
1	M	82
2	M	68
1	M	59
1	M	62
1	M	79
1	M	75
1	M	65
2	M	70
2	M	74
1	M	58
1	M	47

1	M	68
1	M	61
1	M	44
2	M	57
1	M	76
1	M	69
3	M	64
1	M	75
2	M	80
1	M	77
1	M	78
1	M	70
1	M	88
1	M	87
1	M	67
1	M	56
1	M	34
1	M	67
1	M	56
1	M	64
1	M	84
2	M	47
3	M	76
1	M	69
1	M	84
1	M	66
109		
Provincia_Residencia: <b>ZAMORA</b>		
Cie9 :335.20	ELA	
<b>TOTAL_Diagnósticos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad Diagnóstico</b>
1	H	51
1	H	73
2	H	65
1	H	70
1	H	60
1	H	62
1	H	82
1	H	50
1	H	66
1	H	75

1	H	72
2	H	83
1	H	41
1	H	80
1	H	56
2	H	68
1	M	92
1	M	72
1	M	73
1	M	71
1	M	61
1	M	69
2	M	65
1	M	74
1	M	52
1	M	44
1	M	80
1	M	54
4	M	78
1	M	82
3	M	66
1	M	53
1	M	77
42		
<b>AV</b>	35	
<b>BU</b>	83	
<b>LE</b>	92	
<b>PA</b>	48	
<b>SA</b>	71	
<b>SG</b>	42	
<b>SO</b>	26	
<b>VA</b>	109	
<b>ZA</b>	42	
<b>TOTAL</b>	548	

### Anexo III. Medias de diagnósticos y varianzas de personas afectas por la ELA

ESTADÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON LA ELA		
<b>Generales</b>		
Media de edad de diagnósticos	$\bar{x} = 66,35$	
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 65,85$	$\sigma = 12,97$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 66,97$	$\sigma = 12,11$
<b>Específicas de cada provincia</b>		
<b>Ávila</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 63,74$	$\sigma = 13,74$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 67,22$	$\sigma = 12,58$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 60,06$	$\sigma = 14,32$
<b>Burgos</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 65,99$	$\sigma = 12,00$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 64,36$	$\sigma = 13,03$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 69,30$	$\sigma = 8,92$
<b>León</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 68,63$	$\sigma = 10,29$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 68,06$	$\sigma = 10,95$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 69,35$	$\sigma = 9,47$
<b>Palencia</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 66,85$	$\sigma = 12,97$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 67,96$	$\sigma = 13,12$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 65,75$	$\sigma = 12,96$
<b>Salamanca</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 65,07$	$\sigma = 13,30$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 64,19$	$\sigma = 14,10$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 66,03$	$\sigma = 12,52$
<b>Segovia</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 62,10$	$\sigma = 16,75$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 62,83$	$\sigma = 17,30$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 61,21$	$\sigma = 16,48$
<b>Soria</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 67,73$	$\sigma = 12,94$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 68$	$\sigma = 16$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 67,5$	$\sigma = 10,26$
<b>Valladolid</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 66,72$	$\sigma = 11,80$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 65,52$	$\sigma = 11,95$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 68,32$	$\sigma = 11,53$
<b>Zamora</b>		
Media de edad de diagnósticos y desviación	$\bar{x} = 68,22$	$\sigma = 12,06$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en hombres	$\bar{x} = 66,84$	$\sigma = 11,71$
Media de edad de diagnósticos y desviación típica en mujeres	$\bar{x} = 69,23$	$\sigma = 12,44$

## Anexo IV. Hoja de apoyo para el diario emocional (Bisquerra, 2009)

---

### Emociones negativas

---

#### Primarias

- Miedo: temor, horror, pánico, terror, pavor, desasosiego, susto, fobia.
- Ira: rabia, cólera, rencor, odio, furia, indignación, resentimiento, aversión, tensión, excitación, agitación, enojo, celos, envidia, impotencia, rechazo, recelo.
- Tristeza: depresión, frustración, decepción, pena, dolor, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad.
- Asco: aversión, repugnancia, rechazo, desprecio
- Ansiedad: angustia, desesperación, inquietud, inseguridad, estrés, preocupación, nerviosismo

#### Sociales

- Vergüenza: culpabilidad, timidez, vergüenza ajena, bochorno.

---

### Emociones positivas

---

- Alegría: entusiasmo, euforia, excitación, contento, diversión, placer, gratificación, satisfacción, alivio, humor.
- Amor: aceptación, afecto, cariño, ternura, simpatía, empatía, interés, amabilidad, afinidad, adoración, respeto, devoción, compasión.
- Felicidad: bienestar, gozo, tranquilidad, paz interior, placidez, satisfacción, serenidad.

---

### Emociones ambiguas

---

- Sorpresa, esta emoción puede ser positiva o negativa.
    - Sobresalto, asombro, desconcierto, confusión, perplejidad, admiración, inquietud, impaciencia.
    - En el otro extremo, anticipación y expectativas que pretenden prevenir sorpresas.
-



**UNIVERSIDAD de VALLADOLID**

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
PSICOLOGÍA POSITIVA**

En primer lugar, nos gustaría dar las gracias a adEla por darnos la oportunidad de poder ponernos en contacto con vosotros. El objetivo de esta circular es encontrar personas afectadas por Esclerosis Lateral Amiotrófica en Valladolid que se encuentren en la primera-segunda fase de la enfermedad y no tengan mermadas las habilidades de comunicación oral.

En la Universidad, para optar al título del máster de psicopedagogía es necesario presentar un trabajo final (TFM). La estudiante de la investigación ha pensado enfocarlo en el tratamiento de la Inteligencia Emocional y Psicología Positiva en personas afectadas con ELA; para ello ha diseñado un programa de intervención con diversas actividades que se llevarán a cabo durante dos meses. Éstas se podrán realizar en una sala del Campus Miguel Delibes o, también se ofrece la posibilidad de que la estudiante se desplazase a domicilios particulares, si estuvieran situados en Valladolid capital.

La metodología de investigación del programa de intervención es un estudio de casos y la finalidad es identificar los efectos del tratamiento de la Psicología Positiva en este tipo de población. Para comprobar dichos efectos necesitamos personas que estén dispuestas a llevar a cabo nuestro programa, por ello solicitamos la posibilidad de vuestra participación a través de este escrito.

**Muchas gracias por vuestra atención**

Atentamente

**Miriam Pinedo Borobio**

*Est. del Máster de Psicopedagogía*

**D. Moisés Ochoa Aizcorbe**

*Prof. del Máster de Psicopedagogía*

## **Anexo VI. Consentimiento informativo para el Participante en el Programa de Intervención**



**UNIVERSIDAD de VALLADOLID**  
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

### **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PSICOLOGÍA POSITIVA PARA UNA PERSONA AFECTADA POR ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA**

Autora:

Miriam Pinedo Borobio

Tutor:

Moisés Ochoa Aizcorbe

#### **I. Introducción**

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de participar en este estudio, lea este consentimiento cuidadosamente y realice todas las preguntas que estime oportunas para asegurarse de que entiende el procedimiento del estudio.

#### **II. Procedimiento**

El procedimiento consistirá en la realización de un programa de intervención que se implementará los martes y jueves de marzo, abril y mayo de 2018. En el transcurso del programa, se ejecutarán diversas actividades en torno a la Inteligencia Emocional y la Psicología Positiva. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer las preguntas que estime oportunas en cualquier instante. Igualmente, podrá retirarse del proyecto en cualquier momento sin explicación alguna y sin que ello le perjudique de ninguna forma. Si alguna de las preguntas o actividades que se lleven a cabo durante el programa le parecen incómodas o no le apetece responderlas tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora y no proceder a responderlas.

Antes y después de realizar el programa, se le administrarán dos pruebas (*Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)* y el *Inventario de la Felicidad Auténtica*) para recopilar datos necesarios para el estudio.

### **III. Privacidad y confidencialidad**

Se garantiza la absoluta confidencialidad de todos los datos, quedando únicamente reflejados su edad, el género, el lugar de residencia y algunos datos sobre el diagnóstico y su situación clínica y emocional. Los datos recogidos se utilizarán para el desarrollo de esta investigación y en todo momento se respetará su privacidad. Cualquier incidencia puede ser comunicada a la encargada de llevar a cabo el estudio.

### **IV. Consentimiento**

Leída y comprendida toda la información previa y respondidas todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en el programa AUTORIZO el uso y la divulgación de la información, según lo explicitado y concretado anteriormente.

**Le agradecemos muy sinceramente su participación en el proyecto.**

---

Firma del Investigador Principal

Fecha

Firma del Participante de la Investigación

Fecha

Anexo VII. Temporalización del Programa de Intervención

PROYECTO INTERVENCIÓN IE y PsP  
TRABAJO FIN DE MÁSTER DE PSICOPEDAGOGÍA

Est. PINEDO BOROBIO, Miriam

Prof. OCHOA AIZCORBE, Moisés



				1 Inicio del programa Sesión I	2	3	4
Mar. 2018	5 Semana 10	6 Sesión II	7	8 Sesión III	9	10	11
	12 Semana 11	13 Sesión IV	14	15 Sesión V	16	17	18
	19 Semana 12	20 Sesión VI	21	22 Sesión VII	23	24	25
	26 Semana 13	27 Sesión VIII	28	29	30	31	1
Abr. 2018	2 Semana 14	3	4	5	6	7	8
	9 Semana 15	10 Sesión IX	11	12 Sesión X	13	14	15
	16 Semana 16	17 Sesión XI	18	19 Sesión XII	20	21	22
	23 Semana 17	24 Sesión XIII	25	26 Sesión XIV	27	28	29
	30 Semana 18	1 Sesión XV	2	3 Sesión XVI	4	5	6
May. 2018	7 Semana 19	8 Sesión XVII	9	10 Sesión XVIII	11	12	13
	14 Semana 20	15 Sesión XIX	16	17 Sesión XX	18	19	20
	21 Semana 21	22	23	24	25	26	27
	28 Semana 22	29	30	31	<i>... fuerza, fuerza, fuerza... todos los días, FUERZA!</i>		



**Anexo VIII.** Registro del nivel de relajación

Número de sesión	Grado de relajación					Observación
	1	2	3	4	5	
Sesión I						
Sesión II						
Sesión III						
Sesión IV						
Sesión V						
Sesión VI						
Sesión VII						
Sesión IX						
Sesión X						
Sesión XI						
Sesión XII						
Sesión XIII						
Sesión XIV						
Sesión XVI						
Sesión XVII						
Sesión XVIII						
Sesión XIX						

## **Anexo XIX.** Cuestionario de valoración del Programa de Intervención

1. ¿Por qué accedió a participar en el Programa de Intervención?
2. Cuando comenzó el Programa de Intervención, usted no prestaba especial atención a sus sentimientos, ¿cree que con el desarrollo de las actividades ha conseguido prestar más atención? ¿en qué medida le ha repercutido en su vida cotidiana?
3. ¿Qué herramientas le ha potenciado el programa de intervención para controlar sus sentimientos y potenciar aquellos que consideramos positivos?
4. Cuando comenzamos las actividades de relajación, usted tenía cierta dificultad para relajarse, con las actividades planteadas, ¿considera que ha mejorado su capacidad para relajarse?
5. ¿Considera que las actividades planteadas por la psicopedagoga le han ayudado a expresarse emocionalmente?
6. ¿Cómo se sentía cada vez que expresaba sus sentimientos a través del Diario Emocional?
7. ¿Con las propuestas prácticas, la psicopedagoga le ha ayudado a que usted se preocupe más por sus sentimientos y potencié aquellos que calificábamos como positivos?
8. En relación a la psicopedagoga, ¿cree que ha sabido adaptarse a sus necesidades emocionales? ¿y a las consecuencias de la enfermedad (dificultades para hablar, realizar ejercicios manuales, etc.)?
9. ¿Podría usted realizar una valoración general del programa? ¿Qué fortalezas encuentra en el programa de intervención? ¿y debilidades?
10. Desde su punto de vista, y como principal protagonista del programa de intervención, ¿Considera que son suficientes sesiones o serían necesarias más?
11. ¿Recomendaría el Programa de Intervención a otras personas afectadas por Esclerosis Lateral Amiotrófica?
12. ¿Qué propuestas prácticas considera que han sido más útiles? ¿y actividades considera menos funcionales?
13. ¿Se han cumplido las expectativas que tenía? ¿Cuáles eran?

**Anexo X.** Cuestionario de inteligencia emocional y psicología positiva en persona afectadas por esclerosis lateral amiotrófica.

CUESTIONARIO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PSICOLOGÍA POSITIVA EN PERSONA AFECTADAS POR ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

En primer lugar, agradecer muy sinceramente su disponibilidad para rellenar este cuestionario.

Este cuestionario ha sido diseñado por una estudiante del Máster de Psicopedagogía de la Universidad de Valladolid, se elaboró para el Trabajo de Fin de Máster.

La finalidad del mismo es identificar la repercusión que tienen la Inteligencia Emocional y la Psicología Positiva en las personas que están afectadas por Esclerosis Lateral Amiotrófica. A continuación, les presentamos una serie de preguntas relacionadas con ambos temas.

*Gracias por su participación*

1. Género:
2. Edad de diagnóstico:
3. Antes de recibir el diagnóstico, ¿conocía la enfermedad?

Sí

No

4. En relación a los sentimientos, meses antes de recibir el diagnóstico, ¿qué sentimientos predominaron?

Miedo	
Ira	
Tristeza	
Asco	
Ansiedad	
Vergüenza	
Sorpresa	
Otros	

5. Cuando recibió el diagnóstico de la enfermedad, ¿qué sentimientos prevalecieron?

Miedo	
Ira	
Tristeza	
Asco	
Ansiedad	
Vergüenza	
Sorpresa	
Alegría	
Felicidad	
Otros	

6. Cuando pasó un periodo de tiempo, después de que el neurólogo le confirmase que tenía la ELA, ¿qué sentimientos experimentó?

Miedo	
Ira	
Tristeza	
Asco	
Ansiedad	
Vergüenza	
Sorpresa	
Alegría	
Felicidad	
Amor	
Otros	

7. Considera que una visión optimista repercute en el desarrollo de la enfermedad

Sí                       No                       Depende

8. Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿en qué grado considera que las emociones positivas facilitan el proceso de convivir con la enfermedad?

1                       2                       3                       4                       5

9. ¿Presta atención a sus sentimientos?

Sí                       No                       Depende

10. ¿En qué grado presta atención a sus sentimientos?

1                       2                       3                       4                       5

11. ¿Considera que las emociones que tiene afectan a las actividades que realiza a lo largo del día?

Sí                       No

12. ¿En qué grado intenta controlar las emociones negativas para optimizar su vida?

1                       2                       3                       4                       5

13. ¿Intenta potenciar las emociones positivas?

Sí                       No

14. ¿En qué grado intenta potenciar sus emociones positivas para mejorar su calidad de vida?

1                       2                       3                       4                       5

15. ¿Considera que la gestión de sentimientos le repercute a la hora de disfrutar la vida?

Sí                       No                       Depende

16. ¿En qué grado considera que la gestión emocional repercute de forma positiva para afrontar de su vida?

1                       2                       3                       4                       5

17. En relación a las personas de su ambiente, ¿en qué grado afecta/favorece su actitud frente a la enfermedad?

1                       2                       3                       4                       5

**Anexo XI.** Registro del PF

PROGRAMA FIERABRÁS			
Disfrutar el presente <sup>2</sup>	Gratitud <sup>3</sup>	Autoaceptación <sup>4</sup>	Compromiso <sup>5</sup>
			Hacer la comida <input type="checkbox"/>
			Realizar los ejercicios para mantener la musculatura <input type="checkbox"/>

<sup>2</sup> Ser consciente de 3-5 vivencias placenteras

<sup>3</sup> Registrar de 3-5 momentos en los que estemos agradecidos de las personas que nos rodean o a la propia vida.

<sup>4</sup> Anotar de 3-5 motivos por los que nos hemos sentido orgullosos de nosotros mismos

<sup>5</sup> Asumir dos tareas que le requieren un esfuerzo: cocinar y hacer los ejercicios

## LAS EMOCIONES

Trabajo Fin de Máster  
La Competencia Emocional de una persona afectada por Esclerosis Lateral Amiotrófica

PINEDO BOROBIO, MIRIAM

*"Las emociones son una parte **sustancial de la vida humana**. Continuamente experimentamos emociones. **Pero pocas veces nos paramos a reflexionar** sobre qué son las emociones, cómo influyen en el pensamiento y en el comportamiento, qué diferencia hay entre sentimiento y emoción, etc." (Bisquerra, 2009: p.15).*

### ¿CÓMO SE PRODUCE UNA EMOCIÓN?



## MECANISMOS DE VALORACIÓN I

- La mayoría de estudios de la emoción afirman que existe un **mecanismo innato**
    - Que valora cualquier estímulo que llega a nuestros sentidos y detecta cualquier información susceptible de activar una respuesta emocional.
    - Se activa cuando un acontecimiento puede afectar a mi supervivencia o a mi bienestar.
  - Esta valoración puede ser **consciente o inconsciente**
    - Forma de percibir el acontecimiento
      - Positivo → progreso hacia los objetivos, hacia el bienestar → emociones positivas
      - Negativo → un obstáculo, un peligro, una dificultad → emociones negativas
  - **Influencia de diferentes factores:** significado del acontecimiento, atribución causal, evaluación de habilidades de afrontamiento, experiencias previas, aprendizaje, contexto, etc.
- Distintas formas de valorar un acontecimiento dependiendo de la persona.

"El hombre no está perturbado por las cosas, sino por la visión que tiene de las cosas"  
(Epicteto)

## MECANISMOS DE VALORACIÓN II

La implicación psicopedagógica que se deriva de la teoría de la valoración es que...

**SE PUEDE APRENDER A VALORAR LOS  
ACONTECIMIENTOS DE TAL FORMA QUE SE  
RELATIVICE EL IMPACTO NEGATIVO QUE PUEDE OCASIONAR.**

## MECANISMOS DE VALORACIÓN III

Ejemplo.

Ante la pérdida del equipaje en un aeropuerto, puedo pensar

Esto es lo peor que me podía pasar, me he quedado sin ropa que ponerme

Pero también puede entrenarme para que, cuando que me ocurren cosas similares puedo pensar

Estas cosas a veces pasan. No deseo que pasen. Pero cuando pasan hay que hacerles frente de la mejor manera posible. Creo que puedo hacer frente a la situación y voy a procurar que me afecte lo mínimo posible.

## MECANISMOS DE VALORACIÓN IV

### CONCLUSIÓN

A través de la **Educación Emocional** se puede cambiar el **estilo valorativo**.



## COMPONENTES DE LA EMOCIÓN I

### COMPONENTE NEUROFISIOLÓGICO

Este componente consiste en las **respuestas involuntarias** como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, cambio de tono muscular, secreciones hormonales, respiración, presión sanguínea, etc.



Investigaciones en neurociencia: relaciones entre la experiencia emocional y sus correlatos neurofisiológicos.

Las emociones son una **respuesta del organismo** que se inicia en el **Sistema Nervioso Central**.

## COMPONENTES DE LA EMOCIÓN II

### COMPONENTE COMPORTAMENTAL

- Coincide con la **expresión emocional**, a través de la observación del comportamiento de un individuo permite inferir qué tipo de emociones está experimentando.
- Lenguaje no verbal, principalmente las **expresiones del rostro** (donde se combinan 23 músculos) y el **tono de voz**.
- Tono de voz, volumen, ritmo, movimiento del cuerpo
- Influyen las experiencias, entrenamiento y aprendizaje
  - Tomar conciencia de cómo la expresión emocional **se puede aprender**

## COMPONENTES DE LA EMOCIÓN III

### COMPONENTE COGNITIVO

El componente cognitivo es la expresión emocional subjetiva de lo que pasa, a lo que denominamos **sentimiento**.

Permite tomar conciencia de la emoción que se está experimentando y etiquetarla, en función del **dominio del lenguaje**.

- Las limitaciones del lenguaje suponen serias **restricciones** al conocimiento de lo que me pasa en una emoción.

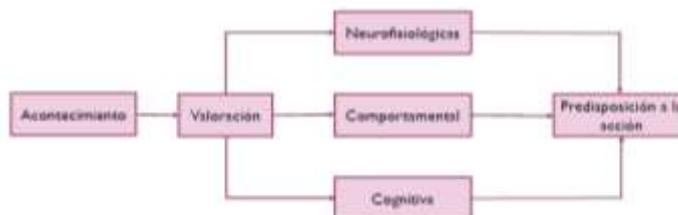


Llegados a este punto...

# ¿QUÉ ES UNA EMOCIÓN?

## ¿QUÉ ES UNA EMOCIÓN? I

"Estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción" (Bisquitto, 2007)



## ¿QUÉ ES UNA EMOCIÓN? II

- Las emociones se activan a partir de las valoraciones que se emiten de los acontecimientos.
- El estilo valorativo es la particular forma de valorar los acontecimientos y depende de cada persona → importancia de la **personalidad**
  - Positivo
  - Negativo
  - Objetivo
- El estilo valorativo influye en la **intensidad** de las emociones
  - El estilo valorativo se puede aprender → **intervención psicopedagógica**

## FUNCIONES DE LAS EMOCIONES I

- Según Darwin, las emociones juegan un papel esencial en la **adaptación del organismo al medio**.
- La emoción predispone a la acción, otra función es la de **motivación**.
- Las emociones tienen una **función informativa** para el propio sujeto o para informar a otros individuos que conviven con él.
  - El La cara de enfado para informar que la situación no es adecuada.
- **Función social** sirve para comunicar a los demás cómo nos sentimos y sirven para influir en los demás.
- Juegan un papel importante en la **toma de decisiones** cuando la información es incompleta.
- Repercusión en otros **procesos mentales** puede afectar a la percepción, a la atención, memoria, razonamiento, creatividad y otras facultades.
  - Se ha demostrado que estados emocionales relacionados con la felicidad hacen más flexible la organización cognitiva, produciendo más asociaciones neuronales que los normales. Esto tiene aplicación en la creatividad artística, científica y en la resolución de problemas.

## FUNCIONES DE LAS EMOCIONES II

- Una función importante en diversos aspectos del **desarrollo personal** → las emociones sirven para centrar la atención en temas específicos de interés particular.
- Repercuten en el **bienestar subjetivo/emocional** que se caracteriza por la experiencia emocional positiva.

### LAS EMOCIONES POSITIVAS SON LA ESENCIA DEL BIENESTAR

*En definitiva...*

Las emociones tienen una función **motivadora, adaptativa, informativa, social, personal**, en los procesos mentales, en la toma de decisiones y en el bienestar.

## CLASIFICACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE LAS EMOCIONES I



## CLASIFICACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE LAS EMOCIONES II

### EMOCIONES NEGATIVAS

#### MIEDO

- Temor, huir, pánico, terror, pavor, desasosiego, susto, fobia.

#### IRA

- Rabia, cólera, rencor, odio, furia, indignación, resentimiento, aversión, tensión, excitación, agitación, enojo, celos, envidia, impotencia, rechazo, recelo.

#### TRISTEZA

- Depresión, frustración, decepción, pena, dolor, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad.

#### ASCO

- Aversión, repugnancia, rechazo, desprecio.

#### ANSIEDAD

- Angustia, desesperación, inquietud, inseguridad, estrés, preocupación, nerviosismo.

#### VERGÜENZA (Social)

- Culpabilidad, timidez, vergüenza ajena, bochorno.

## CLASIFICACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE LAS EMOCIONES III

### EMOCIONES POSITIVAS



## CLASIFICACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE LAS EMOCIONES IV

### EMOCIONES AMBIGUAS

- **SORPRESA**
  - Esta emoción puede ser positiva o negativa.
  - Sorpresa, asombro, desconcierto, confusión, perplejidad, admiración, inquietud, impaciencia.
  - En el caso extremo, anticipación y expectativas que pretenden prevenir sorpresas.

### EMOCIONES ESTÉTICAS

- Son la respuesta emocional ante la belleza:
    - Arte (literatura, pintura, escultura, arquitectura, música, danza, cine, teatro...)
    - Belleza de un paisaje
    - Una salida.
    - Una puesta de sol
    - Una casa atractiva
- Han sido poco estudiadas.**

## PARTE PRÁCTICA I

Identifica las **emociones** que tuviste en los siguientes momentos...

Meses antes de sentir los primeros síntomas de la enfermedad

En el momento en el que recibiste el diagnóstico

Meses después de recibir el diagnóstico

## PARTE PRÁCTICA II

### POLARIDADES

Recogidas las emociones en el *brainstorming*, vamos a llevar a cabo la actividades de polaridades.

Al lado de la cada emoción negativa, reflexionaremos sobre ella y buscaremos una emoción positiva.

---

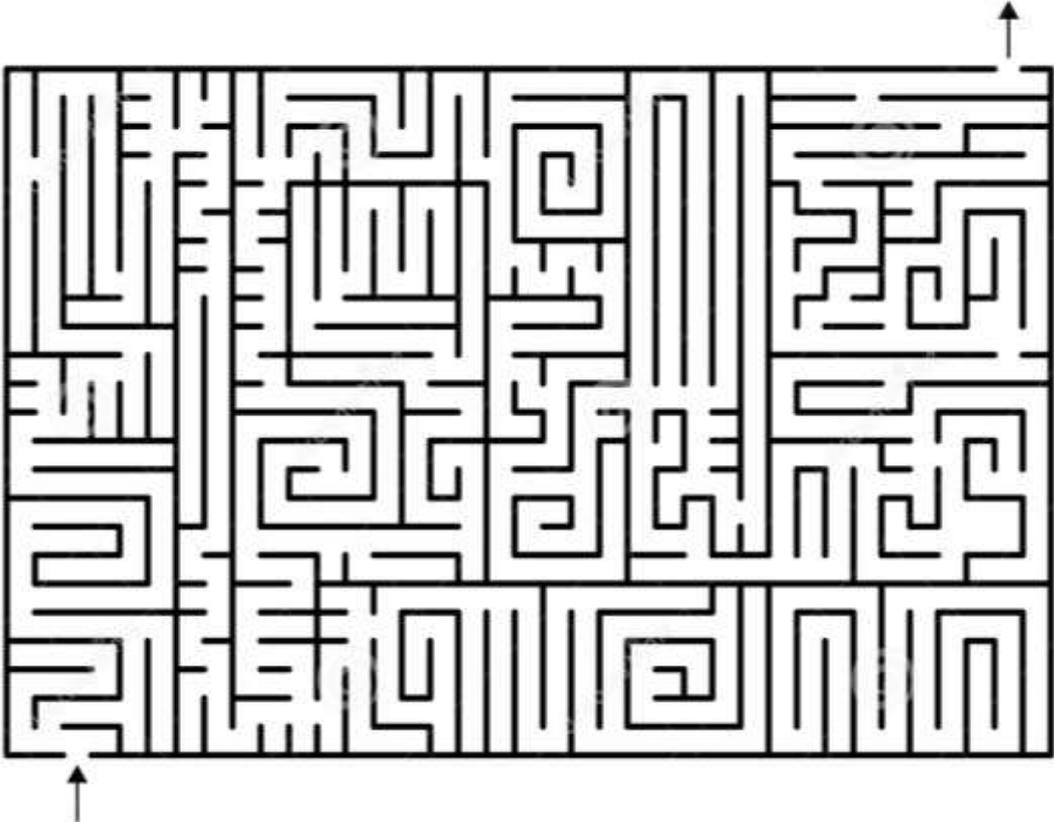
MUCHAS GRACIAS  
POR SU ATENCIÓN

Trabajo Fin de Máster

*La Competencia Emocional de una persona afectada por Esclerosis Lateral Amiotrófica*

PINEDO BOROPIO, MIRIAM

Anexo XIII. Laberinto de la vida



## **Anexo XIV. Vivir es increíble**

### ***Vivir es increíble***

Camina sin miedo en el mundo,  
llevando a cabo acciones que te enriquezcan.  
Como en el laberinto, en este camino te encontrarás entre piedras y espinas que te impedirán avanzar

pero si tienes paciencia y nunca te das por vencido,  
con el paso de los días descubrirás las flores que estaban escondidas.

Contéplalo todo tranquilo y siéntelo,  
a pesar de encontrar dificultades es muy importante tu actitud,  
muestra esos sentimientos y potencia aquellos que consideras agradables,  
utilízalos para motivarte, tomar impulso y seguir tu camino,  
para que tu ilusión aumente y avances sin mirar hacia atrás,  
porque la meta se encuentra delante, girándote lo único que podrás hacer es tropezarte.

Disfruta del camino, lo amargo, lo dulce, la sal,  
si aprecias lo que hay a tu paso,  
si no pierdes la ilusión de disfrutar cada momento...

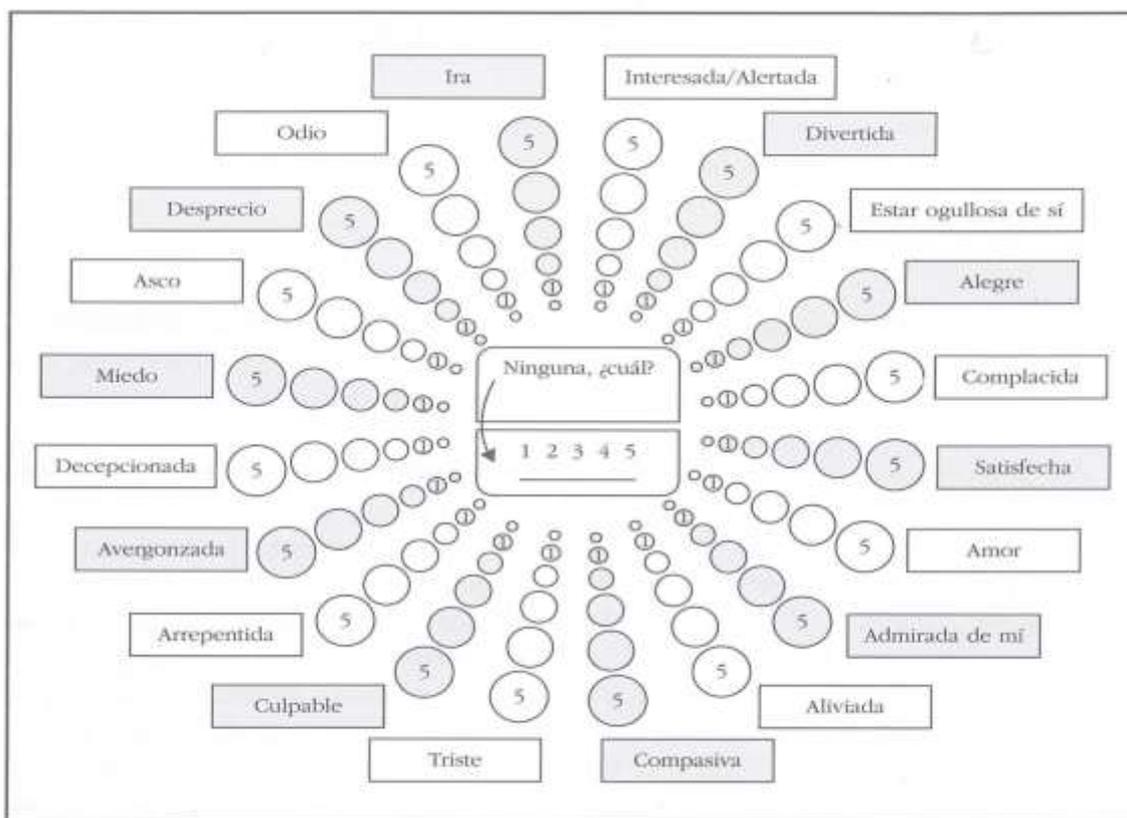
estarás disfrutando de la vida.

*VIVIR cada día es lo que cuenta...*

**...vivir es increíble...**

**¡APROVECHÉMOSLO!**

**Anexo XV.** Rueda de las emociones de Ginebra de Mestre, Gutiérrez-trigo, Guerrero y Guil (2017)



## **Anexo XVI. Manifiesto**

Colocaos en vuestro sitio. Sed realistas, pero positivizando la enfermedad. Dejad una puerta abierta a la esperanza, adoptando precauciones para combatirla con los tratamientos existentes, chillad para que se investigue y hacedlo desde dentro para seguir siendo personas.

Aunque la ELA evolucione y avance, tened referencias, continuad haciendo lo que podáis, no consintáis que os hagan lo que podéis hacer, pero si debéis aceptar lo que no podéis hacer. Tened en cuenta que la forma de vivir la enfermedad, depende de experiencias y de la forma de vivir pasada, y siendo conscientes de que no existe la ELA sino ELÁTICOS, cada uno se lo planteará de una manera.

Si la ELA ha entrado en vuestras vidas, la fe en uno mismo y en vuestras creencias ayudará a que no os destruya. Eliminad las cosas irrelevantes de vuestra vida y valorad más las pequeñas cosas que tenéis a vuestro alrededor. No permitáis que los sentimientos negativos os dominen, potenciad los positivos y disfrutad de la vida.

Que vuestra dolencia no os destruya la vida, aunque os la cambie adaptaos a las limitaciones que os imponga. La persona y las emociones están en vuestro interior y es necesario que le prestemos atención y satisfagamos las necesidades. No anticipéis etapas, cuando lleguen ya las afrontaremos, antes no.

Que vuestras familias se den cuenta que necesitáis sinceridad y amor, que os traten como siempre. Enamoraos más de vuestras parejas y dejaos sentir el amor de vuestras familias. Devolved lo que ellas os expresan.

Sentid el hambre de vivir y llenaos de cualquier cosa por pequeña que sea, experimentadlas con la ilusión de vivirlas desde dentro. Permitíos disfrutar más, exprimid la vida y aprovechad los momentos con las cosas pequeñas. Prescindid de cosas que no se pueden hacer, pero dejad que entren cosas nuevas que sí se pueden.

Aprovechad y haced todo lo que antes no habíais hecho, sentíos activos. Vivid en el momento presente. **Y sed conscientes que todos tenemos que morir porque nacimos, pero cuando llegue y no antes.**

*Juan Cruz González*

*Psicólogo*

*Ésta es una versión adaptada a la que propone el autor en su guía de apoyo psicológico y emocional.*

Anexo XVII. ¿Qué me digo a mí mismo cuando...?

**TOMA DE CONCIENCIA DE MIS REACCIONES EMOCIONALES**

«¿Qué me digo a mí mismo cuando...?»



## **Anexo XVIII.** Carta Carlos Matallanas

Información extraída de: (Opinión) Matallanas, C. (2014). Un futbolista luchando contra la ELA. En AS. Recuperado de [https://as.com/opinion/2014/12/04/portada/1417652230\\_221832.html](https://as.com/opinion/2014/12/04/portada/1417652230_221832.html)

Muy buenos días a todos, yo estoy aquí principalmente por mi condición de enfermo de ELA. Y así me dirijo a ustedes. Pero debo ser siempre justo con mis otras condiciones, entre las que destacan la de periodista y la de futbolista. Desde la primera, vengo tratando la compleja enfermedad que sufro a través de un blog semanal en El Confidencial, tribuna que cada vez coge mayor vuelo y obtiene un mayor respaldo de lectores ávidos de conocer qué es esto de la ELA. Pero es desde la segunda condición, la de jugador de fútbol, desde la que veo más apropiado hablarles hoy.

Lo entiendo mucho más apropiado tras los incidentes ocurridos el pasado domingo, conocidos por todos, y que son la muestra de que hay demasiados que aún acuden a campos de fútbol sin haber entendido lo más mínimo sobre qué es esto del deporte: actividad llamada a mejorar al ser humano, y no a devolverlo a la época donde vivíamos en cavernas.

Lo quiero hacer, además, en un marco como este que nos brinda la AFE, asociación de la que soy afiliado desde el año 2007, a la que considero mi casa, y a la que estoy infinitamente agradecido por una jornada como esta. En definitiva, durante cinco minutos, les voy a hablar de mi enfermedad con las botas de fútbol puestas.

Y es que el fútbol es la respuesta a las preguntas más complejas que me han hecho últimamente.

Preguntas que yo también me acabo haciendo, pero siempre a posteriori, cuando podemos pararnos a pensar por qué somos como somos, de dónde nace nuestra manera de ser.

Los primeros síntomas de la ELA empiezan a aparecer en un proceso que dura meses, roza lo desesperante y acaba tiñendo tu día a día de un tono gris que todo lo cubre. Los doctores, que aplican la acertada lógica de que lo menos frecuente es eso, lo menos frecuente, apartan de sus primeras hipótesis algo tan temido y fatal como es la esclerosis lateral amiotrófica. Pero es el tiempo, que jamás notarás que pasa tan lento como en esas semanas eternas, el que poco a poco te mete en un pasillo largo donde todas las puertas de escape laterales se van cerrando, viéndote abocado a pasar por la que hay al final, donde accedes a un lugar muy oscuro: allí donde se hace firme el fatal diagnóstico.

Y les voy a contar lo que sentí y lo que pasó dentro de mí. Lejos de abrumarme, yo encendí desde el primer momento la luz de esa sala oscura en la que, a la fuerza y de improviso, la vida me había metido a los 33 años. Con tranquilidad y sin perder los nervios acepté la situación, quise conocer el lugar donde me hallaba, qué opciones tenía, qué me esperaba allí y, más importante, no perdí ni un segundo de mi tiempo en lamentarme y en hacer comparaciones con los lugares fabulosos de dónde venía.

Los demás no entendían que yo fuera capaz de ver luz entre tanta oscuridad. Desde fuera, fueron entendiendo que me encontraba entero, que seguía vivo y que quería vivir, que quería ver qué pasaba conmigo, hasta donde podía llegar. Y ahí empecé a rodearme de gestos de asombro que acababan en las preguntas de que os hablaba al principio:

¿De dónde sacas esa fuerza?

¿Cómo es posible que reacciones así?

¿Por qué no te quejas?

¿Por qué no te desborda ver tan de cerca el sufrimiento inminente y la posibilidad de una muerte cruel y temprana?

Metido en el fragor de mi batalla particular, yo no me paraba a pensar para dar respuesta a esas preguntas. Yo solo actuaba según me dictaba la forma de ver la vida que siempre he tenido. Pero las caras de asombro se multiplicaban según iba dando a conocer el diagnóstico, y la insistencia de las mismas preguntas aumentaba. Llegó un momento que me tuve que detener unos segundos e intentar responderme esas cuestiones a mí mismo.

Y la respuesta que encontré fue la misma para todas ellas. Es muy sencilla y ya se la he anticipado:

#### EL FÚTBOL.

Porque fue el fútbol el que me enseñó a esforzarme día a día sin importar el pasado ni añorar un futuro que no se conoce.

Fue el fútbol el que me mostró que todo puede suceder en un segundo inesperado, tanto lo mejor como lo peor.

El fútbol también me dio instrucciones para entender que, ante cualquier imprevisto, no queda otra que buscar soluciones y jamás excusas, que son las que te hunden más y te hacen perder un tiempo valioso.

En la cautela del ‘partido a partido’, el fútbol me demostró que jamás hay que tirar las campanas al vuelo ni arrojar tampoco la toalla, dándome una virtud impagable como es la medida.

Dentro de un vestuario de fútbol aprendí a dominar mis miedos, a respetar los miedos de los demás y a sentirme libre asumiendo responsabilidades. Me hice hombre mucho antes que la mayoría de mis amigos por el simple hecho de tener un examen semanal donde constantemente se actualiza tu prestigio y para lo que no sirven excusas de ningún tipo. Y es que en el terreno de juego no hay árboles donde esconderse y

acabas siendo muy consciente de qué has hecho mal o bien, por qué lo has hecho así y en qué puedes mejorar. Porque siempre se puede mejorar. No lo olviden: siempre.

Y también fue el fútbol el que me enseñó a pensar en los demás. En la fortaleza del grupo. En el bien común. En ayudar al que se encuentra en apuros, pero no por condescendencia, sino por la más genuina solidaridad. Solidaridad que solo se presta totalmente cuando no hay engaños, cuando identificas que quien lo pasa mal, ya está dando todo lo que puede dar de sí y aun así necesita tu apoyo.

Y también disfruté compartiendo esfuerzos al lado de gente mejor que yo, sin que la envidia jamás apareciese porque, sencillamente, los mejores me hacían mejor a mí. Y porque aprendí muy pronto que hasta los mayores cracks de cualquier disciplina acaban necesitando de la ayuda y comprensión de quienes les rodean para ser aún más grandes y poder aspirar a las más altas cotas.

Y, señores, por encima de todas las cosas, el fútbol me enseñó a soñar en mayúsculas. Siempre con los pies en la tierra, pero soñar más allá de las nubes.

Cuando tanto yo como mis seres queridos recibimos el pasado verano mi fatídico diagnóstico, fue algo así como encajar tres goles seguidos a falta de cinco minutos para el final del partido más importante de nuestras vidas. Y yo, simplemente, reaccioné como lo haría vestido de corto, hice lo que he hecho siempre. Fui a recoger el balón del fondo de nuestra portería, lo llevé al círculo central y me dispuse a levantar uno a uno a la mayoría de mis ‘compañeros’, que yacían entregados sobre el césped con ganas de estar en cualquier otro lado y no viviendo ese infierno.

Y ya voy acabando.

**Desde ese momento, solo les quiero hacer ver a quienes leen mi mensaje todo aquello que me han enseñado desde bien pequeño: que los partidos se juegan hasta el final. Que mientras hay vida hay esperanza. Que no hay minutos de la basura y que jugar es de por sí un regalo sea cual sea el resultado. Que debemos disfrutar hasta de la peor de las derrotas, pero disfrutar porque lo damos todo, porque peleamos hasta el último suspiro. Porque sintiéndonos fuertes, ansiando mejorar y haciendo equipo, cualquier sueño se puede convertir en realidad. Porque, hasta que el árbitro no pite el final, cualquier remontada siempre será posible.**

Y, además, porque siempre habrá un niño mirándote y al que le debes dar el mejor de los testigos: tu ejemplo.

Muchas gracias.

---

## ARTE Y EMOCIONES

Trabajo Fin de Máster  
Programa de Inteligencia Emocional y Psicología Positiva para una persona afectada por Esclerosis Lateral Amiotrófica

PINEDO BOROBIO, MIRIAM

---

*"El artista es un receptáculo de emociones que vienen de todas partes: del cielo, de la tierra, de un trozo de papel, de una forma pasajera, de una tela de araña".*



Pablo Picasso



Baño de Joaquín Sorolla

---

## ALEGRÍA



*El beso de Gustav Klimt.*

---

## AMOR



*San Juanito y el cordero de Bartolomé Esteban Murillo*

---

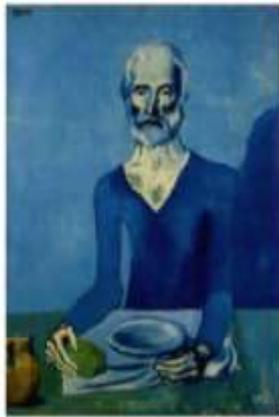
## **ANSIEDAD**



*El grito de Edvard Munch.*

---

## MIEDO



*El asceta de Pablo Picasso.*

---

## TRISTEZA



*Cisca con cinta en el pelo de Roy Lichtenstein.*

---

## **SORPRESA**



*Felicidad en el paraíso de Gauguin*

---

## FELICIDAD



*Full Fathom Five de Jackson Pollock*

---

## EUFORIA



*Niña estudiando la lección de Jean-Baptiste Greuze*

---

## PREOCUPACIÓN



*Los fusilamientos del 2 de mayo de Francisco de Goya*

---

---

## IRA



La dama del armifio de Leonardo da Vinci

---

## TRANQUILIDAD

---

# FIN ARTE Y EMOCIONES

Trabajo Fin de Máster

*Programa de Inteligencia Emocional y Psicología Positiva para una persona afectada por Esclerosis Lateral Amiotrófica*

PINEDO BOROBO, MIRIAM

## **Anexo XX.** La vida

La vida es una oportunidad, aprovéchala;  
la vida es belleza, admírala;  
la vida es beatitud, saboréala,  
la vida es un sueño, hazlo realidad.

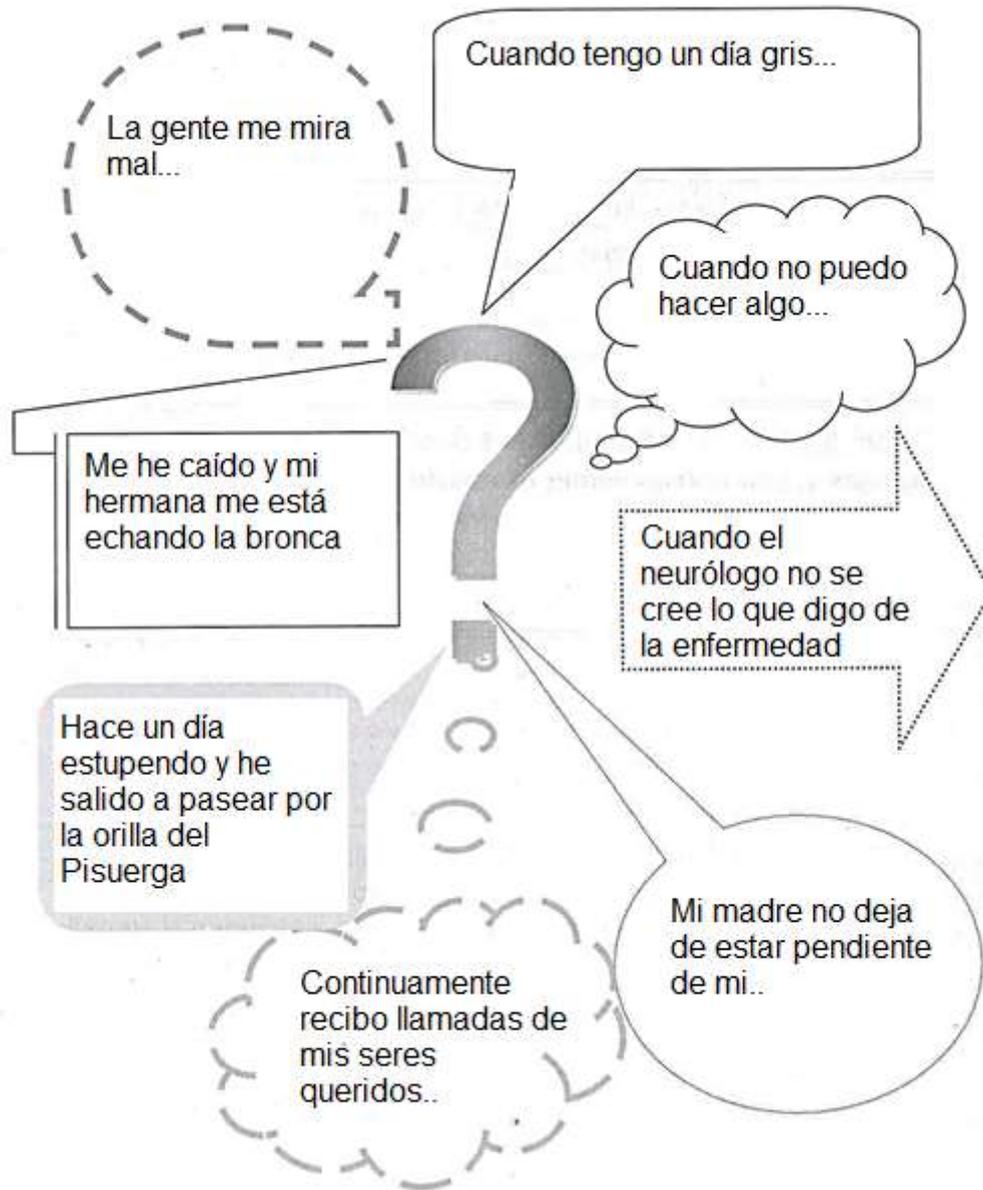
La vida es un reto, afróntalo;  
la vida es un juego, juégalo,  
la vida es preciosa, cuídala;  
la vida es riqueza, consévala;  
la vida es un misterio, descúbrela.

La vida es una promesa, cúmplela;  
la vida es amor, gózalo;  
la vida es tristeza, supérala;  
la vida es un himno, cántalo;  
la vida es una tragedia, domínala.

La vida es aventura, vívela;  
la vida es felicidad, merécela;  
la vida es vida, defiéndela

Madre Teresa de Calcuta

Anexo XXI. Reacciones emociones



## **Anexo XXII.** Decálogo de emociones positiva que se distribuyó a las Asociaciones

### **Decálogo de Emociones Positivas**

El decálogo de emociones positivas es una actividad que forma parte del programa de intervención psicopedagógico de Inteligencia Emocional y Psicología Positiva para una persona afectada por la ELA. El programa ha sido elaborado por D<sup>a</sup>. Miriam Pinedo Borobio, estudiante del máster de psicopedagogía de la Universidad de Valladolid, y dirigido por D. Moisés Ochoa Aizcorbe, profesor de dicha Universidad.

La finalidad de este decálogo es enseñar a personas afectadas por la ELA a vivir en positivo y a disfrutar al máximo de cada experiencia que nos regala la vida. Y es que la vida es en sí un regalo, aunque en este caso nosotros estemos aprendiendo a vivir con una intrusa. Seguidamente se presentan diez puntos impregnados de aspectos positivos cuyo objetivo es mejorar el bienestar de las personas afectadas por la ELA.

1. La ELA no me amargaré la existencia. Nunca me robará mi sonrisa porque es mi forma de enfrentarme a la enfermedad: con una sonrisa dibujada en mi cara. Siempre intentaré mantenerla para afrontarla de la mejor manera posible.
2. Yo no soy mi enfermedad, no debo estar continuamente pensando en ella porque lo único que sacaría es mi lado oscuro. Yo debo aprender a vivir con ella como compañera de vida.
3. Dejaré a un lado el pesimismo y fomentaré el optimismo, no dando excesivo protagonismo a la enfermedad porque no se puede erradicar. La única solución es ser positivo: es el arma más eficaz para luchar contra la enfermedad. Esperar y no desesperar, llevarlo con paciencia apoyándonos en las personas que están a nuestro alrededor.
4. Yo tengo recursos para ser más feliz. La clave está en controlar mis emociones, antes de que éstas me controlen a mí; tratar de maximizar las emociones positivas y minimizar el impacto de las negativas. Aprender a disfrutar de las pequeñas cosas que hacemos cada día -sin establecer comparaciones de lo que podíamos hacer antes de la enfermedad-, agradecer a las personas que están a nuestro alrededor -aquellas que tratan de hacernos la vida más fácil- y sentirnos satisfechos con las acciones que llevamos a cabo en nuestro día a día.
5. Yo puedo crecer interiormente, gracias a mi enfermedad, que con ella me convertiré en una persona más resiliente, aprovechando cada oportunidad para crecer ante las circunstancias que me brinda. Gracias a ella alcanzaré niveles de fuerza que jamás me hubiese imaginado y cada día me sentiré con más fuerza para luchar ante sus desafíos. Cada momento es vital, no lo desaprovecharé, no dejaré de crecer ni de aprender.

6. Soy consciente de mis limitaciones, las acepto y sé que me están robando algo que era mío. Pero persistiré y haré todo lo que puedo hacer, nunca dejaré de intentar y no me permitiré pensar que no lo puedo hacer. No obstante, aceptaré aquello que no puedo realizar. Escucharé a mi mente que me dirá “haz” y trataré de obviar las señales que me emita mi cuerpo diciéndome que no me permita hacerlo; yo debo de intentarlo, independientemente de cuál sea el resultado. Asimismo, debo permitirme disfrutar de lo que me gustaba y me gusta hacer, no dejaré a un lado mis aficiones, seguiré realizándolas; no me aislaré.
7. Yo soy más que mi enfermedad. Aunque ésta me impida realizar ciertas acciones, yo sigo siendo una persona que sueña, se alegra, ríe, disfruta de cada momento, agradece a todas las personas que están a mi alrededor, lucha, sueña, valora lo que puede vivir y...sobre todo... ¡¡VIVO!! Porque soy mucho más que mi enfermedad.
8. No me compararé con otros enfermos de ELA, existen multitud de casuísticas y a cada persona le afecta de una manera. Sólo debo compararme conmigo mismo, yo soy una persona única y debo respetar mi esencia.
9. Vivir cada día es lo que cuenta, no anticiparé lo que pueda pasar mañana. Disfrutaré de los rayos de sol que atraviesan mi ventana y aprovecharé esa energía para seguir luchando.
10. Nunca perderé la ilusión, siempre fuerte, siempre adelante y sin olvidarme de lo que un día dijo un compañero: “nosotros no tenemos ELA, nosotros **Estamos Luchando con el Alma**”.

Para finalizar se ha seleccionado el título del libro de Carlos Matallanas...

### ¿Quién dijo rendirse?

E. Rancho, enfermo de ELA.