



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Máster Universitario en Psicopedagogía

Psicología positiva: La autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor en personas con discapacidad motriz.

Alumna: Patricia Rea García

Tutora: Valle Flores Lucas

Convocatoria extraordinaria, Enero

RESUMEN

En los últimos años se ha producido un cambio de concepción tanto en la discapacidad como en la psicología.

En cuanto a la discapacidad, hoy en día se lucha por la promoción de la igualdad e integración de estas personas y por asegurar su adaptación del entorno. Se enfatiza más en su autonomía y en sus capacidades que en sus limitaciones y existe más preocupación en prestarles servicios y apoyos para asegurar su bienestar. Uno de los componentes fundamentales del bienestar es la satisfacción personal con la vida. Y la encargada de estudiar las bases del bienestar psicológico y de la felicidad es la psicología positiva, un nuevo enfoque de la psicología, que se centra en estudiar los elementos que hacen que sintamos que la vida merece ser vivida y analiza los aspectos positivos de nuestra vida así como las fortalezas y virtudes de las personas.

Este trabajo presenta un programa psicopedagógico dirigido a personas con discapacidad motriz, cuyo marco teórico es la Psicología Positiva , y cuyo objetivo principal es conocer e intentar mejorar el bienestar de estas personas mediante talleres en los que se trabajan conceptos como la autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor.

Palabras clave: Psicología Positiva, bienestar, discapacidad, autoestima, auto-concepto, sentido del humor.

ABSTRACT

In the latter years, the conception towards disability and psychology has changed.

There are several facts concerning the people touched by the topics mentioned above, such as the promotion and the equality as well as the integration to the environment trying to be ensured. Both their autonomy and their capacities to lead against their limitations are also highlighted. It is remarkable the evolution in which lending services, which they specifically need and supporting them to ensure their welfare. As known, one of the key components of the welfare concept is the personal satisfaction with life. Positive Psychology is responsible for studying the foundations of psychological well-being and happiness, a new approach to psychology, which focuses on studying the elements that make life been felt as worth-living and analyzes the positive aspects of life as well as the strengths and virtues of the people.

This document presents a psychoeducational program for people with motor disabilities and its theoretical framework is Positive Psychology, which has the understanding as main aim together with the improvement of the welfare on the users by means of workshops, in which concepts such as self-esteem, self concept and sense of humor are dealt.

Keywords: Positive Psychology, welfare, disability, self-esteem, self-concept, sense of humor.

CAP. 1. PSICOLOGÍA POSITIVA

1. Definiciones de psicología positiva
2. Antecedentes
3. Felicidad ,bienestar y fortalezas humanas
4. Auto-concepto, autoestima y sentido del humor.
 - 4.1 Delimitación conceptual: autoconcepto-autoestima.
 - 4.1.1. El auto-concepto
 - 4.1.2. La autoestima
 - 4.2 El humor

CAP. 2 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD MOTRIZ.

1. Cambio de concepción en la discapacidad
2. Clasificación de la discapacidad
3. Discapacidad motriz y clasificación
4. Cómo trabajar la autoestima en discapacidad
5. Cómo trabajar el Sentido del Humor en discapacidad

CAP. 3 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: EL AUTO-CONCEPTO, LA AUTOESTIMA Y EL SENTIDO DEL HUMOR CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ RESIDENTES EN ASPAYM CYL.

1. Justificación
2. Destinatarios
3. Contexto
4. Objetivos
5. Contenidos, habilidades y actividades
6. Metodología
7. Desarrollo de las sesiones
8. Instrumentos de evaluación
9. Resultados
10. Discusión y conclusiones

JUSTIFICACIÓN

Este Trabajo Fin de Máster pretende mostrar la importancia y las repercusiones que la Psicología Positiva y algunos conceptos clásicos de la Psicología, como la autoestima, auto-concepto o sentido del humor pueden tener en el bienestar de las personas con discapacidad motriz.

Según la OMS “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo tanto la calidad de vida y el bienestar van más allá de las patologías o la mera ausencia de enfermedad.

Una persona con una discapacidad puede llevar una buena calidad de vida y experimentar bienestar y felicidad en todos los sentidos. Pero también es cierto que la discapacidad, al igual que la mayoría de las enfermedades crónicas afecta a aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Burisch y Bradley, 1983 citado por Vinaccia y Orozco, 2005).

Este puede ser el caso de la discapacidad motriz adquirida por alguna enfermedad o accidente, donde la persona se ve obligada a llevar a cabo un proceso de adaptación rápido pasando por diferentes etapas que suscitarán una serie de emociones negativas (miedo, ira, ansiedad). Por lo tanto el aspecto emocional se verá comúnmente afectado.

Kalker y Roser (1987), citados por Vinaccia y Orozco (2005), definen la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales. Abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico, según el modelo de Ryff (1989) se relaciona con la virtud de transcendencia, que incluye fortalezas personales como la esperanza, el humor o la espiritualidad. Por lo que el bienestar psicológico ayudaría a evitar el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.

Aspectos como la autoestima, auto-concepto y el sentido del humor están estrechamente ligados con el nivel de bienestar y la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Cuando una persona con discapacidad motriz percibe que es diferente a los demás en un sentido negativo, comienza a desarrollar problemas emocionales; en especial, tiende a manifestar sentimientos de inferioridad que se acentúan con la discriminación social. Lo que hace que se dañe su concepto de sí mismos y su autoestima. Numerosos estudios han evidenciado la influencia de una buena autoestima y auto-concepto en el bienestar de las personas, ya que tiene la capacidad de reducir los efectos negativos de los eventos estresantes o adversos de la vida. (Lin y Ensel, 1989).

Así mismo, el sentido del humor supone también un factor de resistencia ante las adversidades o el estrés y tiene una acción positiva contra la ansiedad y la tristeza. Se ha relacionado con el bienestar psicológico, físico y social y está considerado como una de las principales fortalezas humanas por lo que merece un gran protagonismo dentro de la psicología positiva.

Una de las motivaciones que me impulsaron a realizar este trabajo de fin de máster ha sido que durante la realización de las prácticas en la residencia de la asociación ASPAYM; he podido observar el grado de deterioro que las personas con discapacidad tienen en esos tres aspectos; autoestima, auto-concepto y sentido del humor y he tenido la oportunidad de poder integrar los conocimientos teóricos y prácticos construidos sobre este tema a lo largo de la realización del máster y realizar un programa de intervención para trabajar esos aspectos en un contexto y con un colectivo real.

Este trabajo está estructurado en capítulos. En el primer capítulo se encuentra el marco teórico en el que se fundamenta este documento; la psicología positiva, sus antecedentes, y los aspectos y fortalezas que estudia. Centrándose en tres elementos; el auto-concepto, la autoestima y el sentido del humor.

El segundo capítulo trata sobre la evolución y cambio de concepción de la discapacidad, la conceptualización y clasificación de la discapacidad motriz y cómo trabajar la autoestima y el sentido del humor con este colectivo

El tercer capítulo corresponde con el programa de intervención diseñado y aplicado a personas con discapacidad motriz residentes de ASPAYM, con el objetivo de intentar mejorar sus niveles de autoestima, auto-concepto y sentido del humor, que se justifica con el marco teórico de los capítulos anteriores.

Este documento ha sido realizado teniendo en cuenta las competencias que se han establecido como objetivo en el máster de psicopedagogía de la Universidad de Valladolid:

Competencias generales:

G1. Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos –de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinares.

La realización del TFM y la aplicación del programa llevado a cabo con adultos con discapacidad motriz ha implicado integrar y adaptar mis conocimientos y competencias en un contexto nuevo y con un perfil multidisciplinar.

G2. Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.

Una vez analizadas las deficiencias que se planteaban en el contexto, mediante bibliografía especializada y aplicando los conocimientos adquiridos en el máster de psicopedagogía, se toma la decisión de realizar un programa de intervención.

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.

Se hace mediante la presentación y defensa de este trabajo ante el tribunal universitario, así como mediante la transmisión de las conclusiones del programa a la tutora de prácticas de la asociación ASPAYM.

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.

Este trabajo, se ha realizado con las directrices que marcan el ejercicio profesional del psicopedagogo desde una perspectiva ética.

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

Se han utilizado las TIC para la realización del trabajo, como recurso para obtener bibliografía especializada en la red y para la ejecución del programa, como herramienta metodológica mediante presentaciones y proyector.

G7. “Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha 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”.

Competencias específicas:

E 4. “Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos”.

Se ha diseñado y desarrollado un programa para intentar dar respuesta a las necesidades de un colectivo específico con discapacidad motriz.

E 5. “Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos”.

Se han planificado y organizado y llevado a cabo una serie de talleres de carácter psicopedagógico para intentar conseguir una serie de objetivos planteados.

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

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

CAP. 1. PSICOLOGÍA POSITIVA

1. DEFINICIONES DE PSICOLOGÍA POSITIVA

La psicología positiva ha sido definida por diferentes autores como:

“Estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología” (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

“Estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades” (Sheldon y King, 2001).

La Psicología Positiva es un nuevo enfoque de la psicología que pretende estudiar los elementos que hacen que sintamos que la vida merece ser vivida. Es un análisis de los aspectos positivos de nuestra vida desde que nacemos hasta que morimos. (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

2. ANTECEDENTES:

La investigación en psicología se ha centrado, tradicionalmente, en la debilidad humana y las emociones negativas. Lo que ha dado lugar a que la psicología sea identificada como psicopatología o psicoterapia (Vera, 2008).

Parece ser que este énfasis en lo patológico estuvo influido por la Segunda Guerra Mundial, período en el que la psicología se consolidó como una disciplina dedicada a la curación y a la reparación de daños (Seligman y Peterson, 2000).

No obstante antes de la guerra, los objetivos de la psicología eran tres: curar los trastornos mentales, hacer las vidas de las personas más productivas y plenas e identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Tras la guerra y por diferentes circunstancias,

desaparecieron estos tres objetivos y la psicología se centró básicamente en tratar trastornos mentales y a aliviar el sufrimiento humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Si nos centramos en la definición de recuperación, mejoría o respuesta al tratamiento que se hace tanto desde la Psicología clínica como de la psiquiatría, están centradas casi exclusivamente en una reducción de los síntomas en un tanto por ciento. (Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

Es el caso, por ejemplo, de los trastornos depresivos, ya que para tratar la depresión se han centrado básicamente en la eliminación de emociones negativas y sin embargo, los estudios realizados han puesto de manifiesto que la depresión no es sólo la presencia de emociones negativas, sino también la ausencia de emociones positivas. Por eso en los últimos años se han llevado a cabo estrategias de intervención que se basan en estimular emociones positivas como ilusión, esperanza o alegría. (Vera, 2008)

La psicología positiva no pretende ocultar psicopatologías o ignorar los aspectos negativos, sino que resalta la importancia de equiparar la información positiva y negativa, y de contrastar las dificultades y los recursos psicológicos (López y Magyar-Moe, 2006).

El impulsor de la psicología positiva fue Martin Seligman, investigador que dedicó gran parte de su carrera al trastorno mental y al desarrollo de conceptos como la indefensión aprendida.

Y el término lo utilizó por primera vez en la conferencia inaugural impartida para la Asociación Americana de Psicología (APA).

“La psicología no es una mera rama del sistema de salud pública, ni una simple extensión de la medicina: nuestra misión es mucho más amplia. Hemos olvidado nuestro objetivo primigenio, que es el de hacer mejor la vida de todas las personas, no solo de las enfermas mentales. Llamo a nuestros profesionales y a nuestra ciencia a retomar esta misión original justo ahora que comienza un nuevo siglo”. Cierre del Discurso de Martin Seligman en la APA (Fowler, Seligman y Koocher, 1999).

3. FELICIDAD, BIENESTAR Y FORTALEZAS HUMANAS.

La psicología positiva estudia las bases del bienestar y de la felicidad y de los elementos que lo desarrolla como las fortalezas humanas y las emociones positivas. Por lo tanto es importante hacer un estudio sobre lo que son estos tres conceptos:

Desde los tiempos más remotos los pensadores, poetas y científicos han intentado reflexionar y postular principios de diversa índole acerca del bienestar o felicidad del ser humano, constituyendo en la actualidad un tema de estudio importante para la psicología y en general para las ciencias sociales. (García y González, 2000).

Felicidad

Existen modelos dispares o planteamientos heterogéneos sobre lo que es felicidad y los elementos que la componen. Y todos ellos podrían agruparse en dos grandes tendencias, la hedónica y la eudaimónica (Ryan y Deci, 2001).

Por un lado están las concepciones de felicidad basadas en el grado en que las personas experimentan emociones positivas y se sienten satisfechas con su vida. Lo que llamamos bienestar subjetivo o hedónico.

Ya en la antigua Grecia existía una escuela de filósofos hedonistas, que opinaban que la felicidad consistía en la acumulación de momentos agradables y la satisfacción de los deseos.

Los principios de la felicidad hedónica son:

- 1) Experiencias de afecto positiva frecuentes: alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño, felicidad, éxtasis
- 2) Experiencias de afecto negativo infrecuentes: culpa y vergüenza, tristeza, ansiedad y preocupación, enfado, estrés, depresión.
- 3) Altos niveles de satisfacción vital, entendido como la evaluación cognitiva global de cómo valora su vida una persona.

Partiendo de esta concepción, algunos autores como Diener, Sandvik y Pavot (1991), han definido la felicidad como “la experiencia de emociones positivas en un gran porcentaje de tiempo, respecto a la cantidad de tiempo en que sentimos emociones negativas”

Lyubomirsky (2008) define la felicidad como aquella “experiencia de alegría, de satisfacción y bienestar a raíz principalmente del sentimiento y la concepción de la vida de la propia persona como algo con sentido, con plenitud y que merece la pena ser vivida” (2011, p.58)

Más tarde Sócrates, Platón y Aristóteles, que fueron los filósofos más influyentes en los posteriores siglos, plantearon una concepción de felicidad basada más en un bienestar eudaimónico, en el cual lo más relevante es el desarrollo armónico del potencial humano.

En el caso de la eudaimonia, la felicidad se obtendrá “con el ejercicio de las propias capacidades y fortalezas encaminadas a un desarrollo psicológico óptimo” (Avia y Vázquez, 2011, p.46), y no con el bienestar que pueda surgir de situaciones placenteras.

Aquí se muestran las principales diferencias entre hedonia y eudaimonia:

	Tradición hedónica	Tradición eudaimónica
Autores representativos	Epicureo, Hobbes, Sade, Benham, Bradburn, D. Watson, Kanheman	Aristóteles, Ryff, Maslow, Frankl, Seligman
Conceptos	Placer, Afecto positivo/negativo, Balance afectivo, Emociones Positivas Afecto neto, Satisfacción Vital	Autorrealización, Virtudes, Crecimiento psicológico, Metas y necesidades, Fortalezas psicológicas
Instrumentos de medida	Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larse y Griffin, 1985) Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson, Clark y Tellegen, 1988), Muestras emocionales	Psychological Well-being Scale (PWBS) (Ryff, 1989), Values in Action Inventory of Strengths (VIA) (Park, Peterson y Seligman, 2004)
Tipo de bienestar	Subjetivo	Psicológico

Figura 1. Tradiciones en Bienestar (adaptado de Hervás, Rahona y Gómez, 2009, p.17)

En esta concepción de la felicidad como la unión de elementos hedónicos y eudaimónicos podemos encontrar respaldo científico gracias al trabajo de autores como Seligman y Peterson (2004), quienes establecen que la felicidad tiene tres elementos: el placer (o emoción positiva), el compromiso y el significado y por lo tanto existen tres vías para conseguirla:

La primera vía para conseguir la felicidad es la hedonista. La tendencia de la búsqueda de la felicidad intensificando las emociones positivas se denomina la “Vida Placentera” es la que nos proporciona un bienestar que surge en el momento en el que experimentamos algo que

nos hace disfrutar, por ejemplo escuchar la música que nos gusta o una buena comida. Su duración es limitada, y la forma de conseguirla es aumentando las emociones positivas y disminuyendo las negativas.

La segunda vía para alcanzar la felicidad consiste en la búsqueda de la gratificación. La gratificación nos compromete, por lo que la utilización de esta vía se denomina “la vida comprometida” y es la que desarrolla nuestras fortalezas y talentos. Por ejemplo realizando actividades como practicar un deporte o tocar un instrumento. Para ello hay que desarrollar una serie de habilidades o técnicas que permitan potenciar nuestras fortalezas y de esa manera aumentar la felicidad.

La tercera vía consiste en utilizar esas fortalezas, es lo que se denomina la “Vida significativa” Consiste en realizar esas cosas que hacemos por vocación y que le dan sentido a nuestra vida. Es una felicidad mucho más duradera y hace que nos sintamos parte de las instituciones positivas, como la educación, la democracia, la familia etc.

Las personas que utilizan las tres vías se acercan a lo que denominamos una vida plena lo que conduce a una mayor satisfacción con la vida. Para conseguir esto es necesario fomentar y promover nuestras fortalezas y virtudes.

Fortalezas

Una fortaleza es un rasgo de carácter estable en su presencia a través del tiempo. La sociedad y las instituciones intentan cultivar estas fortalezas, porque consideran que tienen un valor positivo.

Para que una persona que ha sufrido pérdidas, conflictos, enfermedades graves, etc. considere que la vida merece ser vivida tienen que intervenir una serie de factores, procesos y circunstancias. Según Seligman, son las fortalezas y las virtudes humanas las que actúan como barrera contra las desgracias y los trastornos psicológicos y ayudan a aumentar la capacidad de recuperación. Esta cuestión llevó a Peterson y Seligman (2004) a diseñar la Clasificación de las Fortalezas y Virtudes Humanas donde dividen las virtudes humanas en 6 y éstas a su vez se subdividen en 24 fortalezas que son consideradas universales y que permiten a las personas alcanzar mayores niveles de bienestar.

Clasificación de fortalezas VIA (tomado de Peterson y Park, 2009).

1. SABIDURÍA Y CONOCIMIENTO

- Creatividad: pensar en formas nuevas y productivas de hacer las cosas
- Curiosidad: tener interés sobre todas las experiencias que están teniendo lugar.
- Apertura de mente: pensar en las cosas con profundidad y desde todos los ángulos.
- Amor al aprendizaje: buscar el desarrollo de nuevas destrezas, temas y cuerpos de conocimiento.
- Perspectiva: ser capaz de proporcionar sabios consejos para otros.

2. CORAJE.

- Autenticidad: decir la verdad y presentarse a uno mismo de una forma genuina.
- Valor: no amedrentarse ante la amenaza, el desafío, la dificultad o el dolor.
- Persistencia: finalizar lo que uno empieza.
- Vitalidad: acercarse a la vida con excitación y energía.

3. HUMANIDAD

- Bondad: hacer favores y ayudar a los demás.
- Amor: valorar las relaciones cercanas con los demás.
- Inteligencia social: ser consciente de los motivos y sentimientos de uno mismo y de los demás.

4. JUSTICIA.

- Justicia: tratar a todo el mundo de la misma forma de acuerdo a las nociones de justicia y equidad.
- Liderazgo: organizar actividades de grupo y conseguir que se lleven a cabo.
- Trabajo en equipo: trabajar bien como miembro de un grupo o equipo.

5. TEMPLANZA/CONTENCIÓN.

- Capacidad de perdonar: perdonar a aquellos que nos han hecho daño.

- Modestia: dejar que los logros propios hablen por sí mismos.
- Prudencia: ser cuidadoso acerca de las propias decisiones; no hacer o decir cosas de las que luego uno se podría arrepentir.
- Autorregulación: regular lo que uno siente y hace.

6. TRASCENDENCIA.

- Apreciación de la belleza y la excelencia: percibir y apreciar la belleza, la excelencia, o la destreza en todos los ámbitos de la vida.
- Gratitud: ser consciente y agradecido de las buenas cosas que suceden.
- Esperanza: esperar lo mejor y trabajar para lograrlo.
- Humor: gusto por la risa y la broma; generar sonrisas en los demás.
- Espiritualidad/Religiosidad: tener creencias coherentes sobre un propósito más alto y un sentido en la vida.

Bienestar

En torno al bienestar humano existe una diversidad de enfoques, lo que no ha permitido aún llegar a un consenso en cuanto a su conceptualización y medición.

Por ejemplo para Lawton (1972), el bienestar es visto como una valoración cognitiva, como la evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida. Mientras que Diener (1997) brinda una concepción más integradora del bienestar, considerándolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas.

Veenhoven (1991) define al bienestar como el grado en que una persona se encuentra a gusto con la vida que lleva y la juzga en términos positivos como un todo.

En la psicología, autores como (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002) han utilizado el constructo bienestar subjetivo para referirse a los conceptos de tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico para referirse a los conceptos de tradición eudaimónica.

El bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia.

Comúnmente se denomina felicidad al bienestar subjetivo que se experimenta cuando se tienen más emociones agradables y menos desagradables. (Cuadra y Florenzano, 2003)

Ryff, (1989) entiende el bienestar psicológico como una valoración o una evaluación que un sujeto hace de la forma en que ha vivido. Se puede entender como una virtud, como la búsqueda constante de la excelencia personal. Y propone las siguientes dimensiones para el bienestar psicológico:

DIMENSIÓN	NIVEL ÓPTIMO	NIVEL DEFICITARIO
Control ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de control y competencia • Control de actividades • Saca provecho de oportunidades • Capaz de crearse o elegir contextos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de indefensión • Locus externo generalizado • Sensación de descontrol
Crecimiento personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de desarrollo continuo • Se ve a sí mismo en progreso • Abierto a nuevas experiencias • Capaz de apreciar mejoras personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de no aprendizaje • Sensación de no mejora • No transferir logros pasados al presente
Propósito en la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos en la vida • Sensación de llevar un rumbo • Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de estar sin rumbo • Dificultades psicosociales • Funcionamiento premórbido bajo
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de resistir presiones sociales • Es independiente y tiene determinación • Regula su conducta desde dentro • Se autoevalúa con sus propios criterios 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de asertividad • No mostrar preferencias • Actitud sumisa y complaciente • Indecisión
Autoaceptación	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva hacia uno mismo • Acepta aspectos positivos y negativos • Valora positivamente su pasado 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionismo • Más uso de criterios externos
Relaciones positivas con otros	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones estrechas y cálidas con otros • Le preocupa el bienestar de los demás • Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit en afecto, intimidad, empatía

Figura 2. Dimensiones del modelo de bienestar propuesto por Ryff (1989)

4. AUTO-CONCEPTO, AUTOESTIMA Y HUMOR.

Como hemos visto, la psicología positiva estudia diferentes aspectos y fortalezas, pero he considerado oportuno profundizar en este marco teórico sobre los tres aspectos en los cuales me he centrado en el programa de intervención psicopedagógica detallado en el capítulo tres, y en su importancia para el bienestar de las personas. Estos son la autoestima, el auto-concepto y el humor.

Delimitación conceptual: auto concepto y autoestima

La autoestima es uno de los conceptos más complejos y difíciles de precisar, y durante décadas ha sido conceptualizada de forma vaga e imprecisa por la Psicología, ya antes de que surgiera la Psicología Positiva.

Una de las primeras dificultades para lograr esta precisión, surge de la utilización de términos como «autoconcepto», como sinónimos de autoestima.

Hay ocasiones en las que distintos autores utilizan los términos de auto-concepto y autoestima de manera indistinta, pero es cierto que no se suele aceptar de forma teórica dicha igualdad terminológica. Por lo que a continuación paso a tratar estos términos por separado:

Auto concepto

Ya antiguamente, las tradiciones hindúes, budistas y judío-cristianas enfatizaban la importancia del autoconocimiento como un medio de desarrollo y evolución personal.

Los estudios sobre auto-concepto se han incrementado en las últimas décadas sufriendo una evolución. Por ejemplo en los 60, el auto-concepto tenía una naturaleza unidimensional y podía ser evaluado presentando unos ítems que medían el auto-concepto global en múltiples contextos. A partir de los 80 se convirtió en un modelo multidimensional formado por un auto-concepto general que se divide en cuatro; académico, social, emocional y físico. Midiéndose cada área por separado.

Royce y Powell (1983; citado en Ramos, 2008) y Harter (1990; citado en Ramos, 2008) coinciden interpretando el auto-concepto como la imagen o conjunto de percepciones que la persona tiene de sí misma. Así como Burns (1990; citado en Ramírez y Herrera, s.f.) que lo considera como la conceptualización que el individuo hace de su propia persona.

Para algunos psicólogos como Rogers (1950) o Sullivan (1953), el auto-concepto y su conceptualización es considerado no sólo como una función explicativa de procesos psicológicos, sino como algo necesario para entender el propio comportamiento. (La Rosa y Díaz-Loving, 1991).

Rogers (1951) (citado en Ramos, 2008) considera el auto-concepto como un conjunto organizado de percepciones del sí mismo.

Purkey (1970; citado en González-Pienda, Núñez, González-Pumariega y García, 1997) entiende el auto concepto como un conjunto complejo y dinámico de creencias que una persona tiene sobre sí misma y considera verdaderas, teniendo cada juicio un valor correspondiente y concreto.

El auto-concepto tiene un componente cognoscitivo que es la autoimagen, ya que éste contiene imágenes sobre lo que creemos ser y pretendemos llegar a ser, así como lo que deseamos manifestar a los que nos rodean y tiene otro componente afectivo que es la autoestima. (González y Tourón, 1992)

La imagen corporal es un concepto que se relaciona con el de sí mismo, entendiéndose por este: la representación mental que la persona tiene acerca de su cuerpo. A la persona discapacitada se le dificulta más desarrollar esta imagen ya que cuenta con menos experiencia en el manejo de su cuerpo. (Maiz y Güereca, 2006).

Rosemberg (1976; citado en González y Tourón, 1992) destacó tres amplias zonas o regiones del auto concepto: a) la auto-exigencia (cómo el individuo se ve a sí mismo), b) auto-deseo (cómo le gustaría verse) y c) la presentación de uno mismo (cómo se muestra a los otros).

La auto-exigencia está constituida por los aspectos a los que nos referimos cuando nos auto-describimos. Engloba todo lo que el individuo cree poseer y ve cuando se mira a sí mismo.

El auto-deseo abarca las imágenes de lo que aspiramos o queremos llegar a ser, es decir, todo lo que nos gustaría pensar a cerca de nosotros mismos. Rosemberg distingue tres aspectos; la imagen idealizada, la imagen comprometida y la imagen moral.

La imagen idealizada es el sí mismo fantástico, imposible de alcanzar pero que a la persona le gusta contemplar.

La imagen comprometida es lo que al individuo le gustaría ser pero teniendo en cuenta lo que es.

Y la imagen moral no es tanto lo que queremos ser sino lo que creemos que debemos ser. La presentación de uno mismo es el sí mismo que la persona muestra o desea mostrar ante los demás.

Autoestima

Se puede decir que disponemos de una percepción bastante firme de lo que significa el término autoestima, pero cuesta mucho expresar tal comprensión en términos precisos.

Numerosos autores han aportado definiciones sobre éste término:

Rosenberg (1965, 1979; citado en Ramos, 2008) la considera como el conjunto de sentimientos de respeto y valía personal hacia uno mismo.

Shavelson, Hubner y Stanton (1976; citado en González-Pienda et al., 1997) indican que la autoestima son las percepciones que un individuo tiene sobre sí mismo, las cuales se forman mediante la interpretación y juicios que éste hace de su experiencia personal y ambiente.

Definición similar aportan Burns (1990; citado en Ramírez y Herrera, s.f) y Wells y Marwell (1976; citado en Ramos, 2008), considerándola como la descripción, cargada de connotaciones afectivas y evaluativas, que hace la propia persona de sí misma.

Pope y McHale (1988; citado en García, 1988) la definen como una combinación entre la información objetiva que el individuo posee de él mismo y el juicio personal, emocional y subjetivo que hace de dicha información.

Sin embargo, otros autores como Ayala y Gálvez (2001; citado en Ramos, 2008) discrepan en cierto sentido con lo anterior, pues dan mayor importancia a la percepción subjetiva de la persona acerca de cómo la ven los demás.

Del mismo modo que Gaja (2013), que dice que las expresiones autocríticas que denigran nuestra autoestima son el producto de una valoración subjetiva y condicionada socialmente, del estándar de perfección.

En la última década, la autoestima ha pasado a ser uno de los términos más utilizados en ámbitos distintos a la psicología (publicidad, educación, economía, política, etc.), y se ha llegado a la conclusión de que su carencia o su posesión determinan el equilibrio psicológico y el éxito personal de las personas.

A partir de los años 80 se empieza a tener en cuenta la autoestima en las diferentes explicaciones e investigaciones psicológicas sobre el comportamiento humano y se le empieza a atribuir un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento de muchas patologías.

Como dice Branden (2001) en su libro *Psicología de la autoestima*; no hay un juicio de valor más importante para las personas, un factor más decisivo en su desarrollo psicológico y en su motivación, que la evaluación que emiten sobre ellas mismas.

Las personas suelen experimentar esta valoración no como un juicio consciente, manifestado verbalmente, sino bajo la forma de un sentimiento, que puede ser difícil de aislar e identificar porque lo experimentan constantemente: forma parte de todos los demás sentimientos, está implicado en cada una de nuestras respuestas emocionales.

El hombre experimenta este deseo de autoestima como un imperativo urgente, como una necesidad básica. Tanto si identifica este tema explícitamente como si no, no puede evitar la sensación de que la valoración que hace de sí mismo tiene una importancia vital. Nadie puede ser indiferente a la cuestión de cómo se juzga a sí mismo; la naturaleza propia del hombre no le deja esta opción.

Wells y Marwell, (1976) desarrollaron una clasificación de las definiciones de la autoestima basándose en dos dimensiones; los procesos de evaluación y afecto:

“Como la mayoría de las diferencias conceptuales, la diferencia entre la evaluación y el afecto no siempre es fácil de efectuar coherente y claramente. Sin embargo, el énfasis en una o en el otro conduce a diferentes formas de descripción, explicación y algunas veces, medida. La auto- evaluación implica normalmente más mecanismos, descripciones causales, mientras que el auto-afecto tiende a elicitar conceptualizaciones más “humanistas”. (p.62) (citado por Branden, 2001)

Smelser (1989), presenta tres aspectos a considerar en la definición de autoestima:

“Existe un primer componente cognitivo, la autoestima implica caracterizar algunas partes del self en términos descriptivos; poder, seguridad, agencia. Implica preguntar qué tipo de persona es uno. En segundo lugar, existe un elemento afectivo, una valencia o grado de naturaleza positiva o negativa adherida a esas facetas identificadas; llamamos a esto alta o baja auto-estima. En tercer lugar, y en relación con el segundo, existe un elemento evaluador, la atribución de un valor en base a algún modelo ideal”. (p.10).

En definitiva, basándonos en todo lo anterior y siguiendo a Ramos (2008), se considera la autoestima como el componente emocional y afectivo del auto-concepto, en el cual predomina

el componente cognitivo. Es por ello que hacemos distinción entre ambos conceptos, pero teniendo en cuenta que uno forma parte y está incluido en el otro.

Además ambos conceptos están estrechamente ligados con la felicidad. Según Gaja (2013), la autoestima es la clave de la felicidad porque es el filtro que media entre nosotros y la realidad. Una autoestima baja desvirtúa nuestro auto-concepto y todo cuanto se presenta ante nosotros: aumenta los errores y empequeñece los logros. Aún más, una autoestima deprimida se ensaña en los puntos débiles, en la zona más vulnerable de cada cual.

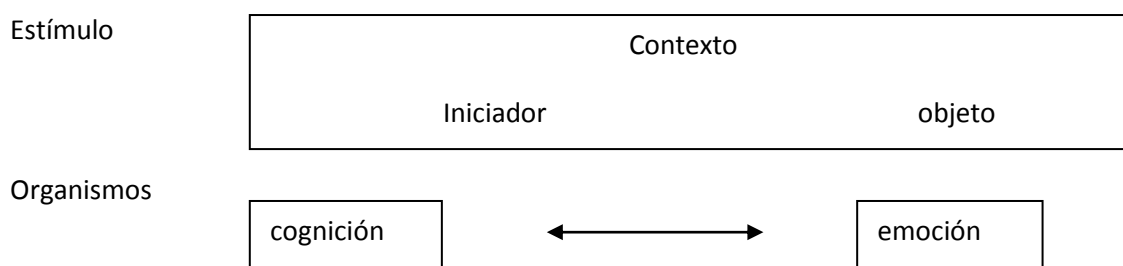
Humor

En cuanto al humor, se considera un constructo multidimensional, por lo que surge una amplia variedad de formas en que puede ser definido. El concepto de humor tiene distintos significados ya que va a variar según las personas o contextos (Martin 1996, 2003, 2004). *“El humor es en esencia un misterio...En ninguno de sus campos de aplicación básicos, existe una única forma de definir el término “humor”* (Latta, 1998; p. 32)

Para definir el humor nos encontramos un problema semántico, ya que se refieren indistintamente a fenómenos como la risa, lo cómico, el humor, lo divertido o el ingenio, y mezclan la ironía, sátira y paradojas con otros formatos. De todas las clasificaciones y teorías existentes acerca del humor ninguna es perfectamente satisfactoria (Ruch, 1998).

El humor es considerado un rasgo estable de la personalidad y un concepto multidimensional que involucra tres componentes: uno cognitivo, que implicaría la forma en que miramos al mundo e interpretamos lo que nos sucede; uno afectivo, que sería la manera en que nos sentimos optimistas o alegres ante las circunstancias de la vida; y uno comportamental, que sería la forma de manifestar nuestro sentido del humor. (Fernández-Abascal, 2009).

Si nos centramos en esta última dimensión, cuándo el humor se utiliza con el propósito de divertir, es un proceso que tiene diferentes elementos:



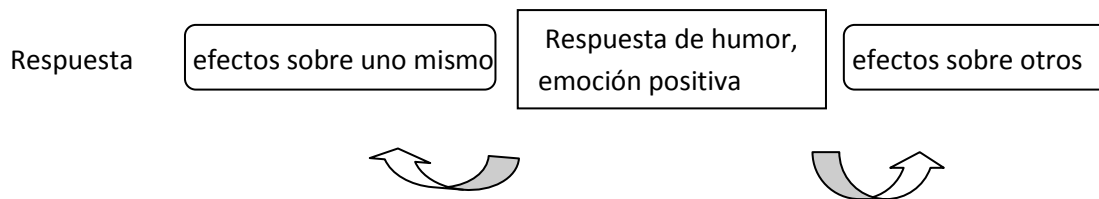


Figura 3. Dimensión comportamental del humor (extraído de Fernández-Abascal, 2009)

Según Martin (2008) para definir el humor hay que tener en cuenta los aspectos cognitivos como la percepción, comprensión, creación y apreciación del humor; los aspectos emocionales como sentimientos de placer o diversión; los aspectos motores como las expresiones faciales, risa o postura corporal; los aspectos sociales donde ocurre la situación humorística y los aspectos fisiológicos (cerebro, hormonas, respiración...).

Existen muchas teorías sobre el humor pero se pueden clasificar básicamente en tres: teorías de superioridad/denigración, donde el humor aparece en la percepción de los demás en cuanto a sus deficiencias o diferencias; teorías de la incongruencia que se basan en la ocurrencia de un suceso inesperado que pasa sin que sea lo lógico; y teorías del alivio/descarga que ven el humor como un mecanismo de defensa ante la adversidad.

Esta última será explicada más profundamente en el apartado de justificación del capítulo tres, donde se habla sobre el programa de intervención.

El humor puede ser un estado (diversión, alegría, euforia) o un rasgo (sentido del humor).

Algunos autores establecen la diferencia entre los términos sentido del humor y humor. Cuando el término empleado es humor “a secas” se estaría haciendo referencia a lo cómico o divertido de una situación, a una respuesta concreta, o a las características atribuidas a un material definido como humorístico –por ejemplo, los chistes-. Sin embargo, el sentido del humor se centraría en la persona y en las diferencias individuales. Larrauri (2010)

Por lo tanto Martin (2000) aportó la siguiente definición de sentido del humor:

“El sentido del humor se refiere a las diferencias individuales relacionadas con los tipos de chistes, viñetas y otros tipos de estímulos humorísticos que la gente encuentra divertidos; con la frecuencia con la cual la persona sonrío, o río o presenta

manifestaciones de humor; con la habilidad para percibir o crear humor, con la tendencia a contar chistes y divertir a otras personas; con el grado en que los individuos comprenden los chistes u otro material humorístico, con la tendencia a usar el humor como afrontamiento de sucesos estresantes; con la tendencia de no tomarse a uno mismo demasiado en serio, y a reírse de sus propios problemas o defectos; y cosas así” (Martin, 2000; p. 204).

El sentido del humor es usado en la psicología contemporánea para referirse al humor como un conjunto de rasgos duraderos de la personalidad, relativamente estables o variables, de diferencias individuales (Ruch, 1998; citado en Martin, 2004).

Seligman habla del sentido del humor como una de las fortalezas del ser humano y se refiere a una capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa (observable o no), y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo.

La risa es la manifestación externa de humor. Aunque puede haber humor sin risa o risa sin humor, ambos mantienen una estrecha relación.

Como menciona Vázquez (2006), el sentido del humor y la risa merecen un importante protagonismo dentro de la psicología positiva. La risa produce una de las sensaciones más placenteras de la experiencia humana y el sentido del humor es una de las principales fortalezas de nuestra especie.

Algunos estudios señalan la asociación del sentido del humor con la satisfacción con la vida, la reducción del dolor, la mejora en el funcionamiento inmunológico y con mayores niveles de salud en general (Panish, 2002)

Christian, Ramos, Susanibar, y Balarezo, 2004 nos hablan de los numerosos beneficios que se le atribuyen al humor:

Psicológicos (sensaciones y estados de alegría, bienestar y satisfacción, reducción del estrés, prevención de la depresión), físicos (tolerancia al dolor, activación del sistema inmunológico, mejora del sistema cardiovascular) y sociales (mejoras en la motivación, la comunicación, el orden y la armonía social)

Y también nos habla de los beneficios que aporta la risa a nivel físico:

- Ejercicio - con cada carcajada se pone en marcha cerca de 400 músculos, incluidos 15 de la cara y algunos del tórax, abdomen y estómago, los que sólo se pueden ejercitar con la risa, la cual también ayuda a adelgazar reactivando el sistema linfático. En esos momentos y debido a la intensidad del ejercicio, cada grupo muscular se estimula como lo haría una sesión de gimnasia; en tal sentido, cinco minutos de risa equivalen a 45 minutos de ejercicio aeróbico. Incluso algunas personas logran mover los brazos y las piernas mientras ríen. Otros mencionan que con 15 minutos de risa se llega a quemar tantas calorías como en una larga carrera o un paseo en bicicleta.
- Masaje – la columna vertebral y cervical, donde por lo general se acumulan tensiones, se estiran. Además, se estimula el bazo y se elimina las toxinas. Con este movimiento el diafragma origina un masaje interno que facilita la digestión al hacer vibrar el hígado y ayuda a reducir los ácidos grasos y las sustancias tóxicas. También evita el estreñimiento y mejora la eliminación de la bilis.
- Limpieza – se lubrican y limpian los ojos con lágrimas. La carcajada hace vibrar la cabeza y se despeja la nariz y el oído. Además, se consigue limpiar las paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol
- Oxigenación – entra el doble de aire en los pulmones, lo que mejora la respiración y aumenta la oxigenación de los tejidos al mover 12 litros de aire en lugar de 6 que es lo habitual. La rapidez con que el aire vaciado sale de los pulmones se multiplica, permitiendo la entrada de aire oxigenado a mayor velocidad.
- Analgésico – se segregan endorfinas, una especie de morfina segregadas por el cerebro, con altos poderes analgésicos y que por lo tanto, mitigan el dolor; adrenalina, un componente que en buena medida potencia la creatividad y la imaginación. La risa, además libera dopamina (que mejora el estado de ánimo) y serotonina (que posee efectos calmantes). Por eso, cinco o seis minutos de risa continua actúan como un analgésico. De ahí que se utiliza para terapias de convalecencia que requieren una movilización rápida del sistema inmunológico.
- Rejuvenecedor – al estirar y estimular los músculos de la cara. Tiene además, un efecto tonificante y antiarrugas, retrasando el envejecimiento cutáneo.
- Sistema circulatorio – es capaz de incrementar la velocidad de la sangre, además de aumentar levemente la tensión arterial. Esto consigue limpiar las paredes arteriales de

pequeños cúmulos de colesterol. El corazón también aumenta su frecuencia y es capaz de bombear cada minuto entre 140 y hasta 210 mililitros de sangre, cuando lo normal son 70.

- Previene el infarto – dado que el masaje interno que producen los espasmos del diafragma alcanza también a los pulmones y al corazón, fortaleciéndolos.
- Sueño – las carcajadas generan una sana fatiga que elimina el insomnio y ayuda a reducir el ronquido.
- Calorías – por la liberación de adrenalina, se produce una pérdida de calorías.

Psicológicos

- Elimina el estrés – se producen ciertas hormonas (endorfinas y adrenalina) que elevan el tono vital y nos hace sentir más despierto al contrarrestar las migrañas, enfermedades cutáneas, hipertensión arterial, depresión, problemas del corazón, cáncer, úlceras, alopecia, reumatismos, anorexia, bulimia y diarreas.
- Exteriorización – ya que a través de la risa las personas exteriorizan emociones y sentimientos. A veces es percibida como una energía que urge por ser liberada, sobre todo cuando necesitamos reír y la situación social no lo permite.

Sin embargo, para la psicología positiva el sentido del humor no se trata de un mero remedio para prevenir o ayudar a superar la enfermedad, sino una virtud que fomenta un mayor bienestar y disfrute de la vida, e incluso, el crecimiento hacia una mayor humanidad y plenitud. (Vázquez, 2006).

Pero no todas las investigaciones encuentran asociaciones positivas entre el sentido del humor y medidas de salud, ajuste o bienestar (Capps, 2006; Erickson & Feldstein, 2007; Kuiper, Grimshaw, Leite & Lirsh, 2004). Varios estudios, entre ellos el de Maurer (2008) llevan a la necesidad de una conceptualización más elaborada del humor y a considerar que el humor también tiene componentes negativos, y no sólo positivos.

Por esa razón adquiere mayor reconocimiento la propuesta de Martin (2001) que dice que existen cuatro tipos de humor, dos relacionados positivamente con el bienestar y los otros dos negativamente. Y para evaluarla, Martin et al., (2003) desarrollaron una medida multidimensional denominada Humor Style Questionnaire HSQ (Cuestionario sobre el Sentido del Humor) que mide las cuatro dimensiones de manera independiente y formuladas

dentro de dos continuos: 1) desde el sentido del humor relativamente benigno y benevolente hasta el humor que se muestra perjudicial e hiriente; y, 2) desde el humor que promueve el desarrollo de uno mismo hasta el orientado al desarrollo de las relaciones con los demás. De esta manera resultan cuatro tipos de humor: afiliativo, orientado al mejoramiento personal, agresivo y de descalificación personal.

CAP. 2 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD MOTRIZ.

Una vez finalizado el marco teórico referente a la psicología positiva y los aspectos de esta que vamos a trabajar en el programa, es momento de continuar conceptualizando y clasificando al colectivo al cual va dirigido el programa, las personas con discapacidad motriz.

Para ello empezaremos analizando la evolución que ha tenido la concepción de la discapacidad a lo largo de la historia para finalizar concretando el concepto y la clasificación de la discapacidad motriz.

1. CAMBIO DE CONCEPCIÓN EN LA DISCAPACIDAD

En el último siglo ha ido cambiando la forma de ver la discapacidad. Esta nueva concepción, conlleva una visión diferente con respecto a las posibilidades de vida de estas personas. Se enfatiza más en su autonomía, sus capacidades, su igualdad e integración, se considera que la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre la persona y el ambiente en el que vive y se tiene más preocupación por prestar servicios y apoyos a estas personas en su vida cotidiana, empleo y educación.

La discapacidad ha sufrido una evolución histórica (Verdugo, Gómez y Navas, 2013) en la que se pueden contemplar tres etapas, que han sido planteadas por DeJong (1981), y posteriormente recogidas por Puig de la Bellacasa (1990):

-Modelo tradicional: asociado a una visión animista clásica asociada al castigo divino o la intervención del Maligno.

-Paradigma de la rehabilitación: donde prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto.

- Paradigma de la autonomía personal: con el logro de una vida independiente como objetivo básico.

El paradigma de la rehabilitación está relacionado con el modelo médico y el paradigma de la autonomía personal con el modelo social. El modelo médico estuvo presente hasta los años 70 del s.XX, y trataba de adaptar a la persona con discapacidad a las demandas de la sociedad mediante medidas terapéuticas o compensatorias que pudieran paliar las diferencias.

“El modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.” (OMS, 2001).

Posteriormente surge en EEUU el modelo social, que por el contrario trata de adaptar el entorno ajustándose a las necesidades de las personas con discapacidad, localizando y eliminando las barreras y limitaciones del entorno.

“El modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.” (OMS, 2001)

Este nuevo modelo social ha supuesto un cambio en la forma de ver y entender la discapacidad ya que transforma de un problema individual o un hecho privado en un problema social de carácter ético y filosófico.

Esta nueva concepción de la discapacidad se ve reflejada en la definición elaborada por la OMS (Bradley, 1995; OMS, 1997) que define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos.

Igualmente, el Instituto de Medicina (1991) considera que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales.

Este modelo funcional de la discapacidad se puede resumir con el siguiente proceso:

Patología-> Limitación->Limitación(es) funcionales->Discapacidad

2. CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

En 1980 surge la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), con el fin de facilitar la recopilación de información estadística de las personas con discapacidad, para la elaboración y evaluación de políticas y programas encaminados a este grupo de la población. Y junto con la OMS elaboran un nuevo esquema:

Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.

La deficiencia es la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

La minusvalía es una situación de desventaja consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desarrollo de un rol.

Y la discapacidad es la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad de la forma o el margen considerado normal para el ser humano.

Las discapacidades se pueden clasificar en cinco grupos: Discapacidades sensoriales y de la comunicación, discapacidades motrices, discapacidades mentales, discapacidades múltiples y claves especiales.

Nos centraremos en la discapacidad motriz, ya que es el colectivo al que va destinado el programa de intervención recogido en este trabajo.

3. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y CLASIFICACIÓN

La discapacidad motriz hace referencia a una alteración de la capacidad del movimiento que implica en distinto grado a las funciones de desplazamiento y/o de manipulación,

bucofonatorias, o de la respiración que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Generalmente son la consecuencia de lesiones medulares, parálisis cerebral, distrofias musculares, esclerosis múltiple, etc (Crespo, 2005)

Los trastornos motrices se pueden clasificar según dos criterios:

- La topografía del trastorno motor: tetraplejia, hemiplejia, paraplejia, diplejia y monoplejia.
- las características del movimiento: espasticidad, hipotonía, distonía...

Se pueden clasificar en tres subgrupos: Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza; discapacidades de las extremidades superiores e insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices.

Las discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza comprende a las personas que tienen limitaciones para moverse o caminar debido a la falta total o parcial de sus piernas y a aquellas que aún teniendo sus piernas no tienen movimiento en éstas, o sus movimientos tienen restricciones que provocan que no puedan desplazarse por sí mismas, de tal forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento como silla de ruedas, andadera o una pierna artificial (prótesis). Incluye a las personas que tienen limitaciones para desplazarse y que no cuentan con ningún tipo de ayuda, así como a las personas que cojean para caminar.

Este subgrupo también incluye a las personas que tienen limitaciones para doblarse, estirarse, agacharse para recoger objetos y todas aquellas discapacidades de movimiento de tronco, cuello, y cabeza (excepto parálisis facial); así mismo incluye a las deficiencias músculo-esqueléticas que afectan la postura y el equilibrio del cuerpo.

Quedan comprendidas también en este subgrupo las personas que tienen carencia o dificultades de movimiento en tronco, cuello y cabeza combinada con la falta de movimiento en las piernas.

Excluye las descripciones ambiguas, tales como: “no puede caminar bien”, “casi no anda”, “no camina bien”, entre otras, ya que no describen con precisión la gravedad o permanencia de la discapacidad motriz.

Las discapacidades de las extremidades superiores comprende a las personas que tienen limitaciones para utilizar sus brazos y manos por la pérdida total o parcial de ellos, y aquellas

personas que aun teniendo sus miembros superiores (brazos y manos) han perdido el movimiento, por lo que no pueden realizar actividades propias de la vida cotidiana tales como agarrar objetos, abrir y cerrar puertas y ventanas, empujar, tirar o jalar con sus brazos y manos etcétera.

Las discapacidades insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices son las que no están claramente especificadas en alguno de los subgrupos anteriores o que su descripción va acompañada de términos ambiguos.

4. CÓMO TRABAJAR LA AUTOESTIMA EN LA DISCAPACIDAD

Algunas estrategias que pueden utilizarse para fomentar la auto-estima positiva o elevada en las personas con discapacidad según Brooks, (1997; Cyberparent, 1997-1999; Larki, s/f; Nuttall, 1991; Pierangelo y Jacoby, 1998; citado por Maiz y Güereca, 2006) son:

1. Enfatizar las fortalezas: Enfocarse en las cualidades de la persona para desarrollarlas al máximo y que compensen las debilidades.
2. Crear un ambiente de paz: Cada familia debe de hacerlo a su manera, pero es muy importante que se le aliente a hablar con franqueza sobre su discapacidad y a hacer preguntas, lo cual le ayudará a saber quién es y a dónde va.
3. Delegar responsabilidad: Dejarle que tome decisiones y asuma responsabilidades, especialmente las que le hagan sentir que está contribuyendo. Es recomendable estimularlo a que realice actividades con las que se sienta que hace una diferencia positiva en otros y tenga una sensación de auto-suficiencia.
4. Fomentar la integración: Que participe en actividades de grupo, que se integre con otros grupos sociales. De esa manera se sentirá parte de una comunidad y no aislado.
5. Fomentar la autoconfianza, ayudándolo a manejar el fracaso y los errores: Evitar sobreprotegerlo para que conozca que tiene capacidades y confíe en sí mismo. Es importante darle la oportunidad de tomar riesgos ya que hay que recordar que uno sólo aprende sus limitaciones y habilidades haciendo algo y tropezando.
6. Fomentar la toma de decisiones y la solución de problemas: De esta manera, sentirá que tiene el control de algunas de sus acciones y partes de su vida, al igual que crecerá la seguridad en sí mismo.
7. Emplear la retroalimentación positiva y hacerles sentirse especiales: La autoestima y la auto-valía se nutren cuando personas significativas muestran cariño, aprecio y aceptación, es decir, cuando retroalimentan constructivamente un trabajo o actividad.

8. Buscar personas que les pueden servir como modelos: Que vean que otras personas con la misma discapacidad han conseguido las metas que se han propuesto para que les sirva como fuente de motivación.

5. CÓMO TRABAJAR EL SENTIDO DEL HUMOR EN LA DISCAPACIDAD

Algunas estrategias o habilidades que se pueden trabajar para mejorar el sentido del humor de las personas con discapacidad podrían ser las aportadas por Larrauri (2006) en su Programa para la Mejora del Sentido del Humor. Donde a demás de describir las diversas facetas del Sentido del Humor, los obstáculos que impiden su consecución, sus beneficios o las razones para fomentarlo, aparecen una serie de actividades para trabajarlo teniendo en cuenta las cuatro dimensiones en las que se operativiza aportadas por Larrauri, Monjas, Román, Flores y Cuetos (2004):

1. Creación de humor: Estrategias y habilidades para percibir relaciones de forma insólita (frecuentes “ocurrencias”; mostrar el lado divertido, cómico de las personas, ideas o cosas) y habitualmente comunicarlas de modo que provoque risas o sonrisas en los demás aunque también pudiera reservarlas para sí.
2. Apreciación del humor: Conjunto de estrategias y habilidades para tomarse la vida en serio pero con “toques de humor”, pensar en positivo, apreciar y disfrutar del humor generado por los demás, reírse de uno o una misma, disfrutar de las situaciones cotidianas o de lo que se hace aunque sea rutinario o poco agradable
3. Afrontamiento optimista de problemas; Se refiere al uso del humor para hacer frente a las contrariedades de la vida. Implica la capacidad, o el conjunto de estrategias y habilidades que tiene una persona para afrontar fracasos, dificultades o contratiempos sin hundirse, para distanciarse de esas situaciones e incluso encontrarles un punto de humor.
4. Utilización del humor en el marco de las relaciones sociales: Conjunto de estrategias y habilidades que tiene una persona para, relacionarse y comunicarse más eficazmente mediante el humor.

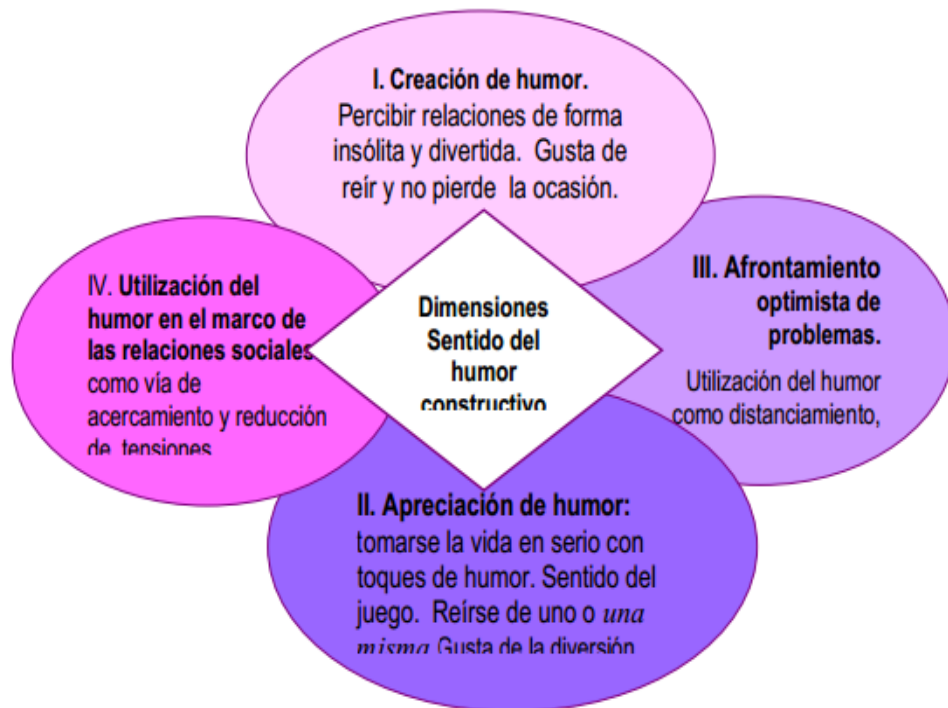


Figura4.Dimensiones del SH

(García Larrauri, Monjas, Román, Flores y Cuetos 2004)

CAP. 3 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: EL AUTO-CONCEPTO, LA AUTOESTIMA Y EL SENTIDO DEL HUMOR EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ RESIDENTES EN ASPAYM CYL.

1. JUSTIFICACIÓN

El auto-concepto, la autoestima y el humor son aspectos fundamentales en el estudio de la discapacidad motriz.

Los dos primeros, principalmente debido a la comparación social, ya que la persona se evalúa a sí misma comparándose con los demás, lo que provoca una imagen negativa de sí mismos y

una baja autoestima. Cualquier comparación social negativa o limitación en el funcionamiento de las habilidades adaptativas supondrá una amenaza para el auto-concepto y la autoestima. Varios estudios han demostrado la relación entre comparación social negativa y problemas psicológicos y entre discapacidad y autoestima baja. Allen y Gilbert (1995; citados en Pérez y Garaigordobil, 2007) y Swallow y Kuiper (1988; citados en Pérez y Garaigordobil, 2007).

La percepción de los papeles que puede desempeñar la persona con discapacidad hacia los demás, y viceversa, constituye un elemento fundamental del auto-concepto y autoestima del individuo. (Maiz y Güereca, 2006)

Para Alder, (1963) la mayoría de las personas con discapacidad pueden presentar un fuerte sentimiento de inferioridad, que es expresado mediante dos formas extremas: o se aíslan y son inhibidos, o son agresivos. Y cómo dice Monjas, (2004) aquéllos con un estilo de respuesta inhibido o agresivo, suelen presentar problemas de competencia social, así como un auto-concepto negativo y una baja autoestima, que da lugar a altos niveles de ansiedad, de soledad y a conductas depresivas o agresivas.

Las personas con discapacidad a menudo presentan un sentimiento de minusvalía, es decir, que sienten que valen menos que los demás; una mayor ansiedad y una menor integración de su sí mismo en comparación con las personas sin discapacidad. Y este auto-concepto negativo o sentimiento de inferioridad (de minusvalía o menos valor) viene a remarcar la desigualdad en torno a la discapacidad, pues muchas veces ésta no es aceptada como las demás diferencias, y la persona no deja de ser humillada por una dura y permanente comparación, lo que dañará su autoestima. (Havey, Greenway, Livneh y Evans, en Kirk y Gallagher, (1986; citado en Maiz y Güereca, 2006).

Trabajar el sentido del humor para mejorar el bienestar de las personas con discapacidad motriz también estaría justificado ya que está considerado como una de las principales fortalezas humanas y se ha relacionado con el bienestar psicológico, físico y social de las personas.

Diversos psicólogos han recomendado el uso del humor en la consulta, argumentando que puede proporcionar importantes beneficios en el desarrollo de la relación psicoterapéutica y el trabajo de crecimiento del paciente (Forsyth, 1993; Fry y Salameh, 1987, 1993, 2001). Según estos profesionales, el humor puede servir, para facilitar la expresión de las emociones y el

trabajo emocional, y para ayudar al paciente a observarse y distanciarse de sus problemas. (Carbelo y Jáuregui, 2006).

El sentido del humor es beneficioso para la salud, ya que potencia la eficacia de nuestro sistema inmunológico, aumentando el número y el nivel de actividad de las células encargadas de detectar y luchar contra los agentes infecciosos que atacan al organismo. (Vera, 2008).

La teoría que avala la importancia de trabajar el sentido del humor con las personas con discapacidad es la teoría de alivio/descarga mencionada en el documento anteriormente.

En esta teoría, el humor y la risa como su manifestación externa, son vistos como una forma de alivio o liberación. Buscando el lado gracioso de la situación, mediante incoherencias o absurdos se toma una perspectiva distinta del hecho negativo evitando la experimentación de la emoción negativa.

Al ver el humor como resultado de la relativización de las dificultades, las personas con un mayor sentido del humor afrontarían en estrés y la adversidad con mayor facilidad. Se sabe que el sentido del humor supone un factor de resistencia ante las adversidades o el estrés y tiene una acción positiva contra la ansiedad y la tristeza. A pesar de que no podemos cambiar ciertas cosas porque no está en nuestras manos, sí podemos modificar nuestra actitud ante ellas. (García-Larrauri, 2006).

La risa como manifestación externa del humor también aportaría beneficios a las personas con discapacidad ya que es sabido que «reírse incrementa la autoestima y la confianza en personas deprimidas, supone un refuerzo inmunológico, corta los pensamientos negativos (ya que no podemos reír y pensar al mismo tiempo) elimina el miedo y ayuda a minimizar los problemas» (Pérez, 2004).

Este programa se plantea y desarrolla en un ámbito de educación no formal, la residencia de la asociación ASPAYM, con la finalidad de evaluar y mejorar los niveles de bienestar, sentido del humor, el auto-concepto y la autoestima de las personas con discapacidad motriz que allí se encuentran. El programa se centra en la mejora del sentido del humor y la autestima mediante talleres individuales y colectivos e intentar que entiendan los beneficios de trabajarlos, tanto para su bienestar físico, como psicológico; debido a que, se mejora su estado de ánimo, sus relaciones sociales, su resiliencia, su auto-valía, su auto-concepto, etc.

Es importante tener en cuenta el estado en el que se encuentra cada uno y las diferencias existentes entre unos y otros, ya que no todos tienen las mismas capacidades, ni la misma motivación o fuerza para participar.

2. DESTINATARIOS

Las personas que viven en la residencia Aspaym son adultos, que por diversas circunstancias de la vida, han optado, bien ellos o sus familias, por trasladar su domicilio a este servicio que depende de la Fundación Aspaym.

Además existen grandes diferencias a nivel cognitivo entre los residentes, lo que enriquece pero a la vez dificulta la convivencia del centro.

Esta intervención fue destinada a todos los residentes o asistentes al centro de día de la fundación ASPAYM que quisieran participar. En los talleres han participado once personas, de las cuales la gran mayoría son mujeres (nueve mujeres y dos hombres).

Tres presentan daño cerebral, dos tienen patologías diversas, cuatro tienen esclerosis múltiple y dos lesiones medulares.

Todos ellos son personas adultas comprendidas entre los 37 y los 68 años de edad.

3. CONTEXTO EN EL QUE SE ENMARCA

La Residencia y el Centro de día de Aspaym Castilla y León iniciaron su funcionamiento en marzo de 2008 como resultado de un proyecto que inicialmente se diseñó por la Asociación ASPAYM para cubrir las necesidades de personas con grandes discapacidades físicas. Actualmente da servicio también a personas con diversos tipos de discapacidades (esclerosis, daño cerebral, etc.) que proceden de distintos puntos de la región e incluso de otros países.

La residencia se encuentra integrada en la ciudad, con el objetivo de que sus residentes puedan hacer uso de los distintos servicios comunitarios: salud, transporte, servicios religiosos, comercios, etc, y acceder a las distintas ofertas culturales y de ocio que existen en la misma

4. OBJETIVOS

General:

Analizar los efectos de un programa de intervención para mejorar el auto-concepto, la autoestima y el sentido del humor en personas adultas con discapacidad motriz mediante talleres.

Específicos:

Sesión 1	<p>Evaluar el nivel inicial de bienestar, de autoestima y de sentido del humor de los residentes de Aspaym que participen en los talleres</p> <p>Orientarles sobre la importancia de estos aspectos y sobre cómo pueden trabajar para mejorarlos.</p>
Sesión 2	<p>Analizar el auto-concepto que tiene cada uno de los participantes y orientarles para mejorarlo</p>
Sesión 3	<p>Conocer los beneficios del sentido del humor y de la risa.</p> <p>Impulsar el buen humor y la risa sanadora</p> <p>Aprovechar todos los beneficios de la risa para mejorar su bienestar.</p> <p>Tomar conciencia de la importancia del sentido del humor.</p> <p>Fomentar la desinhibición de los miembros del grupo.</p>
Sesión 4	<p>Ampliar el conocimiento sobre la autoestima, su importancia y sus consecuencias.</p> <p>Tomar conciencia de la imagen que tenemos de nosotros mismos.</p> <p>Identificar nuestras características más positivas.</p> <p>No avergonzarse de nuestros aspectos más negativos.</p> <p>Desarrollar una actitud de aceptación y valoración de sí mismos/as.</p> <p>Aceptar sus propias limitaciones.</p> <p>Mejorar el nivel de autoconciencia y autoconocimiento.</p>
Sesión 5	<p>Facilitar la relajación, y la recreación en la fuente de la creatividad, inspiración y de la imaginación.</p> <p>Desarrollar la libertad de expresión de nuestras emociones y sentimientos.</p> <p>Cambiar la perspectiva y poder ver los problemas de manera más relajada.</p> <p>Aprender a reírse de uno mismo y con los demás.</p> <p>Combatir el dolor, el estrés y la depresión</p> <p>Conocer y crear nuevas relaciones con personas afines.</p>

Sesión 6	<p>Conocer los beneficios que les aporta el desarrollo de la resiliencia en sus decisiones cotidianas.</p> <p>Fomentar y conocer los factores intrínsecos potencialmente productores de resiliencia como por ejemplo Autoestima, el Humor, o la Autonomía.</p> <p>Aprender el significado de la resiliencia.</p> <p>Incorporar habilidades para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y participar en una vida social constructiva, asertiva y significativa para su personalidad, independientemente del entorno en que se encuentren</p>
Sesión 7	<p>Definir las relaciones interpersonales.</p> <p>Conocer los procesos fundamentales de las relaciones interpersonales.</p> <p>Distinguir las características de las relaciones saludables de las no saludables.</p> <p>Identificar estrategias para mejorar las relaciones interpersonales.</p> <p>Conocer la influencia de las relaciones interpersonales en la autoestima o el auto-concepto.</p> <p>Conseguir un clima agradable y una mayor cohesión del grupo.</p>
Sesiones 8 y 9	<p>Aprender a utilizar los recursos de Internet para reírse.</p> <p>Comprobar que existen distintas posibilidades para desarrollar el sentido del humor y favorecer la risa.</p> <p>Aprender a relajarse y mejorar el estado de ánimo mediante la risa</p>
Sesión 10	<p>Recopilar y recordar todo lo aprendido en el transcurso de los talleres.</p> <p>Determinar el grado de satisfacción con el programa de intervención</p> <p>Evaluar el grado de conocimientos, aprendizajes adquiridos</p>

Figura 5. Objetivos específicos del programa

5. CONTENIDOS, HABILIDADES Y ACTIVIDADES

Contenidos	Habilidades	Actividades
Evaluación inicial de autoestima y Sentido del Humor.	Niveles de autoestima, auto-concepto y sentido del humor antes de comenzar el programa.	Cuestionario CASH Cuestionario autoestima
Auto-concepto	¿Cómo soy? Mis virtudes Mis objetivos y metas ¿Qué hago para conseguirlos? ¿Qué debo cambiar?	Ficha “Cómo me veo”
Sentido del humor	- Definición del SH. - Beneficios del humor. - Beneficios de la risa. - Dinámicas para perder el miedo al ridículo y desinhibirse.	Poner muecas Contar chistes Recordar historias pasadas que les hagan reír Contar historias como si fuesen niños Ver vídeos graciosos
Autoestima	-Definición de autoestima. - Importancia y consecuencias. - Agentes que la pueden dañar. - Estrategias que ayudan a mejorarla.	Decirse piropos unos a otros. Decirse cosas positivas a sí mismos frente al espejo. Hablar sobre las metas conseguidas y cosas de las que se sientan orgullosos.
Risoterapia	Dinámicas para fomentar y crear la risa	Contar noticias graciosas del periódico, disfrazarse y representar una historia, hacer reír con una nariz de payaso, darle varios usos a un mismo objeto, hablar con una sola vocal, tararear

		canciones y adivinarlas
Adversidades, problemas, resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> -Afrontamiento de adversidades. - Resolución de problemas. - Resiliencia. - Relación con la autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor 	Ver el corto “El circo de las mariposas”
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> -Importancia de las relaciones positivas. - Cómo afectan las relaciones interpersonales a la autoestima. 	Actividades de presentación, conocimiento, cooperación, comunicación o juegos de simulación.
Lina Morgan	Actuaciones más importantes	Ver vídeos de sus actuaciones.
Humoristas españoles	Utilizar sus actuaciones para lograr la risa.	Ver vídeos de humoristas e imitarlos
Repaso, conclusión y evaluación del programa	<ul style="list-style-type: none"> -Repaso de todo lo tratado anteriormente. - Cambios que se han conseguido con el programa. - Grado de satisfacción con el programa. 	Cuestionario de evaluación del programa

Figura 6. Contenidos, habilidades y actividades.

6. METODOLOGIA

Para el desarrollo de estos talleres, la metodología está basada en dos premisas conceptuales:

En primer lugar se partirá de los conocimientos previos de los participantes sobre los temas a tratar.

En segundo lugar, los conocimientos se construirán a partir de una estructura horizontal, donde todos los participantes construyen un conocimiento común mediante aportaciones y reflexiones grupales.

A la hora de realizar los talleres se tendrán en cuenta los cuatro principios metodológicos descritos a continuación:

Integración. A través de este principio se intenta lograr que los objetos y experiencias del taller se consigan a través de la integración de todos los participantes, de la integración de lo teórico con lo práctico, de los aspectos temáticos con los afectivos y de los aprendizajes y experiencias pasadas con las proyecciones hacia el futuro.

Flexibilidad. Se trata de adaptar el ritmo de trabajo, la metodología, el uso del tiempo y de los recursos a los límites de tiempo y de los medios disponibles.

Auto - dirección. Se busca que cada uno de los participantes fortalezcan sus habilidades para tomar decisiones, identificar recursos, fortalecer el trabajo en grupo y el auto-aprendizaje permanente.

Participación. Se busca que todos los participantes, de forma colectiva tengan la oportunidad de analizar, reflexionar, reconstruir su experiencia y planificar sus futuras acciones a la luz de las reflexiones anteriores. El trabajo participativo requiere labor en equipo, para que cada individuo se exprese en torno a una idea, tema, situación o proyecto, debe estar precedido por relaciones e integraciones de respeto, confianza, valoración y solidaridad de los integrantes del grupo.

Para conocer los niveles cuantitativos de autoestima, auto-concepto y sentido del humor he llevado a cabo la realización de una evaluación inicial mediante cuestionarios y una evaluación final para evaluar el grado de satisfacción y de eficacia de los talleres.

Pero también he utilizado las entrevistas semi-estructuradas y observaciones durante los talleres para evaluar de forma cualitativa estos aspectos.

Se han llevado a cabo cuatro tipos de sesiones:

1. Sesiones individuales o en pareja, con el objetivo de evaluar el grado de autoestima y de sentido del humor en el que se encuentra cada uno de los participantes en el momento de iniciar el programa. Estas sesiones han sido realizadas el primer día mediante preguntas y cuestionarios.
2. Sesiones individuales o en pareja dónde les he realizado entrevistas y dinámicas con el objetivo de analizar el auto-concepto que tiene cada uno de los pacientes y orientarlos para intentar mejorarlo. Esta sesión la he llevado a cabo mediante fichas dónde se preguntaban cosas como si tienen objetivos en la vida, si hacen algo por conseguirlos, si se sienten a gusto consigo mismos, cuáles son sus virtudes...
3. Sesiones grupales en las que se han llevado a cabo dinámicas y teoría con el objetivo de favorecer y mejorar los aspectos que he considerado que más necesitaban: el sentido del humor y risoterapia, o la autoestima, cómo evitar dañarla y la importancia que tienen las buenas relaciones interpersonales y la resiliencia para intentar mejorarla. Estas sesiones se han realizado en 8 días y han durado una hora cada una.
4. Sesión de repaso y conclusión. En el que se repasa todo lo trabajado y se evalúa el programa y los logros conseguidos con éste.

7. DESARROLLO

El desarrollo de las sesiones ha sido el siguiente:

1º SESIÓN:

Se realiza una sesión individual en la que se evaluará mediante cuestionarios el nivel inicial de autoestima y sentido del humor de las personas que van a participar en el programa.

Para ello se utilizará el cuestionario (CASH) sobre sentido del humor, de García Larrauri, Monjas, Román, Cuetos, Polo y Muñoz (2005). Y una adaptación del cuestionario sobre autoestima extraído de Maiz, B. y Güereca, A. (2006) *Discapacidad y autoestima: actividades para el desarrollo emocional de niños con discapacidad física*. (Apéndices 1y 2)

2º SESIÓN:

Sesión individual o en pareja para medir el concepto que tienen de sí mismos e intentar orientarlos para mejorarlo.

En esta sesión se les proporcionarán unas fichas dónde deberán realizar actividades como describirse a sí mismos, buscar sus virtudes, pensar en sus objetivos y en los medios que están siguiendo para conseguirlos y reflexionar sobre los aspectos que consideran que deberían de cambiar para sentirse mejor consigo mismos. (Ficha en apéndice 4).

Las sesiones posteriores serán grupales:

3º SESIÓN:

Durante la primera mitad de la sesión hemos tratado la importancia que tiene el sentido del humor para la vida, la importancia de fomentarlo, las ventajas para la salud tanto física como psicológica, los obstáculos que se interponen en el camino para su consecución, y cómo afecta a la hora de relacionarnos con los demás. A la vez que trataba estos contenidos, ellos participaban aportando opiniones o haciendo preguntas.

Durante la segunda mitad de la sesión hemos realizado dinámicas con el grupo para que aprendan a trabajar esta fortaleza, se rían y que pierdan el sentido del ridículo.

Actividades:

Recordar y contar alguna historia del pasado que les haga reír.

Poner muecas y hacer reír al compañero.

Contar una noticia del periódico como si fuesen niños.

Ponerse una nariz de payaso y contar chistes.

Los objetivos de esta sesión son conocer los beneficios del sentido del humor y de la risa, impulsar el buen humor y la risa sanadora, aprovechar todos los beneficios de la risa para mejorar su bienestar, tomar conciencia de la importancia del sentido del humor, o fomentar la desinhibición de los miembros del grupo.

Los recursos utilizados para esta sesión han sido un Power Point de elaboración propia y un proyector.

Los materiales utilizados han sido: periódicos y una nariz de payaso

4º SESIÓN:

Se ha tratado la autoestima, su importancia, las consecuencias de tenerla baja, los factores que la pueden dañar o cómo mejorarla.

A continuación realizamos algunas dinámicas para trabajar la autoestima de forma grupal.

Actividades:

Decirse piropos unos a otros.

Pensar en los aspectos positivos que tiene cada uno.

Mirarse al espejo y decirse cosas positivas.

Escribir las cosas negativas que afectan a nuestra autoestima y tirarlos a la basura.

Pensar y escuchar canciones con mensajes positivos relacionados con la autoestima.

Los objetivos que se pretenden conseguir con esta sesión son ampliar el conocimiento sobre la autoestima, su importancia y sus consecuencias; tomar conciencia de la imagen que tenemos de nosotros mismos, identificar nuestras características más positivas, no avergonzarse de nuestros aspectos más negativos, desarrollar una actitud de aceptación y valoración de sí mismos/as, aceptar sus propias limitaciones, o mejorar el nivel de autoconciencia y autoconocimiento. Los recursos utilizados han sido un Power Point de elaboración propia y un proyector. Y los materiales utilizados, un espejo y una caja de cartón.

5º SESIÓN:

Hemos realizado distintas dinámicas y juegos para trabajar la risoterapia.

Actividades:

Presentarse utilizando una sola vocal

Distintas formas de reír:

- reír como si la risa saliera del ombligo / de cualquier otra parte del cuerpo

- reír con diferentes vocales: ja / je / ji / jo / ju

- reír con diferentes tonos: flojo / fuerte / suave / estridente / alargando / repitiendo / etc.

- reír como si estuviéramos: bajo el agua / cayendo en paracaídas / en una biblioteca / en un espacio con eco.

- reír: sin mostrar los dientes / mostrando el máximo de dientes posible / a cámara lenta / a cámara rápida

Poner la nariz de payaso e intentar hacer reír al compañero.

Caracterización con disfraces.

El espejo, imitar a un compañero en todo lo que haga.

Contar una noticia como un niño pequeño.

Inventar distintos usos para diferentes objetos.

Vender cosas imposibles. Ejemplo peine par calvos.

El mundo al revés.

Para qué sirve un globo. Inventar distintos usos.

Gestos que transmiten. Se les dirá una emoción y ellos tendrán que poner el gesto que la transmite.

Discutir pudiendo decir solamente nombres de frutas.

Tararear una canción.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con esta sesión son: facilitar la relajación, y la recreación en la fuente de la creatividad, inspiración y de la imaginación, desarrollar la libertad de expresión de nuestras emociones y sentimientos, cambiar la perspectiva y poder ver los problemas de manera más relajada, aprender a reírse de uno mismo y con los demás, combatir el dolor, el estrés y la depresión, o conocer y crear nuevas relaciones con personas afines.

Los recursos utilizados han sido un Power Point de elaboración propia y un proyector. Y los materiales han sido: periódicos, disfraces, globos, narices de payaso, varios objetos, una cuerda y folios de colores.

6º SESIÓN:

Hemos trabajado el afrontamiento adversidades y resolución de problemas y la resiliencia. Ya que es un aspecto que está estrechamente relacionado con la autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor. A continuación hemos visto el corto “El circo de las mariposas” del que finalmente hemos sacado una moraleja “Aunque el camino resulte difícil, siempre podremos alcanzar nuestro propósito, si creemos que es posible”.

Los objetivos de este taller son conocer los beneficios que les aporta el desarrollo de la resiliencia en sus decisiones cotidianas, fomentar y conocer los factores intrínsecos potencialmente productores de resiliencia como por ejemplo Autoestima, el Humor, o la Autonomía, aprender el significado de la resiliencia, incorporar habilidades para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y participar en una vida social constructiva, asertiva y significativa para su personalidad, independientemente del entorno en que se encuentren.

Los recursos utilizados han sido un Power Point, un proyector y la película “El circo de las mariposas”.

7º SESIÓN

Se ha tratado la importancia de las relaciones interpersonales para el bienestar de las personas. Hemos debatido sobre los beneficios que nos aportan las relaciones positivas y cómo estas afectan a la autoestima y a continuación hemos realizado dinámicas de grupo (de presentación, conocimiento, cooperación, comunicación...), o juegos de simulación.

Actividades:

Training group: El grupo tiene que realizar una tarea (organizar una fiesta), Esa tarea se divide en subtareas que desarrollarán en pequeños grupos. De esa forma cada uno tiene una responsabilidad y una tarea que realizar.

Psicodrama: Representan situaciones conflictivas que tienen con ellos mismos o con el grupo, mientras el resto los escucha sin criticar. Después se aportarán soluciones entre todos.

Ejercicios de imaginación: Se plantea una situación hipotética, que tendrán que representar, pensar como la solucionarían y que harían para evitar que se produzca.

Dar las gracias: Cada uno tendrá que dar gracias a su compañero de al lado por alguna razón

Los objetivos de este taller son definir las relaciones interpersonales, conocer los procesos fundamentales de las relaciones interpersonales, distinguir las características de las relaciones saludables de las no saludables, identificar estrategias para mejorar las relaciones interpersonales, conocer la influencia de las relaciones interpersonales en la autoestima o el auto-concepto, conseguir un clima agradable y una mayor cohesión del grupo.

8º SESIÓN

En esta sesión hemos trabajado el humor mediante un especial Lina Morgan, por petición de los participantes, ya que era la humorista que más les gustaba. En este taller hemos visto los aspectos más relevantes de la vida de esta humorista y hemos hecho un repaso de sus actuaciones en teatro y televisión mediante vídeos.

Los objetivos de esta sesión son aprender a utilizar los recursos de Internet para reírse, comprobar que existen distintas posibilidades para desarrollar el sentido del humor y favorecer la risa, o aprender a relajarse y mejorar el estado de ánimo mediante la risa.

Los recursos utilizados han sido un proyector y conexión a Internet.

9º SESIÓN

En esta sesión hemos seguido trabajado el humor mediante un repaso de los humoristas españoles más importantes desde los 80 hasta hoy, mediante una presentación de power point con información sacada de Wikipedia y mediante vídeos de Youtube.

Por lo tanto los objetivos establecidos son los mismos que para la sesión anterior.

10º SESIÓN

Por último hemos realizado una sesión de repaso y conclusión de todo lo trabajado. Y he pasado un cuestionario para evaluar si se han conseguido los objetivos planteados; el grado de satisfacción con los talleres, si las dinámicas realizadas han conseguido mejorar alguno de los aspectos trabajados o les han servido de orientación para poder seguir trabajándolos por ellos mismos una vez finalizados los talleres.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con esta sesión son recopilar y recordar todo lo aprendido en el transcurso de los talleres, determinar el grado de satisfacción con el programa de intervención y el grado de conocimientos, aprendizajes adquiridos.

Los recursos y materiales utilizados han sido un Power Point de elaboración propia, un proyector y cuestionarios.

8. EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS

La evaluación del programa consiste en realizar un seguimiento a lo largo del proceso que se extiende desde su inicio hasta su finalización (Pérez, 2006). Y nos permitió obtener la información necesaria con la finalidad de reajustarlo si fuese necesario.

Se realizó una evaluación inicial, llevada a cabo en la primera sesión para conocer los niveles de autoestima, auto-concepto y sentido del humor de los participantes en el momento de iniciar el programa. Y una evaluación final una vez finalizados los talleres para comprobar si se ha producido alguna mejora en esos aspectos.

Para evaluar el sentido del humor he utilizado el cuestionario de autoevaluación del sentido del humor (CASH), de García Larrauri, Monjas, Román, Cuetos, Polo y Muñoz (2005). Que está formado por 32 preguntas subdivididas en cuatro apartados correspondientes a la creación de humor, apreciación del sentido del humor, afrontamiento optimista de problemas y relaciones positivas.

Antes de comenzar el cuestionario tendrán que marcar en una escala del 1 al 10, en qué posición consideran que está su grado de humor. Y posteriormente marcar en cada pregunta un número del uno al cuatro; siendo uno casi nunca, dos algunas veces, tres casi siempre y cuatro siempre. (Ver Apéndice 1)

Para la autoestima y el auto-concepto he adaptado un cuestionario sacado de Maiz, B. y Güereca, A. (2006) *Discapacidad y autoestima: actividades para el desarrollo emocional de niños con discapacidad física*. Este cuestionario está formado por 16 preguntas a las cuales deben responder marcando un número del uno al cinco; siendo uno, totalmente de acuerdo y cinco, totalmente desacuerdo. (Ver Apéndice 2)

Para evaluar el grado de satisfacción con mi intervención y el grado de conocimientos, aprendizajes o conclusiones sacados tras ella he utilizado el cuestionario final de evaluación cualitativa del programa sacado de García Larrauri, B. (2006). *Programa para mejorar el sentido del humor*. En el que deben responder a 26 preguntas, marcando un número del 1 al 7 dependiendo del grado de cambios que haya ocasionado el programa en distintos aspectos de la vida diaria, como su humor, su ánimo, integración, optimismo etc...Siendo uno ningún cambio y siete mucho cambio. (Ver Apéndice 3).

9. RESULTADOS

Las medias obtenidas en las evaluaciones inicial y final de los cuatro niveles de sentido del humor han sido los siguientes:

Dimensiones	Evaluación inicial	Evaluación final
	<i>Puntuación sobre 32</i>	<i>Puntuación sobre 32</i>

Crear	22.63	22.81
Apreciar	22.09	22.54
Afrontar problemas	22.63	22.81
Relaciones positivas	25.63	26

Tabla 1. Resultados del cuestionario CASH para el sentido del humor.

En la tabla se representan los resultados correspondientes a las evaluaciones inicial y final de las cuatro dimensiones del sentido del humor. La puntuación máxima que se puede alcanzar en cada dimensión es de 32 puntos.

La primera fila se corresponde con la creación o generación de humor. Esta dimensión abarca la faceta más externa y por ello evidente y fácilmente identificable del SH. Se describiría como una persona agradable que le gusta reír y que no pierde ninguna ocasión de hacerlo. Se refiere al conjunto de estrategias y habilidades para percibir relaciones de forma insólita (frecuentes ocurrencias, mostrar el lado divertido, cómico, irónico de las personas, ideas o cosas) y habitualmente comunicarlas de modo que provoque risas o sonrisas en los demás, aunque también pudiera reservarlas para sí.

La media obtenida en este apartado durante la evaluación inicial ha sido 22,63 de 32

La media obtenida en este apartado durante la evaluación final, tras la aplicación del programa ha sido 22,81 de 32. Por lo tanto, la media en esta dimensión han aumentado 0.18.

La segunda fila corresponde a la apreciación del humor, disfrute de la vida. Esta dimensión se refiere a la persona que disfrute riendo, lo hace frecuentemente y se considera alegre. De vez en cuando puede crear humor y hacer reír a los demás. Se refiere además, según se deduce de nuestros datos, al conjunto de estrategias y habilidades para tomarse la vida en serio pero con “toques de humor”, pensar en positivo, apreciar y disfrutar del humor generado por los demás, reírse de un o una misma, disfrutar de las situaciones cotidianas o de lo que se hace aunque sea rutinario o poco agradable.

La media obtenida en este apartado durante la evaluación inicial ha sido 22,09 de 32. Mientras que la media tras la realización del programa ha sido de 22.54 de 32, incrementando 0.45.

La tercera fila se corresponde con el afrontamiento optimista de problemas. Esta dimensión implica la capacidad, o el conjunto de estrategias y habilidades que tiene una persona para afrontar fracasos, dificultades o contratiempos sin hundirse, para mantener el optimismo a pesar de las preocupaciones, encontrar salidas con humor en situaciones negativas, para reírse incluso en los malos momentos...Supone un estilo de pensamiento, percibir lo positivo que tienen todas las personas, cosas o acontecimientos que nos ocurren y tratar de actuar en consecuencia.

La media obtenida en este apartado en la evaluación inicial ha sido 22,63 de 32.

Mientras que la media de la evaluación final ha sido de 22,81. Por lo tanto ha aumentado 0.18

La última columna corresponde al establecimiento de relaciones positivas. Esta dimensión hace referencia a la capacidad o al conjunto de estrategias y habilidades que tiene una persona para relacionarse y comunicarse más eficazmente mediante el humor.

La media obtenida en esta dimensión ha sido 25, 63 de 32 en la evaluación inicial.

Mientras que en la final ha subido a 26 de 32, incrementando 0.37.

Indicar que estos incrementos, no son estadísticamente significativos, y que dada su poca variación entre las puntuaciones inicial y final no se realizó un contraste de medias ya que el resultado sería, como indicamos no significativo.

Los resultados en el nivel de autoestima obtenidos han sido los siguientes:

Niveles	Personas	Porcentajes
Alto 1-26	2	18.18
Medio 27-52	6	54.54
Bajo 53-80	3	27.27
Total	11	100

Tabla 2. Resultados en los niveles de autoestima

Un 30% de las personas encuestadas tienen un nivel de autoestima medio, un 60% la tienen baja y un 20% la tienen alta.

Tras el programa de intervención estos niveles han permanecido exactamente igual. Por lo que los datos de la evaluación final coinciden con los de la inicial.

Los resultados de la evaluación del programa han sido los siguientes:

La media del grado de satisfacción con los talleres ha sido de 7,54

A la pregunta de si consideran importantes para el bienestar los temas tratados en los talleres el 100% ha contestado que sí.

A la pregunta de si van a intentar aplicar lo aprendido en su vida diaria un 90% ha contestado que sí.

Los resultados de los ítems evaluados han sido los siguientes:

Ítems	Media
	<i>(n=11)</i>
Disminuir sentido del ridículo	3.72
Hablar con las personas del grupo	5.36
Establecer nuevas relaciones	3.54
Respetar opiniones	4.72
Participar	5.36
Sentirse integrado	5.18
Conocer los nombres de los compañeros	6.27
Mejorar su ánimo	3.81
Sonreír más	5.54
Buscar activamente el humor	3.09
Minimizar aspectos negativos	2.90
Mayor flexibilidad mental	3.72
Crear humor	2.90
Lenguaje positivo	4.63
Relajarse más	4.09
Disfrutar del presente	3.45
Cuidarse más	1.81
Aceptarse	1.90
Valorarse más	1.63

Reírse de sí mismo	1.81
Tener en cuenta las relaciones interpersonales ante el estrés	5.18
Afrontar adversidades con humor	1.36
Utilizar distintos recursos para fomentar la risa	3.81
Actitud más positiva	2.90
TOTAL	3.69

Tabla 3. Resultados en la evaluación del programa y cambios conseguidos con éste.

La media total de todos los ítems evaluados ha sido de 3.69 sobre 7. Consiguiendo más puntuación en los ítems relacionados con las relaciones interpersonales como sentirse integrado, conocer los nombres de los compañeros o participar, y menos puntuación en los ítems relacionados con la autoestima como cuidarse más, aceptarse, valorarse más...

En general se puede observar que los talleres han ayudado a los participantes a relajarse más, utilizar lenguaje positivo, sonreír más, mejorar su ánimo y mejorar las relaciones interpersonales con sus compañeros.

CONCLUSIONES

Para finalizar mi Trabajo de Fin de Máster, me gustaría realizar una reflexión acerca de las expectativas, implicaciones, y propuestas de mejora del programa de intervención que he realizado. En este apartado también se incluye una valoración personal sobre la adquisición de competencias tanto académicas como profesionales adquiridas durante el máster y la elaboración de este trabajo.

A lo largo del marco teórico hemos podido observar el paralelismo que existe entre la psicología y la discapacidad en cuanto a su cambio de concepción, ya que en ambos se ha pasado de los modelos patológico y médico, respectivamente, que se centraban en la enfermedad y en su prevención, a los modelos salutogénico y psicosocial donde el eje central es la salud y su promoción.

Este cambio de concepción me ha hecho ver la importancia de tener más en cuenta las fortalezas y virtudes de las personas que las debilidades a la hora de realizar una intervención.

Además, en este marco teórico también se ha ido profundizando en la importancia que tiene la psicología positiva para el bienestar de las personas y en que algunos aspectos como la autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor están estrechamente ligados con el nivel de bienestar y la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Sin embargo, no existe demasiada información sobre estudios o programas de intervención que evidencien que realmente trabajar estos aspectos mejora el bienestar de las personas con discapacidad. Por lo que al realizar las prácticas del máster de psicopedagogía con personas con discapacidad motriz he visto la oportunidad y he considerado interesante y necesario elaborar y aplicar un programa de intervención específicamente para este trabajo, que ponga de manifiesto todo lo anterior, elaborando una serie de objetivos para intentar mejorar el bienestar de estas personas a partir de virtudes y fortalezas como la autoestima o el sentido del humor.

Mediante la evaluación inicial y los talleres individuales, se ha evidenciado la relación existente entre la discapacidad y el deterioro de la autoestima, y el auto-concepto, especialmente cuando se trata de una discapacidad adquirida por alguna enfermedad o accidente. Sin embargo los resultados en la evaluación de las dimensiones del sentido del humor han estado por encima de la media desde el primer momento.

Y a pesar de que no se ha conseguido una diferencia pronunciada entre la evaluación inicial y la final debido a la escasez de tiempo, sí se ha podido comprobar que tras los talleres los niveles de sentido del humor han aumentado y mediante el cuestionario de evaluación del programa también se ha comprobado que trabajar estos aspectos les ayuda a mejorar las relaciones interpersonales, reducir el estrés, sentirse más relajados, reírse más a menudo, utilizar lenguaje positivo o sentirse más animados, y por lo tanto, mejora su bienestar.

Como propuesta de mejora, ampliaría el número de sesiones y trabajaría más dinámicas para mejorar la autoestima, ya que las sesiones sobre autoestima han sido más bien teóricas, centrando las dinámicas y actividades prácticas más en el sentido del humor y la risoterapia.

En cuanto a la valoración personal del Trabajo de Fin de Máster, lo considero una forma de demostrar e integrar las competencias adquiridas en el máster de psicopedagogía, convirtiéndome en un agente activo de mi propio aprendizaje.

Mediante la elaboración y aplicación del programa de intervención he podido asumir el rol de psicopedagoga en un contexto real, lo que me ha ayudado a poner en práctica las competencias académicas y profesionales adquiridas, así como de asumir sus funciones y habilidades de una forma autónoma pero siempre con supervisión y guía.

Igualmente, he aprendido a ampliar mi perspectiva sobre la diversidad y a conocer más de cerca la discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Adolphs, R. (2005). Could a robot have emotions? Theoretical perspectives from social cognitive neuroscience. En J.M. Fellows y M.A. Arbib (eds.), *Who needs emotions? The brain meets the robot* (pp. 9-25). Oxford: Oxford University Press.

Alder, A. (1963). *La educación de los niños*. Buenos aires: Editorial Losada.

Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Ed. Alianza.

Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Calvo, M.G., Avero, P., & Lundquist, D. (2006). Facilitated detection of angry faces: Initial orienting and processing efficiency. *Cognition & Emotion*, 20, 785-811.

Carbelo, B., & Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 18-30.

Crespo, C. (2005). Definición de discapacidad motriz. En I. Martínez, J. G. Storch de Gracia, P. Sánchez & C. Delgado, *Pautas básicas para facilitar la Prueba de Acceso a Estudios Universitarios de las personas con discapacidad en la Universidad Complutense de Madrid*. Madrid: Universidad Complutense.

Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 83-96.

Christian, R., Ramos, J., Susanibar, C., & Balarezo, G. (2004). Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Rev. Soc. Per. Med. Inter*, 17(2), 57.

DeJong, G. (1981). *Environmental accesibility and independent living outcomes*. East Lansing, Michigan: Michigan State University Press.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.

Diener E, Suh E & Shigehiro O. Recent findings on subjective well-being. *Indian journal of clinical psychology*. March, 1997,15-19.

Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. En Strack, F., Argyle, M. & Schwarz, N. (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp.119-139). Oxford, England: Pergamon Press.

Ekman, P. (2003). *Emotions revealed. Recognizing faces and feeling to improve communication and emotional life*. Nueva York: Times Books.

Fernández-Abascal, E.G. [Coord.] (2009): *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide.

Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Aljibe.

Fowler, R.D; Seligman, M.E.P & Koocher, G.P. (1999). The APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54 (8), 537-568.

Gaja, R. (2013). *Bienestar, autoestima y felicidad*. Barcelona: Debolsillo

García-Larrauri, B., Monjas, I., Román, J. M., Flores, V. y Cuetos, A. (2004). Sentido del humor: delimitación conceptual, evaluación y propuestas de intervención. En M. I. Ruiz y otros (Eds). *Aportaciones psicológicas y desarrollo difícil* (pp. 387-430). Badajoz: Edita Psicoex.

García Larrauri, B. (2006). *Programa para mejorar el sentido del humor*. Madrid: Pirámide

González-Pienda, J., Núñez, J., González-Pumariega, S. y García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9, 271-289.

González, M. C. y Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar: sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: EUNSA.

Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 66(23), 3. Recuperado de http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587094.pdf

Institute of Medicine (1991). *Disability in America: Toward a national agenda for prevention*. Washington, DC: National Academy Press.

Jahoda, M. (1959). Current concepts of positive mental health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1(10), 565. Recuperado de http://journals.lww.com/joem/Citation/1959/10000/Current_Concepts_of_Positive_Mental_Health.12.aspx

Keyes, C., Ryff, C. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

La Rosa, J. y Díaz Loving, R. (1991). Evaluación del autoconcepto: Una escala multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 23, N.º 1.

Latta, R.L. (1998). *The basic humor process: a cognitive-shift theory and the case against incongruity*. Berlín: Mouton de Gruyter.

Lawton MP. The dimension of morale. En: Kent D.F: *Research planning and action for the elderly: the power and action of social science*. New York: Behavioral Publications: 1972:144-65.

Lázarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

Lin, N., & Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.

Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: Un método comprobado para conseguir el bienestar*. Barcelona: Urano.

Lopez, S. J., & Magyar-Moe, J. L. (2006). A positive psychology that matters. *The Counseling Psychologist*, 34, 323-330.

Maiz, B. y Güereca, A. (2006). *Discapacidad y autoestima*. México: Trillas.

Martin, R. (2000). Humor and Laughter. En A.E. Kazdin (ed.), *Encyclopedia of Psychology*. Vol. 4. New York: Oxford University Press.

Martin, R., Puhlik-Doris, P., Larsen, W., Gray, J. y Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.

Martin, R. A., & Lefcourt, H. M. (2004). Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-19.

Martin, R. (2008). *La Psicología del humor. Un enfoque integrador*. Madrid: Orión Ediciones.

Maurer, C. (2008). Does humor contribute to successful aging? *Dissertation Abstracts International*, 68(10-A).

Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997) What is Emotional Intelligence?. En P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp.3-31). New York: Basic Books.

- Moliner, M. (1975). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Monjas, M. (2004). *Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ohman, A., Lundqvist, D., & Esteves, F. (2001). The face in the crowd revisited: A threat advantage with schematic stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 381-396.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO.
- Panish, J. (2002). Life satisfaction in the elderly: The role of sexuality, sense of humor, and health. *Dissertation Abstracts International*, 63(5-13).
- Park, N., y Peterson, C. (2009). El estudio científico de las fortalezas humanas. En C. Vázquez y G. Hervás (Coords.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva* (pp. 181-205). Madrid: Alianza.
- Pérez, J. I., & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Puig de la Bellacasa, R. (1990). Concepciones, paradigmas, y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*. (Ed.), *Discapacidad e información* (pp. 63-96). Madrid: Autor.

- Ramos, R. (2008). *Elaboración y validación de un cuestionario multimedia y multilingüe de evaluación de la autoestima*. Melilla: Universidad de Granada.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annuary Reveiw of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ruch, W. (1998). Foreword and overview. Sense of humor: A new look at an old concept. En W. Ruch (ed.), *The sense of humor* (pp. 3-14). Berlín: Mounon de Gruyter.
- Seligman, M. (2014). La auténtica felicidad. University of Pennsylvania, Positive PsychologyCenter. Recuperado de <https://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/>
- Seligman, M. (2011). La vida que florece. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. & Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. En L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.), *A Psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Sheldon, K.M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Sheldon, K., Kashdan, T.B., & Steger, M.F. (2011). *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward*. Oxford University Press.

Smerlser, N. J. (1989): Self-esteem and social problems: An introduction. En Mecca, A. M. et alii (eds.): *The social importance of self-esteem*. University of California Press, 294-326.

Valverde, C. V., Torres, G. H., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (5), 15-28.

Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.

Vázquez, C., Hervás, G., Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14 (3), 401-432.

Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: Classical topics, modern answers, blind spots. En F. Strack, M. Argyle, et al.: *Subjective well-being*. Pergamon Press, 7-26.

Vera, B. (2008). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar ediciones.

Verdugo, M.A., Gómez, L.E. y Navas, P. (2013). Discapacidad e inclusión: Derechos, apoyos y calidad de vida. En M.A Verdugo y R.L Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp.17-41). Salamanca: Amarú.

Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología* 2005; 1 (2): 125-37.

APÉNDICE 1: CUESTIONARIO CASH SOBRE SH.

Estudios/ocupación _____ Varón/ Mujer

Edad _____ Fecha _____

Antes de empezar el cuestionario, te pedimos, por favor, que consideres globalmente tu grado de sentido del humor en la siguiente escala de 1 a 10 (siendo el 1 nada de humor y el 10 muy elevado) y que rodees con un círculo el valor correspondiente:

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Casi siempre
4. Siempre

1. Me resulta fácil sacarle “chispa” a las cosas	1	2	3	4
2. Me pasan por la cabeza toda clase de ideas cómicas	1	2	3	4
3. Se me ocurren ideas para que la gente lo pase bien	1	2	3	4
4. La gente de mi entorno espera de mí que les haga reír	1	2	3	4
5. Soy una persona divertida	1	2	3	4
6. Me gusta hacer gracias, bromas positivas	1	2	3	4
7. Me río con facilidad	1	2	3	4
8. Me gusta bailar y cantar	1	2	3	4
Total puntos en la dimensión I: creación de humor	1	2	3	4
9. Soy una persona alegre	1	2	3	4
10. Soy una persona con confianza en que las cosas me van a ir bien	1	2	3	4
11. Me gusta ojear los chistes o la sección de humor en prensa, revistas, etc...	1	2	3	4
12. Soy capaz de contar una anécdota de forma divertida, aunque en ella haya salido mal parado/a	1	2	3	4
13. Sería capaz de ponerme un disfraz aunque pudiera sentirme ridículo/a	1	2	3	4
14. Disfruto del presente, del día a día	1	2	3	4
15. Reservo una parte de mi tiempo para hacer lo que me gusta	1	2	3	4
16. Mi buen o mal humor depende más de mí misma que de las circunstancias	1	2	3	4
Total de puntos en la dimensión II:	1	2	3	4

apreciación del SH				
17. Persevero ante la adversidad	1	2	3	4
18. Procuo quitar dramatismo a las situaciones difíciles	1	2	3	4
19. Cuando algo me sale mal inesperadamente, trato de encontrarle el lado divertido	1	2	3	4
20. Ante un problema trato de resolverlo	1	2	3	4
21. Soy optimista ante las dificultades o problemas	1	2	3	4
22. Afronto mis fracasos sin hundirme	1	2	3	4
23. Las adversidades pueden ser fuente de oportunidades	1	2	3	4
24. A diario me enfrento a mis tareas con buen ánimo	1	2	3	4
Total de puntos en la dimensión III: Afrontamiento optimista de problemas	1	2	3	4
25. Pienso que el sentido del humor facilita las relaciones sociales	1	2	3	4
26. Trato con amabilidad a las personas	1	2	3	4
27. La gente me aprecia por mi buen humor	1	2	3	4
28. Me gusta que las personas que están a mi lado pasen un buen rato	1	2	3	4
29. Me gusta estar con personas divertidas	1	2	3	4
30. En situaciones tensas tiendo a “romper el hielo” con un toque de humor	1	2	3	4
31. Acepto y sigo de buen grado las bromas positivas que puedan hacerme	1	2	3	4
32. Cuando me enfado con alguien, no me dura mucho tiempo y no le doy vueltas a la situación	1	2	3	4
Total puntos en la dimensión IV: relaciones positivas				

APÉNDICE 2: CUESTIONARIO SOBRE AUTOESTIMA.

	TOTALME NTE DE ACUERDO 1	2	3	4	TOTALME NTE DESACUER DO 5
Te sientes a gusto con tu aspecto físico					
Te aceptas como eres, con tus cualidades y tus limitaciones					
Te valoras como persona					
Te sientes merecedor de un trato digno					
Confías en tus capacidades para afrontar desafíos y problemas de la vida					
Con frecuencia te propones metas y haces lo posible por alcanzarlas					
Percibes los errores como experiencias de las cuales puedes aprender más que como fracasos					
Sientes que tu familia te tiene en cuenta					
Te sientes integrado en tu grupo de amigos					
Puedes relacionarte satisfactoriamente con los demás					
Te sientes seguro con la gente que convives					
Te respetas a ti mismo tanto cómo a los demás					
Reconoces que existe una igualdad entre tú y los demás					
Reconoces que pueden existir algunas diferencias entre tú y los demás					
No te dejas influenciar fácilmente por los demás					
Rara vez muestras pensamientos negativos sobre ti mismo					
TOTAL					

1-26 NIVEL DE AUTOESTIMA ALTO

27-52 NIVEL DE AUTOESTIMAMEDIO

53-80 NIVEL DE AUTOESTIMA BAJO

APÉNDICE 3: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Señala en qué medida los talleres han contriuido a cambios en aspectos como: (el 1 indicaría ningún o casi ningún cambio y el 7 mucho cambio)	1	2	3	4	5	6	7
Disminuir el sentido del ridículo							
Hablar más con las personas que integran el grupo							
Relacionarme con las personas con las que antes casi no hablaba (Establecer nuevas relaciones)							
Respetar más las opiniones de las personas que integran el grupo							
Participar más en las actividades planteadas							
Sentirme integrado en el grupo							
Conocer a la mayoría de las personas por su nombre							
Mejorar mi ánimo y sentirme más alegre							
Sonreír más							
Buscar activamente el humor							
Minimizar aspectos negativos							
Tener mayor flexibilidad mental							
Conocer y desarrollar formas de crear humor							
Utilizar el lenguaje positivo							
Relajarme más							
Disfrutar del presente							
Cuidarme más emocional y físicamente(tenerme más en cuenta)							
Aceptarme tal y cómo soy							
Valorarme más							
Reírme de mi mismo							
Tener en cuenta las relaciones interpersonales ante el estrés							
Afrontar adversidades con humor							
Utilizar distintos recursos para fomentar la risa							
Actitud más positiva							

**APÉNDICE 4. FICHAS TALLERES INDIVIDUALES
PARA TRABAJAR EL AUTOCONCEPTO**

Describe a ti mismo:

Soy.....
.....
.....
Siento.....
.....
.....
Prefiero.....
.....
.....
Me
gusta.....
.....
.....
Creo.....
.....
.....
Estoy.....
.....
.....
Seré.....
.....
.....

Escribe una meta o un objetivo que tengas en la vida:

.....
.....
.....

Ahora escribe una lista de los hábitos buenos que tienes y que te facilitan el logro de esa meta.

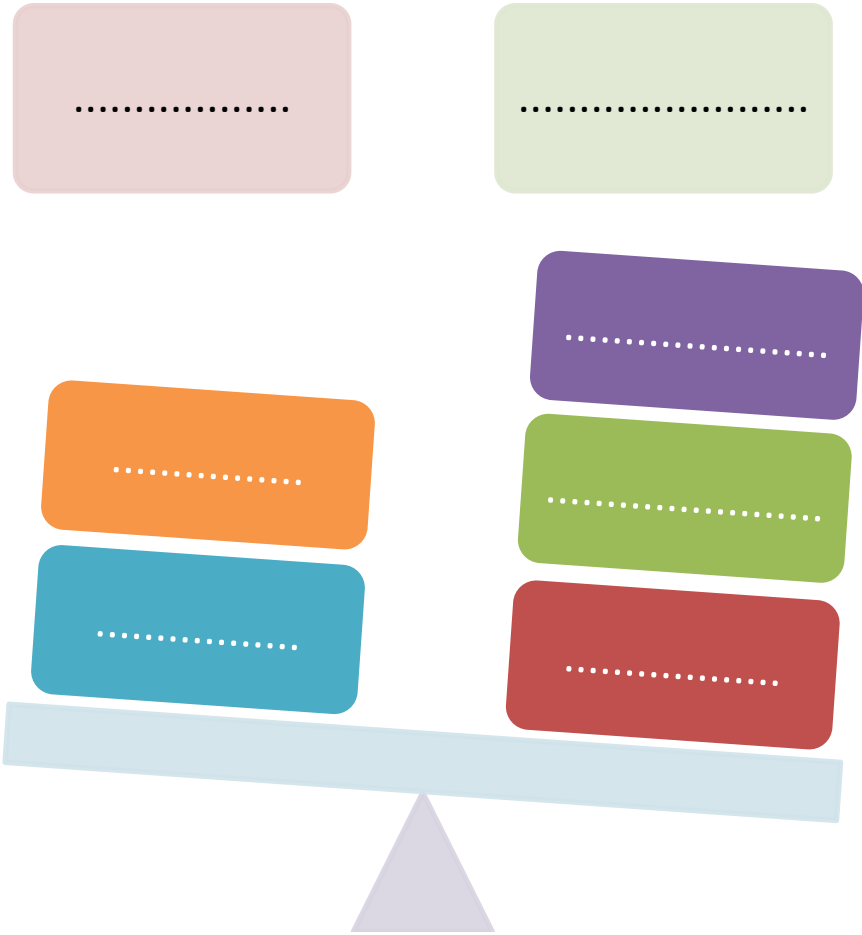
Mis hábitos buenos son:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

A continuación escribe una lista de los hábitos no deseables o patrones de conducta que te alejan de tus metas:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Rellena la balanza con virtudes y defectos que tú consideres que posees.
¿Qué pesan más las virtudes o los defectos?**



Pesan más mis.....

Cómo te ves y cómo te ven los demás. Marca los adjetivos que crees que te definen y a continuación deja que algún compañero marque los adjetivos que él considere que te definen. Luego compara cómo te ves tú y cómo te ve él.

	yo	él		yo	él
resignado			ingenuo		
lógico			Independiente		
Seguro			Fuerte		
Emprendedor			Productivo		
hábil			Sencillo		
Encantador			Jovial		
Ocurrente			Alegre		
Luchador			Sensible		
Cuidadoso			divertido		
Agradecido			serio		
Realista			atractivo		
Empático			bondadoso		
Ambicioso			inteligente		
Amistoso			tierno		
Tranquilo			cortés		
Convincente			aventurero		
Generoso			expresivo		
Divertido			optimista		
Tolerante			afectuoso		
Activo			justo		
Entusiasta			inseguro		

¿Hay mucha diferencia entre cómo te ves tú y cómo te ve tu compañero? En caso de ser afirmativo, cual crees que es la razón?

.....

¿Quién ha marcado más virtudes?

.....