

Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN GRUPAL BASADO EN PSICOLOGÍA POSITIVA PARA LA
MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO POSITIVO EN PERSONAS AFECTADAS DE
PARKINSON. N = 3**

Presentado por: Bárbara Martínez Martínez

Tutora: Dra. M^a Dolores Vara Villodre

Curso: 2023/2024

Convocatoria: Ordinaria

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1 Enfermedad de Parkinson (EP). Curso y comorbilidad.....	1-2
1.1.1. Prevalencia de la EP.....	2
1.2 Dificultades y retos a los que se enfrentan las personas con enfermedad de Parkinson.....	2-4
1.2.1. Limitaciones de los tratamientos tradicionales.....	4
1.3 Problemas emocionales en las personas con enfermedad de Parkinson.....	4-6
1.4 Terapias del bienestar para mejorar el funcionamiento psicológico positivo en personas con enfermedad de Parkinson.....	6-9
1.5 Objetivo del presente trabajo.....	9-10
2. Metodología	10-25
2.1 Diseño, selección de la muestra y procedimiento.....	10
2.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	11-12
2.3 Descripción de los participantes.....	12-16
2.4 Protocolo de evaluación	16-18
2.5 Protocolo de intervención	19
2.5.1. Dispositivo y formato de la sesión.....	19-20
2.5.2. Sesiones.....	20-24
2.6 Análisis de datos	25
3. Resultados	25-31
3.1. Diferencias pre-post intervención en depresión, manejo de enfermedad, felicidad y bienestar.....	25-27
3.2. Evolución del afecto positivo y negativo entre sesiones.....	27-29
3.3. Resultados evaluación Post-Sesión 3 en relación con las fortalezas personales.....	29
3.4. Resultados de satisfacción con la intervención.....	29-30
3.5. Opinión de la intervención.....	31
4. Discusión	31-34
4.1. Conclusiones.....	34
5. Referencias	35-43
6. Anexos.....	44-70
6.1. Anexo I.....	44
6.2. Anexo II.....	45-48
6.3. Anexo III.....	49
6.4. Anexo IV.....	50-70

RESUMEN

Introducción. La Enfermedad de Parkinson (EP) es una patología neurodegenerativa que afecta al sistema nervioso y cuya prevalencia está aumentando. Además de los síntomas motores, es crucial abordar los problemas emocionales que acompañan a esta enfermedad. Las intervenciones grupales basadas en Psicología Positiva pueden ayudar a potenciar el funcionamiento psicológico de las personas con EP. **Objetivo.** Analizar la viabilidad y eficacia preliminar de un protocolo de intervención grupal (7 sesiones) basado en Psicología Positiva en personas con EP a través de un estudio de casos (N=3). **Método.** Los participantes fueron reclutados de la Asociación de Personas con Discapacidad Física de Villena y Comarca (AMIF), y respondieron con varios autoinformes antes y/o después de cada sesión (afecto positivo y negativo) y/o antes y después de la intervención (depresión, felicidad, bienestar psicológico, manejo de enfermedad). También, se evaluó la satisfacción con la intervención recibida. **Resultados.** En términos generales, se encontraron puntuaciones de mejora en las variables de resultado principal (depresión, manejo de enfermedad y afecto positivo), así como resultados favorables en términos de satisfacción con el tratamiento. **Conclusiones:** El uso de intervenciones grupales basadas en Psicología Positiva puede ser una solución viable y eficaz para ayudar en el abordaje del malestar psicológico en paciente con EP. Se necesitan investigaciones más rigurosas que analicen la eficacia, coste-efectividad e implementación de este tipo de abordajes en población clínica.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, síntomas motores, síntomas no motores, Psicología Positiva e intervención grupal.

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease (PD) is a neurodegenerative pathology that affects the nervous system and whose prevalence is progressively increasing. In addition to motor symptoms, it is crucial to address the emotional problems that accompany this disease. Group interventions based on Positive Psychology can help to enhance the psychological functioning of people with PD. **Objective:** To analyze of a group intervention protocol (7 sessions included) based on Positive Psychology in people with PD through a case study (N=3). **Method:** Participants were recruited from the Asociación de Personas con Discapacidad Física de Villena y Comarca (AMIF), and responded with several self-reports before and/or after each session (positive and negative affect) and/or before and after the intervention (depression, happiness, psychological well-

being, illness management). The level of satisfaction with the intervention received was also assessed. **Results:** In general terms, improvement scores were found in the main outcome variables (depression, illness management and positive affect), as well as favorable results in terms of the satisfaction with treatment. **Conclusions:** The use of Positive Psychology-based group interventions maybe a viable and effective solution to aid in addressing psychological research is needed to analyze the efficacy, cost-effectiveness and implementation of this type of approach in a clinical population.

Key word: Parkinson's disease, motor symptoms, non-motor symptoms, Positive Psychology and group intervent

1. Introducción

1.1 Enfermedad de Parkinson (EP). Curso y comorbilidad

La Enfermedad de Parkinson (EP), fue descrita por primera vez por el médico británico James Parkinson en su ensayo “An Essay on the Shaking Palsy”, en 1817 (Parkinson, 2002). Este autor describió la clínica de la enfermedad tras la observación de diferentes síntomas, conociéndose más adelante todos ellos como, síntomas característicos de la EP. Desde entonces la enfermedad ha llevado su nombre (Martínez-Fernández et al., 2016).

La EP es una patología neurodegenerativa que afecta al sistema nervioso (Cófreces et al., 2022). Su curso puede variar en cada persona, pero en rasgos generales evoluciona lentamente y de forma progresiva (Cófreces et al., 2022). La EP es la enfermedad que con mayor velocidad está incrementando su prevalencia (Frank et al., 2023), y causando con ello un importante impacto tanto en las personas afectadas como en sus familiares (Bloem & Brundin, 2020).

Las personas con EP sufren una pérdida de células productoras de dopamina en la sustancia negra, lo que lleva a una deficiencia de dopamina, siendo un importante neurotransmisor para el control del movimiento y la coordinación, apareciendo así los síntomas motores y no motores de la EP (Akdemir et al., 2021).

Debido a su sintomatología motora y no motora, la EP conlleva en las personas que la padecen un deterioro en su calidad de vida (Bloem & Brundin, 2020). Entre sus síntomas motores pueden aparecer rigidez (aumento del tono muscular), bradicinesia (lentitud en los movimientos), temblores, movimientos involuntarios, dificultades en el equilibrio y la coordinación, y alteraciones y bloqueos en la marcha (Ye et al., 2023). Los síntomas no motores están causando gran interés en los investigadores y neurólogos, a causa de su alta ocurrencia. Entre los síntomas no motores podemos encontrar apatía, depresión, ansiedad, aislamiento, soledad, deterioro cognitivo, problemas digestivos, urinarios, cardiovasculares, de la temperatura corporal y también sexuales (Martínez-Fernández et al., 2016). La presencia simultánea de sintomatología motora y no motora da lugar a la comorbilidad con otras condiciones médicas tanto físicas como psicológicas (Cattaneo & Jost, 2023).

Es considerada de gran valor la temprana detección de los síntomas no motores, posibilitando con ella el retraso en el desarrollo de la EP (Cófreces et al., 2022). Estos síntomas se están dando con mayor frecuencia que los motores, llegando a aparecer incluso diez años antes del diagnóstico (Cófreces et al., 2022). De ahí el alto interés de estudio en este campo (Cófreces et al., 2022).

1.1.1 Prevalencia de la EP

Con mayor frecuencia la aparición de la EP prevalece en hombres de entre 65 y 70 años, a causa del envejecimiento de la población mundial (Chaves et al., 2022). Se dan casos de Parkinson en menores de 40 años, siendo inferior su porcentaje y asociándose en este caso a variantes genéticas (Alemán et al., 2022). Cabe mencionar la posibilidad de aparición de la enfermedad a causa de factores ambientales como la exposición a pesticidas o lesiones craneales (Martínez-Fernández et al., 2016). Aun siendo una enfermedad a la que no se le puede atribuir una causa específica por su carácter idiopático, hay un 5-10% de afectados de Parkinson que tienen familiares que han padecido la enfermedad (Mysiris et al., 2022).

La prevalencia en la EP se aproxima al 0.5-1% entre las personas de 65-70 años, aumentando al 3% en aquellos mayores de 80 años o más. La tasa de incidencia anual a nivel mundial está entre 11-19/100.000 casos al año (Mysiris et al., 2022). En el continente europeo se calcula que existen entre 257 y 1400 casos de personas afectadas de Parkinson por cada 100.000 habitantes (Cabreira & Massano, 2019). Cobra gran importancia la prevalencia de la demencia en la EP, dada en el 83% de afectados a partir de 20 años de enfermedad. Es caracterizada por el deterioro en diferentes áreas cognitivas y alteraciones emocionales, lo que conlleva una gran pérdida de autonomía y calidad de vida en la persona (Martínez-Fernández et al., 2016). Dentro de estas alteraciones emocionales encontramos la sintomatología no motora, donde se situaría la depresión y la ansiedad. Manteniendo una prevalencia del 50% en depresión y ansiedad y del 40% para la apatía (Ricciardi et al., 2023).

1.2 Dificultades y retos a los que se enfrentan las personas con enfermedad de Parkinson

Debido al carácter neurodegenerativo de la enfermedad, esta lleva a una situación incapacitante a la persona con EP (Xiao et al., 2022). Desde el momento del diagnóstico dependerá de una medicación crónica, siendo los fármacos de reemplazo de dopamina (levodopa) de vital importancia (Kouli et al., 2018). Para la producción de dopamina y posterior reposición de ella en el cerebro, las células nerviosas utilizan la levodopa. Sus resultados se ven limitados, los efectos de la levodopa en sintomatología no motora como alteraciones emocionales y cognitivas son poco sensibles, mientras que la sintomatología motora tiene una mejor respuesta a ella (Williams et al., 2022). En aquellos pacientes que permanecen en una fase más avanzada, los síntomas no motores no llegan ni siquiera a responder a la levodopa, causando en ellos sentimientos de desesperanza (Williams et al., 2022). Esta situación genera limitaciones en la persona, pues conforme avance la enfermedad necesitará un aumento de la

dosis (Kouli et al., 2018). Esa dependencia farmacológica también se ve reforzada por las fluctuaciones diarias tanto a nivel cognitivo, motor o incluso emocional (Williams et al., 2022). Todo ello implicará aumentar el tiempo de ingesta de estos fármacos y una mayor dependencia a ellos (Kouli et al., 2018).

La centralización de los tratamientos en síntomas motores está llevando a una pérdida en la calidad de vida y bienestar emocional de los afectados de Parkinson (Kouli et al., 2018). A pesar de las elevadas tasas de discapacidad y malestar asociados a la sintomatología no motora, como la depresión, ansiedad o dolor, la investigación sobre su tratamiento todavía se encuentra atrasada en comparación con los avances logrados en el control de los síntomas motores, lo cual se interpreta como una necesidad fundamental aún no satisfecha en las personas que padecen la EP (Weintraub et al., 2022). Por ello, es importante desde el momento del diagnóstico comenzar con las terapias rehabilitadoras (Kouli et al., 2018). Siendo un reto el preciso diagnóstico de la enfermedad y su identificación en las fases iniciales, debido al solapamiento de determinadas características clínicas con otras afecciones neurodegenerativas (Tolosa et al., 2021).

El rápido crecimiento en el número de afectados es una de las principales dificultades a las que se enfrentan cada día las personas con EP. Los sistemas de salud pública ya sobrecargados se ven todavía más colapsados por ello, lo que contribuye a una inadecuada atención a los pacientes (Bhidayasiri et al., 2023). La gestión de los signos clínicos no motores de la EP representa un desafío para el profesional de la salud, pues debe discernir entre los efectos de la terapia farmacológica, la evolución de la enfermedad y la condición emocional de la persona afectada de Parkinson (Church, 2021). Es por ello, por lo que en el ámbito de la investigación, la fisiopatología de la enfermedad se está investigando mediante grupos homogéneos para orientar la planificación de ensayos clínicos y de esta manera brindar una atención más eficiente y personalizada a todos los individuos afectados por la EP (Marras et al., 2020). El abordaje psicológico juega un papel fundamental en la apropiada regulación emocional en esta etapa novedosa para el individuo, la cual podría presentar un declive desde una década antes de la confirmación del diagnóstico (Cófreces et al., 2022).

El tratamiento de los pacientes con EP requiere de un enfoque holístico y multidisciplinar. De esta manera la persona verá fortalecida su autonomía y autodeterminación en su esfuerzo para aceptar y convivir con la enfermedad (Barth et al., 2023).

1.2.1 Limitaciones de los tratamientos tradicionales.

Desde hace tiempo, los enfoques terapéuticos en el tratamiento de la EP se han dirigido principalmente hacia el manejo de los síntomas motores, excluyendo en gran medida la atención a los síntomas no motores (Ricciardi et al., 2023). Tradicionalmente, el objetivo ha sido aliviar el malestar y garantizar que los pacientes con EP no sufran dichos síntomas de manera constante (Ricciardi et al., 2023). Este hecho está provocando que no se preste una atención adecuada en términos de su calidad de vida y bienestar emocional (Kouli et al., 2018).

En los últimos años hay un especial interés en el reconocimiento de abordar el bienestar general de los pacientes que viven con la EP, de ahí la inclusión de terapias no farmacológicas, donde tratar esa sintomatología no motora y neuropsiquiátrica que genera tanto malestar en las personas que la padecen (Santos et al., 2024). Se ha observado que las deficiencias en las habilidades básicas de la vida diaria conducen a una agravación del estado patológico del individuo (Santos et al., 2024). Por consiguiente, la intervención orientada al desarrollo de estas habilidades propiciará un incremento en la autonomía personal, lo que, a su vez, puede favorecer una disminución de la apatía y un aumento en la satisfacción por la vida, fomentando así, la mejora del funcionamiento psicológico positivo de la persona (Santos et al., 2024).

Desde una visión de futuro es imprescindible la investigación en la EP, tal y como indica la Federación Española de Parkinson, (2023), dar pasos hacia los enfoques integrales de intervención, colaboración y detección temprana es esencial, teniendo en cuenta un modelo de medicina preciso y personalizado. Dada la evidencia e interés en la mejora de la calidad de vida en personas con EP, con el uso del tratamiento farmacológico y la terapia psicológica, es crucial avanzar hacia enfoques más holísticos que no sólo aborden los síntomas motores, sino que también integren el tratamiento de los síntomas no motores y el bienestar emocional de las personas con EP (Federación Española de Parkinson, 2023). Es muy importante la psicoeducación y el trabajo multidisciplinar con todas las personas afectadas por la EP y sus familiares, mantenerles informados de todos los recursos comunitarios a su alcance, empoderando y aportándole redes de apoyo social que ayuden a mejorar su bienestar emocional (Federación Española de Parkinson, 2023).

1.3 Problemas emocionales en las personas con enfermedad de Parkinson

Las personas con EP han expresado que sus necesidades emocionales han estado desatendidas por los profesionales de la salud (Ricciardi et al., 2023). La depresión se perfila como un trastorno no motor de alta prevalencia en la EP (Balasubramanian et al., 2024). Esta ha sido vinculada con una disminución en la calidad de vida, mayores niveles de discapacidad y

deterioro cognitivo, afectando tanto a los pacientes como a sus familiares (Angelopoulou et al., 2023). Este cuadro clínico se caracteriza por un estado de ánimo bajo, trastornos del sueño, cambios en el peso y presencia de tendencia suicida (Reyes-Pérez et al., 2024). Además, se ha observado la presencia de desmoralización en las personas con EP, viniendo de la mano de la depresión y caracterizándose por expresiones de angustia, falta de capacidad para afrontar la situación, impotencia o desesperanza (Figueiredo et al., 2023). A pesar de las circunstancias, su reconocimiento es insuficiente y su tratamiento inadecuado (Assogna et al., 2020). Además, puede dar lugar a complicaciones crónicas como la demencia (Assogna et al., 2020). Su manifestación puede preceder al deterioro motor en las fases prodrómicas de la enfermedad y a la presencia de dolor. La depresión en la EP se manifiesta con un incremento en la dosis de levodopa (Angelopoulou et al., 2023). Aquellas personas con la EP y depresión experimentan sentimientos de culpabilidad y desprecio hacia ellas mismas (Angelopoulou et al., 2023). En ocasiones, la depresión puede pasar inadvertida, ya que, ciertos síntomas pueden ser atribuidos erróneamente a la enfermedad cuando en realidad son causados por la depresión (Angelopoulou et al., 2023).

La apatía también es frecuente en las personas con EP (Williams et al., 2022). Se calcula que afecta al 48% de los afectados de Parkinson (Costello et al., 2023). Puede llegar a ser realmente incapacitante para la persona que la padece (Maher et al., 2024). Se caracteriza por sentimientos de indefensión e inutilidad, disminución de la iniciativa y del interés, tristeza, desesperanza y percepción de fracaso, lo cual conlleva a una disminución en la capacidad funcional del individuo afectado por esta condición (Mele et al., 2021). Es un síntoma con alto efecto negativo, pues predispone a la persona con Parkinson a un deterioro progresivo de su autonomía funcional y calidad de vida (Lee et al., 2024).

Otro de los síntomas no motores más preocupantes y con mayor presencia en las personas con EP es la ansiedad (Chang et al., 2023). En aquellas personas que la padecen muestran el doble de posibilidades de padecer EP (Stocchi et al., 2023). Se presenta normalmente con percepciones somáticas (Heimrich et al., 2024). Su incidencia en las personas con EP es del 60% (Lian et al., 2024), siendo más elevada que en afectados por otras patologías (Chang et al., 2023). La ansiedad, se considera predecesora de la sintomatología motora llegando a potenciarla e incluso causando perjuicios en la efectividad de la levodopa (Jia et al., 2024). Su efecto en la EP es grave, disminuyendo la capacidad motora y autónoma de la persona, posibilitando la aparición de trastornos del sueño y llevando a la persona a un deterioro en las habilidades básicas de la vida diaria (Lian et al., 2024). Valorar la ansiedad en población afectada de EP presenta desafíos significativos, ya que, numerosos síntomas asociados a la ansiedad

pueden manifestarse como efectos secundarios de tratamientos farmacológicos o como manifestaciones de patologías físicas subyacentes (Heimrich et al., 2024). De ahí la relevancia de reconocer el impacto de la ansiedad en la EP, lo que facilitará a los profesionales de la salud, la prestación de una atención holística, redundando con ella en resultados clínicos más favorables (Heimrich et al., 2024).

1.4 Terapias del bienestar para mejorar el funcionamiento psicológico positivo en personas con enfermedad de Parkinson

Durante la evaluación de diversos estudios de alta resolución intracraneal dedicados a investigar la psicología del estado de ánimo, la motivación y los síntomas conductuales en individuos con EP, se ha observado un significativo progreso al favorecer enfoques terapéuticos centrados en el fortalecimiento de aspectos positivos del funcionamiento psicológico en lugar de sólo centrarse en la supresión del malestar (Ricciardi et al., 2023).

Tanto en pacientes como en familiares con EP, las intervenciones psicológicas son valoradas por su eficacia (Pinto et al., 2023). Existiendo limitaciones en algunas de ellas debido a la constante progresión de los síntomas, lo cual es totalmente irreversible (Pinto et al., 2023). Actualmente, las terapias centradas en la aceptación de la enfermedad, la autocompasión, el bienestar y el funcionamiento psicológico positivo están acumulando evidencia empírica para abordar el malestar psicológico en los pacientes con EP (Pinto et al., 2023).

La eficacia de las intervenciones psicológicas centradas en el bienestar y en la mejora del funcionamiento psicológico positivo, iniciadas por Seligman, quien formuló el término de psicología positiva, han experimentado un notable incremento en las últimas décadas (Campo, 2020). Un aspecto que no se había considerado previamente, ya que, toda investigación se centraba predominantemente en mitigar cualquier manifestación psicológica (Kraiss et al., 2022).

Se considera que aquellas personas que presentan niveles elevados de bienestar psicológico gozan de una cierta protección contra la manifestación de trastornos mentales, y en aquellos que ya experimentan tales afecciones, la probabilidad de recuperación se incrementa (Kraiss et al., 2022). Podemos conceptualizar el bienestar de dos formas: como bienestar subjetivo (hedónico) y como bienestar psicológico (eudaimónico) (López et al., 2023). Centrándose la primera en la búsqueda del placer, la felicidad y la ausencia de sufrimiento emocional, esta incluye un componente cognitivo y afectivo, abarcando los niveles de afecto positivo y negativo (Kraiss et al., 2022). Desde esta perspectiva, una persona feliz se caracteriza

por experimentar altos niveles de satisfacción con la vida y afecto positivo, junto con bajos niveles de afecto negativo en diversas dimensiones de su vida (López et al., 2023). En contraste con la segunda que concibe el bienestar en términos de búsqueda del desarrollo personal, crecimiento, independencia, madurez personal, autorrealización y un significativo vital (Kraiss et al., 2022; White et al., 2019). Parte de la creencia de que las personas se sienten felices haciendo frente a desafíos y consiguiendo con ello un significativo crecimiento personal (López et al., 2023). La mejora en la calidad de vida está claramente relacionada con el bienestar, tanto psicológico como subjetivo (Jackson & MacLeod, 2016).

La psicología positiva emerge como un complemento necesario, dirigiéndose hacia la comprensión y fomento del bienestar, entendido por Ryan y Deci (2001) como “funcionamiento y experiencia psicológica óptima” (p.142). El deber de la psicología positiva es complementarse con los enfoques tradicionales que abordan afecciones de salud, en lugar de la exclusividad de reducir la sintomatología adversa (White et al., 2021). Se diferencia de otras modalidades de intervención psicológica por su enfoque específico en la atención de las condiciones de salud mental, orientándose hacia la generación de recursos positivos que promuevan el bienestar (Lim & Tierney, 2022). Desde el inicio de esta corriente, el enfoque en el estudio del funcionamiento psicológico positivo ha experimentado un crecimiento constante. Diversos metaanálisis han evidenciado la efectividad en la promoción del bienestar y en la reducción de la sintomatología depresiva (Carrillo et al., 2019). Todo aquel que se considera feliz es, por ende, aquel que manifiesta niveles elevados de satisfacción vital y afecto positivo, junto con reducidos niveles de afecto negativo, abarcando diversas esferas de su existencia (López et al., 2023).

Diversos estudios nos hablan de la eficacia de determinadas terapias basadas en el bienestar en personas afectadas de Parkinson, siendo una de ellas la Musicoterapia (Chica & Parada, 2021; Machado et al., 2021). Las intervenciones musicales y basadas en el ritmo presentan beneficios en los ámbitos cognitivo, psicosocial, conductual y motor para las personas con EP (Machado et al., 2021). En la actualidad, la musicoterapia está emergiendo como alternativa terapéutica para los problemas en el habla y las alteraciones del estado emocional en personas afectadas de Parkinson (Rojas, 2018). El bienestar emocional y el apoyo social que aportan estas intervenciones constituyen un factor motivador para la adherencia y el compromiso con la intervención entre las personas afectadas de Parkinson (Chica & Parada, 2021).

Las terapias basadas en el optimismo actúan como factor protector frente a ciertas interpretaciones negativas relacionadas con la enfermedad, ayudándoles a mantener una

actitud más realista y favoreciendo la adaptación a esta (Hurt et al., 2014). Desde el Modelo del Sentido Común de la Percepción de la Enfermedad (MCER), se acompaña en el proceso de enfermedad a la persona, que el paciente sepa que le está pasando influirá en la disminución de la incertidumbre por el desconocimiento de esta (Hurt et al., 2014). No obstante, se ha observado, que, en algunos casos, los pacientes que presentan una respuesta muy positiva al diagnóstico, en etapas avanzadas de la enfermedad, pueden presentar estados depresivos (Hurt et al., 2014). Por lo tanto, mantener una actitud realista es más adaptativo en personas con EP. Se sugiere que las terapias basadas en optimismo asistan a las personas afectadas de la EP que experimenten pesimismo y desesperanza en la construcción de percepciones favorables sobre su enfermedad, con el fin de mejorar su adaptación y bienestar psicológico (Hurt et al., 2014).

Las creencias positivas también son centrales a la hora de trabajar con el afrontamiento de la enfermedad (Ridder et al., 2000). Es necesario el trabajo de las estrategias de afrontamiento, pues facilitan el hacer frente a situaciones estresantes que puedan aparecer durante el curso de la enfermedad (Amarís et al., 2013). El afrontamiento va a influir en la preservación del control sobre la vida y a la consecución del bienestar psicológico, el cuál fomenta la adherencia al tratamiento y la implementación de cambios en los hábitos de vida (Silva & Agudelo, 2011). Las personas con creencias positivas tienden a enfocarse en sí mismas, en su entorno y en el futuro desde una perspectiva favorable (Ridder et al., 2000). Este enfoque se asocia, normalmente, con una mejor salud física y mental, dado que suele adoptar conductas que favorecen la protección de su bienestar (Ridder et al., 2000). Aquellas personas que se enfocan en estímulos positivos fomentan su adaptación a la enfermedad generando resultados psicológicos significativos (Ortiz et al., 2021). Se han planteado diversos enfoques en la investigación de las creencias positivas, destacando el optimismo disposicional, definido como la propensión a anticipar resultados favorables (Ridder et al., 2000). El optimismo también nos impulsa en nuestra experiencia vital para hacer frente a los desafíos que van llegando (Ortiz et al., 2021). La presencia de una respuesta de optimismo está asociada a una mayor resiliencia frente a la adversidad, donde individuos con expectativas positivas hacia el futuro tienden a invertir mayores esfuerzos en el logro de sus metas, facilitando así su adaptación a la EP (Ridder et al., 2000). El optimismo también ha demostrado estar asociado con estrategias de afrontamiento orientadas a la solución, favoreciendo resultados más beneficiosos en comparación con métodos evasivos (Ridder et al., 2000).

En el ámbito de las intervenciones no farmacológicas destinadas a la promoción del bienestar y la optimización del funcionamiento psicológico, también se destaca la práctica de Mindfulness (Mele et al., 2021). Lo que se quiere lograr con esta técnica de intervención

terapéutica con personas afectadas de la EP es la aceptación del diagnóstico, fortalecer la autonomía personal, mejorar la capacidad de atención, restaurar la interacción social y aumentar la autoconfianza en la gestión de la enfermedad (Torres-Pascual et al., 2019). El tratamiento de Mindfulness en EP resulta ser prometedor, por ello se justifica la continuación en su investigación (Torres-Pascual et al., 2019).

En las terapias del bienestar y psicología positiva es de vital importancia el fomento del afecto positivo (Peñalver, 2022). A través de estas, se estimula a las personas a indagar en sus fronteras personales, fomentar la capacidad de resiliencia y propiciar un incremento de su sociabilidad (Peñalver, 2022). De ahí la importancia de las intervenciones terapéuticas grupales dirigidas a individuos diagnosticados con EP, ya que, resultan altamente beneficiosas y contribuyen a atenuar la sensación de soledad que frecuentemente experimentan estos pacientes, previniendo su tendencia al aislamiento (Rafie et al., 2023). El afecto positivo colectivo se caracteriza como la interrelación emocional de los integrantes de un grupo, derivada de la experiencia compartida, que provoca que los individuos experimenten niveles semejantes de emociones personales durante las sesiones comunes (Peñalver, 2022). Las emociones actúan como un nexo cohesivo entre los miembros del grupo (Peñalver, 2022). Al compartir sus síntomas y vivencias, los participantes experimentan un sentido de validación y comprensión mutua (Rafie et al., 2023). Compartir el estado emocional con el grupo puede fomentar el bienestar social, procediendo en este caso de la tradición eudaimónica (Kraiss et al., 2022). Por lo tanto, el apoyo social es fundamental, pues facilita que su estado emocional no se enfoque predominantemente en el malestar físico. La pertenencia a un grupo y la experiencia de ser comprendido y respaldado adquieren una relevancia vital en su bienestar psicosocial (Rafie et al., 2023).

Dado que las personas con EP, además de presentar síntomas motores presentan malestar psicológico, resulta necesario el desarrollo de intervenciones que mejoren su funcionamiento psicológico positivo. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es el desarrollo de una intervención grupal basada en la Psicología Positiva y el fomento de habilidades de afrontamiento de la enfermedad. Con esta intervención grupal, no sólo que se pretende aliviar el malestar emocional de las personas afectadas de Parkinson, sino también, de proporcionarles herramientas para hacer frente a los desafíos de la enfermedad.

1.5 Objetivo del presente trabajo

El objetivo de este estudio es investigar la viabilidad y eficacia preliminar de una intervención grupal basada en psicología positiva en personas afectadas de Parkinson para

mejorar su funcionamiento psicológico positivo (p.ej., depresión, bienestar, felicidad, manejo de enfermedad, afecto positivo y negativo). Se recogerán datos con respecto a la satisfacción con el tratamiento. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio con una muestra de N=3, siendo todos ellos varones y diagnosticados con EP. Se espera obtener resultados favorables con respecto a los cambios en las puntuaciones de los auto-informes administrados. Específicamente, se espera disminuciones en las puntuaciones de depresión y afecto negativo, e incrementos en afecto positivo, bienestar psicológico, felicidad y percepción de manejo de la enfermedad. Además, se espera que los participantes estén satisfechos con la intervención recibida.

Los objetivos específicos del presente trabajo son:

- Diseñar y desarrollar un protocolo de evaluación que aporte información sobre el funcionamiento psicológico de la muestra en tres momentos diferentes (pre/post-intervención y entre sesiones).
- Diseñar y desarrollar un protocolo de intervención basado en Psicología Positiva para ayudar a mejorar el funcionamiento psicológico positivo en pacientes con EP.

2. Metodología

2.1 Diseño, selección de la muestra y procedimiento

En este estudio se realiza un análisis de casos N=3. Se obtuvo la aprobación para la realización de la presente investigación por parte de la Comisión de Investigación de la Escuela de Doctorado e Investigación de la Universidad Europea de Valencia. La muestra fue reclutada de la Asociación de Personas con Discapacidad Física de Villena y Comarca (AMIF), perteneciente a la provincia de Alicante (España). Concretamente, del grupo terapéutico llamado “Taller de Parkinson”. Los tres participantes recibieron el diagnóstico de la EP por la Unidad de Neurología del Hospital de Elda (Alicante).

El estudio se desarrolla a lo largo de siete sesiones, seis de ellas de 90 minutos y una última de prevención de recaídas de 60 minutos, mediante su desarrollo se quiere demostrar el beneficio de las terapias grupales en la mejora del funcionamiento psicológico positivo de los afectados. Previo a la implementación de estas sesiones se llevará a cabo una evaluación previa y otra posterior a la intervención, donde compararemos ambos resultados para poder valorar si como se pretende ha sido efectiva esta intervención. Con las diferentes sesiones se pretende lograr una mayor capacidad de afrontamiento y gestión de la sintomatología en nuestros pacientes, así como una mejor adaptación a los cambios físicos y emocionales asociados a la enfermedad.

Durante estas siete sesiones se va a trabajar con diferentes componentes psicoterapéuticos como la psicoeducación, la psicología positiva, Mindfulness, el manejo de enfermedad, la inteligencia emocional, la musicoterapia, fomento de la autocompasión y fortalezas personales entre otras.

Los pacientes con la EP son los que demandan su interés en formar parte del grupo terapéutico, siendo el equipo multidisciplinar de AMIF quien decide si fuera idóneo su inclusión en él tras la realización de diferentes entrevistas con el interesado y sus familiares o personas de apoyo. Para poder llevar a cabo el estudio se solicitó una autorización al presidente de la Asociación en la que se desarrollaría la intervención (ver Anexo I). Los profesionales de AMIF determinaron qué casos se incluían en la investigación, partiendo de que debían ser perfiles homogéneos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del estudio. La selección de la muestra se realizó por conveniencia. Tras ello, se dio a conocer dicho protocolo a los posibles participantes, informándoles del objetivo y funcionamiento de este. Una vez seleccionados, se invitó a los pacientes a participar de manera voluntaria en este estudio, y se les proporcionó la hoja de información sobre el motivo y resumen del proyecto, así como de los beneficios y riesgos de la participación, la protección de datos, la calidad científica y ética, y retirada voluntaria (ver Anexo II). Por último, todos los participantes firmaron el consentimiento informado (ver Anexo III). El desarrollo de esta investigación ha seguido las directrices del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Europea (CEI-UE).

Los participantes completaron el protocolo de evaluación pre-post intervención (GDS (Yesavage & Sheikh, 1986); B-IPQ (Weinman et al., 1996); Índice de Felicidad de Pemberton (Pemberton 2010); Escala de Bienestar de Ryff, (Ryff, 1965), sólo post (CSQ, (Deville & Borkovec, 2000); cuestionario *ad hoc*) y entre sesiones (PANAS (Sandín et al., 1999; Clark & Tellegen, 1988); Test Breve de Fortalezas (Seligman & Peterson, 1998). (Ver Anexo IV). La investigadora principal administró el protocolo de evaluación y llevó a cabo el protocolo de intervención con los participantes.

2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de *inclusión* para la participación en esta investigación son:

- Edad \geq 55 años.
- Estar diagnosticado de Parkinson desde la Unidad de Neurología.
- Presencia de sintomatología depresiva evaluada con la *Escala de Depresión Geriátrica (GDS, siglas en inglés) - Test de Yesavage-15* (Yesavage & Sheikh, 1986).

- No haber recibido atención psicológica previa en el abordaje de su sintomatología depresiva.
- Formar parte del grupo terapéutico de Parkinson de AMIF.

Como criterio de *exclusión* se estableció la ausencia de sintomatología depresiva.

2.3 Descripción de los participantes

En las Tablas 1, 2 y 3 se muestra el perfil sociodemográfico y clínico, y en las Figuras 1, 2 y 3 se muestra el análisis funcional de la conducta de cada participante.

Tabla 1

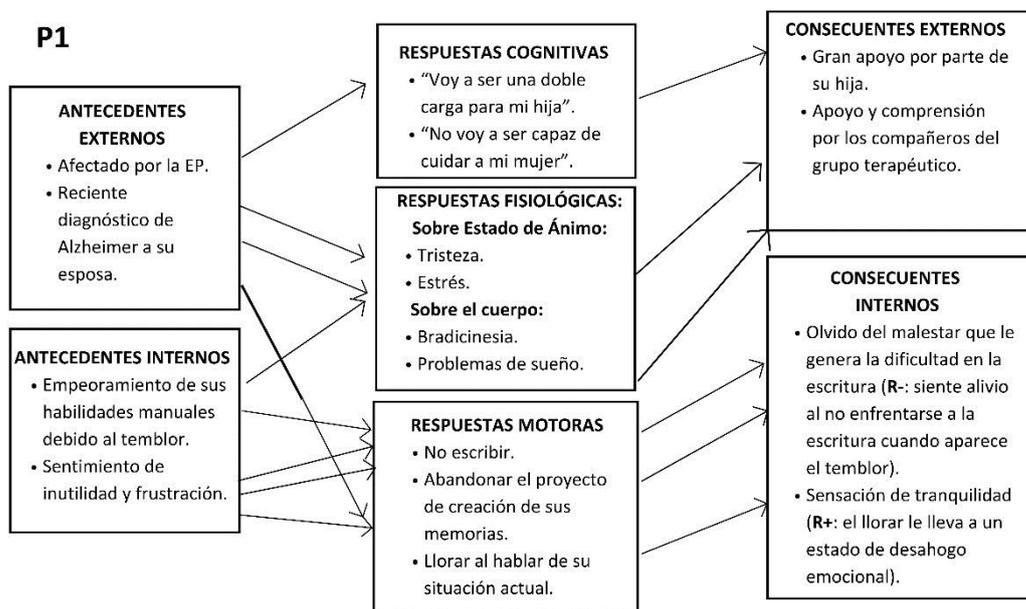
Perfil sociodemográfico y clínico del participante 1

Participante 1 (P1)
Diagnóstico: ENFERMEDAD DE PARKINSON
<p>Diagnosticado de EP tras la revisión de su <i>historia clínica y exploración neurológica</i>. Para descartar otras posibles patologías y observar las actividades de las áreas cerebrales relacionadas con el movimiento se realizó una <i>RMN ENCEFÁLICA</i>.</p> <p>Edad y sexo: Varón, 84 años.</p> <p>Antecedentes: Trabajador hasta su jubilación en el calzado, como desvirador. Padre de un hijo y una hija y abuelo de dos nietos, hijos de su hijo. Actualmente vive en casa de su hija, junto a su mujer, recién diagnóstica de Alzheimer. Apasionado de la escritura y lectura. Participante del grupo terapéutico de Parkinson en AMIF, desde el mes de mayo de 2024. Medicación para su tratamiento farmacológico de Parkinson de Requip (Agonista de la dopamina) y Madopar (levodopa y carbidopa). Tras su interés en formar parte del “Taller de Parkinson” se llevan a cabo dos entrevistas tanto individuales como familiares, siendo su hija el familiar de contacto. La dificultad para desarrollar diferentes actividades del día a día, el reciente diagnóstico de Alzheimer en su mujer y el no poder desarrollar su pasión por la escritura debido al temblor están generando en él un gran malestar y empeoramiento en su calidad de vida. Necesidad de conocer a personas que estén pasando por su misma situación y sentirse totalmente comprendido.</p>

Nota. P1, participante 1; RMN, Resonancia Magnética.

Figura 1

Análisis funcional del participante 1



Nota. P1, participante 1.

Tabla 2

Perfil sociodemográfico y clínico del participante 2

Participante 2 (P2)
Diagnóstico: ENFERMEDAD DE PARKINSON
Diagnosticado de EP tras la revisión de su <i>historia clínica, exploración neurológica y evaluación tanto neuropsicológica como conductual</i> . Para descartar otras posibles patologías y observar las actividades de las áreas cerebrales relacionadas con el movimiento se realizó una <i>RMN ENCEFÁLICA</i> , un <i>SPECT CEREBRAL</i> , una <i>DATSCAN CEREBRAL</i> y un <i>PET CEREBRAL</i> con <i>FLUORDESOXIGLUCOSAL</i> .
Edad y sexo: Varón, 66 años.
Antecedentes: Transportista en una empresa de cartonajes. Tras sufrir un TCE al caer del camión sufre Parkinson. Desde entonces tiene una incapacidad laboral y discapacidad, por la que desde ese momento no ha vuelto a trabajar. Padre de una hija y un hijo, y nieto de una niña, hija de su hija. Desde muy joven ha formado parte de la Banda Municipal de Música de la ciudad,

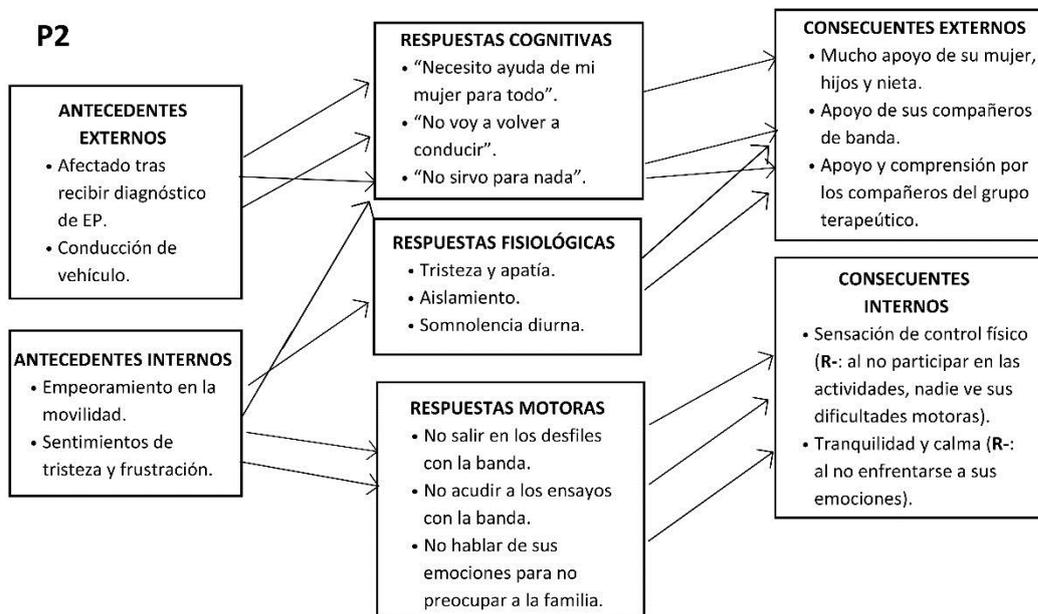
actividad que le llenaba de felicidad y satisfacción. Debido al accidente, se vio obligado a abandonarla, causando en él un gran vacío.

Participante del grupo terapéutico de Parkinson en AMIF, desde el mes de mayo de 2019. Medicación para su tratamiento farmacológico de Parkinson de Madopar (levodopa y carbidopa) para el tratamiento de Parkinson. Toma Vortioxetina, medicación para la depresión. Debido a su participación en otras actividades de la asociación mostró interés en el grupo terapéutico desde su inicio. Necesidad de conocer a personas que estuvieran pasando por su misma situación y sentirse así totalmente comprendido.

Nota. P2, participante 2; PET: Tomografía por Emisión de Positrones; RMN, Resonancia Magnética; SPECT, Tomografía por Emisión de Fotón Único; TCE, Traumatismo Craneoencefálico.

Figura 2

Análisis funcional del participante 2



Nota. P2, participante 2.

Tabla 3

Perfil sociodemográfico y clínico del participante 3

Participante 3 (P3)
Diagnóstico: ENFERMEDAD DE PARKINSON
Diagnosticado de EP tras la revisión de su <i>historia clínica y exploración neurológica</i> . Para descartar otras posibles patologías y observar las actividades de las áreas cerebrales relacionadas con el movimiento se realizó una <i>RMN ENCEFÁLICA</i> y un <i>SPECT</i> . Edad y sexo: Varón, 59 años. Antecedentes: Albañil de profesión. Debido a su sintomatología tuvo que dejar de trabajar, recibió una incapacidad laboral y posterior discapacidad. Padre de un hijo y una hija. Vive en el domicilio familiar junto a su mujer, su principal apoyo. Participante del grupo terapéutico de Parkinson en AMIF, desde el mes de marzo de 2022. Medicación para su tratamiento farmacológico de Parkinson de Xadago (aumenta el nivel de dopamina en el cerebro) y Sinemet Plus (levodopa y carbidopa). Muestra interés en el grupo de Parkinson por la necesidad de recibir información de la enfermedad que padece. Necesidad de conocer a personas que estén pasando por su misma situación y sentirse totalmente comprendido.

Nota. P3, participante 3; RMN, Resonancia Magnética; SPECT, Tomografía por Emisión de Fotón Único.

Figura 3

Análisis funcional del participante 3



Nota. P3, participante 3.

2.4 Protocolo de evaluación

En el Anexo IV se muestran todos los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio.

Evaluación Pre-post intervención

En la evaluación pre-post intervención se ha llevado a cabo la medición del estado de ánimo, manejo de enfermedad y el funcionamiento psicológico positivo (felicidad y bienestar psicológico).

Escala de Depresión Geriátrica (GDS, siglas en inglés) - Test de Yesavage-15 (Yesavage & Sheikh, 1986); versión española de Martínez de la Iglesia et al., 2002): Escala de autoinforme y encargada de medir la sintomatología depresiva. Se compone de 15 ítems, con una escala de respuesta dicotómica; "Si" o "No". La respuesta afirmativa ante los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15 y negativa a los ítems 1, 5, 7, 11, y 14 indica presencia de depresión. Se considera sin síntomas depresivos las puntuaciones obtenidas entre 0-5, depresión moderada entre 6-10 y,

depresión severa en aquellas personas que muestren una puntuación mayor a 10 (Erazo, et al., 2020). Las propiedades psicométricas presentadas avalan su buena utilidad en la práctica clínica (Cop, 2021).

Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (B-IPQ, siglas en inglés) (Weinman et al., 1996): Este cuestionario se compone de 9 ítems, siendo valorados con una escala tipo Likert de 0 a 10 puntos (Ítem 1: 0 = no le afecta absolutamente nada – 10 = afecta gravemente a mi vida; ítem 2: 0 = muy poco tiempo – 10 = para siempre; ítem 3: 0 = absolutamente ninguno – 10 = control total; ítem 4: 0 = absolutamente nada – 10 = ayuda muchísimo; ítem 5: 0 = absolutamente ningún síntoma – 10 = muchos síntomas graves; ítem 6: 0 = absolutamente nada de preocupado – 10 = extremadamente preocupado; ítem 7: 0 = no la entiendo nada – 10 = la entiendo muy claramente; ítem 8: 0 = absolutamente nada de afecto emocionalmente – 10 = extremadamente afectado emocionalmente). La puntuación directa la obtenemos del sumatorio de los ocho primeros ítems, siendo invertidos los ítems 3, 4 y 7. Aquellos ítems con puntuaciones más elevadas muestran una mayor percepción de la enfermedad. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 80, correspondiéndose las más altas con una percepción de la enfermedad más negativa (Kuiper et al., 2022). Muestra una buena fiabilidad test retest y validez concurrente, predictiva y discriminante (Broadbent, 2006).

Índice de Felicidad de Pemberton (PHI, siglas en inglés) (Pemberton 2010): Instrumento que se compone de 11 ítems con una escala tipo Likert de 11 puntos (0 = Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo). Se evalúa bienestar general (ítems 1 y 2), bienestar eudaimónico (ítems 3-8), bienestar hedónico (ítems 9 y 10); y por último bienestar social (ítem 11). La puntuación total oscilará entre 0 y 110, correspondiendo a un mayor nivel de bienestar cuanto mayor sea la puntuación obtenida. Esta escala presenta buenos niveles de fiabilidad por consistencia interna (Gómez & Muñiz, 2021).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, (Ryff, 1965): Instrumento que evalúa 6 dimensiones: grado de autonomía personal, dominio del entorno, crecimiento personal, relaciones positivas con otros, propósito de vida y de auto-aceptación. Sus respuestas se recogen a través de una escala tipo Likert que va de 0 a 100 (0 = menor grado y 100 = mayor grado de la correspondiente dimensión) (Arce et al., 2023). Presenta adecuadas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y bienestar (Jurado et al., 2017).

Evaluación entre sesiones

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Sandín et al., 1999; Clark & Tellegen, 1988): Se compone de 20 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = Nada o casi nada; 2 = Un poco; 3 = Bastante; 4 = Mucho; 5 = Muchísimo), que evalúan el afecto positivo (10 ítems) y afecto negativo (10 ítems). Cada una de las subescalas puede obtener una puntuación máxima de 50 puntos. Una puntuación alta en afecto positivo indica presencia de entusiasmo, poder de decisión y actividad. En el caso de obtener una puntuación alta en afecto negativo, la persona expresará irritabilidad, culpabilidad, miedo, y vergüenza. Presenta excelentes propiedades psicométricas tanto en población general como en determinadas muestras clínicas (Díaz et al., 2020).

Evaluación Post-Sesión 3

Test Breve de Fortalezas (Seligman & Peterson, 1998): Test de gran utilidad para reconocer y valorar las fortalezas y virtudes de una persona, siendo importantes para su bienestar y satisfacción personal. Se compone de 24 ítems con escala de respuesta Likert de 6 puntos (no aplicable; nunca/ rara vez; de vez en cuando; la mitad de las veces; usualmente y siempre). Por su carácter cualitativo se considera un instrumento característico para el autoconocimiento y crecimiento personal (Seligman & Peterson, 1998). Presenta buenas propiedades psicométricas, una fiabilidad admisible y una prometedora validez, manteniendo una consistencia interna satisfactoria en todas sus subescalas (Azañedo et al., 2014).

Evaluación post-intervención

Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (CSQ, siglas en inglés) (Deville & Borkovec, 2000): Cuestionario basado en la medición del nivel de satisfacción de la persona con la intervención recibida. Se compone de 8 ítems con respuesta de escala Likert de 4 puntos. La escala presenta una consistencia interna alta dentro de cada factor y una buena fiabilidad test-retest (Deville & Borkovec, 2000).

Cuestionario *ad hoc* para evaluar la opinión con la intervención, y que se compone de 8 ítems de respuesta abierta los cuáles evalúan: 1: Calidad de las sesiones impartidas; 2: Utilidad de las sesiones grupales; 3: Interés por los temas tratados; 4: Frecuencia de uso de las técnicas aplicadas; 5: Percepción de cambio; 6: Manejo de enfermedad; 7: Mejora bienestar post intervención; y 8: Interés por la continuidad del programa.

2.5 Protocolo de intervención

El protocolo de intervención se basa en el enfoque de la Psicología Positiva (Seligman, 1999). Las sesiones desarrolladas en la intervención incluyen los siguientes componentes psicoterapéuticos:

La *Psicoeducación*, enfoque desde el que la persona integra los aspectos psicológicos y emocionales aprendidos, para que su comprensión y fomento del afrontamiento aumenten, al igual que la mejora de la adherencia al tratamiento (Navarta et al., 2019); *Manejo de enfermedad*, se conforma de una serie de herramientas con las que la persona puede lograr una mejora en su calidad de vida (Borja, et al., 2023); *Inteligencia Emocional*, con ella la persona es capaz de comprender y gestionar, percibir e interpretar sus emociones y las de los demás de manera adecuada (Chica & Parada, 2021); *Mindfulness*, estar en el momento presente, aquí y ahora, con atención, aceptación y sin juzgar (Mele et al., 2021); *Autocompasión*, requiere que la persona sea capaz de hablarse con amabilidad y comprensión en aquellos momentos de sufrimiento y malestar (Pinto et al., 2023); *Psicología Positiva* (bienestar hedonista y eudaimónico, fortalezas personales y apoyo social), centrada en estudiar los elementos positivos de la vida de cada persona, como el bienestar, las fortalezas personales, la felicidad y apoyo social (Campo, 2020); *Redes de apoyo*, esenciales para el afrontamiento ante aquellos retos a los que lleva la enfermedad, posibilitando el bienestar integral de la persona afectada como de su entorno (Chica & Parada, 2021); y *Prevención de Recaídas*, imprescindible para una intervención integral, se encarga de fortalecer la resiliencia y la capacidad de la persona para sobrellevar futuros retos a los que le exponga la enfermedad (Peñalver, 2022).

2.5.1 Dispositivo y formato de la sesión

El desarrollo de las sesiones de la intervención se realizó de forma presencial y grupal en AMIF. El protocolo fue estructurado en siete sesiones, de 90 minutos de duración las seis primeras y de 60 minutos la última de ellas. Previo a estas sesiones grupales cada participante del estudio mantuvo una entrevista individual donde se le informó del objetivo y funcionamiento del estudio.

Las sesiones han sido estructuradas con un formato coherente a lo largo de todas ellas. En la fase inicial de cada una se ha indagado sobre el transcurso de la semana para poder así evaluar si cada uno de los usuarios implicados en la intervención habían logrado comprender y con ello integrar todo lo abordado en la sesión anterior y también poder esclarecer cualquier duda o inquietud. Posteriormente, se ha procedido a presentar el contenido que correspondía a la sesión a recibir en dicho momento. Al concluir cada sesión, se ha fomentado la continuidad

en el protocolo y de esta manera se ha reforzado el compromiso de cada uno de los participantes con las tareas de casa asignadas.

2.5.2 Sesiones

Los diferentes objetivos, contenidos y técnicas y ejercicios implementados de cada sesión del protocolo de intervención grupal desarrollado se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4

Sesiones de intervención con los afectados de Parkinson

SESIÓN 1: Conociendo al Parkinson (90 minutos)		
Componente psicoterapéutico	Objetivos	Contenidos y estructura de la sesión
Psicoeducación Manejo de enfermedad	Aportar la información necesaria para comprender la enfermedad y así manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomatología EP: síntomas motores y no motores. 2. Terapias rehabilitadoras. 3. Parkinson y Parkinsonismos. 4. El duelo en el Parkinson. 5. Afrontamiento del diagnóstico. 6. Red de apoyo. 7. Introducir la lógica del tratamiento a recibir.

Nota. EP, Enfermedad de Parkinson

Tabla 4 (continuación)

SESIÓN 2: Fomentando el bienestar emocional y resiliencia: Una mirada positiva al Parkinson (90 minutos)			
Componente psicoterapéutico	Objetivos	Contenidos y estructura de la sesión	Técnica empleada - Ejercicios
<p>Inteligencia emocional</p> <p>Psicología positiva (bienestar hedonista y eudaimónico)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar a incrementar la conciencia emocional. Reconocimiento, aceptación y manejo de emociones. 2. Ayudar a fomentar la resiliencia y capacidad de adaptación a los desafíos que conlleva la enfermedad. 3. Ayudar a que la persona afectada de Parkinson encuentre sentido y propósito en su vida a pesar de la enfermedad. 4. Ayudar a inducir, mantener e incrementar las emociones positivas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conciencia emocional. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Fomento de la conciencia emocional: capacitarles para que puedan identificar y reconocer sus propias emociones. 1.2. Conocimiento de habilidades de regulación emocional. 2. Resiliencia. 3. Sentido de la vida. 4. Saboreo, optimismo y gratitud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reminiscencia positiva y musicoterapia: Identificación de emociones a través de la música. Mientras suena una melodía, recordar el momento más feliz de nuestra vida, situarse allí y tras ello escribir las emociones asociadas a ese momento vivido. • Saboreo de actividades positivas: Enumerar diez actividades cotidianas que nos hacen sentir bien. • Hay luz en medio de la adversidad: Escribir aquellas cinco cosas por las que se siente agradecido a pesar de su enfermedad y cómo le ayudan a encontrar sentido a la vida en su situación actual. Trabajando con ello la resiliencia, sentido de vida, optimismo y gratitud.
Tareas para casa			
<p>Cumplimentar la Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS.</p> <p>Ejercicio de las tres cosas buenas: durante una semana deberán anotar de manera diaria tres cosas positivas que les hayan sucedido.</p>			

Tabla 4 (continuación)

SESIÓN 3: Soy consciente del momento presente (90 minutos)			
Componente psicoterapéutico	Objetivos	Contenidos y estructura de la sesión	Técnica empleada - Ejercicios
Mindfulness	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar a mejorar la concentración y atención plena para ser capaces de vivir el momento presente mediante el conocimiento de la conciencia plena y con ello fomentar la aceptación de la enfermedad. 2. Ayudar a comprender el funcionamiento de los procesos mentales automáticos en la vida diaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modo hacer y modo ser. 2. Identificar los mecanismos subyacentes detrás de la mente errante y el piloto automático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de la uva pasa. • Meditación sentada centrados en la respiración. • Práctica del escáner corporal.
Tareas para casa			
<p>Cumplimentar la Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS. Complimentar el Test Breve de Fortalezas. Registro semanal de práctica en meditación centrada en la respiración y escáner corporal.</p>			

Tabla 4 (continuación)

SESIÓN 4: Se quién soy: me conozco, me quiero y me valoro (90 minutos)			
Componente psicoterapéutico	Objetivos	Contenidos y estructura de la sesión	Técnica empleada - Ejercicios
Autocompasión Psicología positiva (fortalezas personales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la autocompasión. 2. Ayudar en el aprendizaje del reconocimiento de fortalezas individuales y a cómo usarlas en el día a día. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto de autocompasión. 2. Conocimiento de las 24 fortalezas personales de Seligman. 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de la gratitud de los 10 dedos: Traer a la mente 10 cosas por las que nos sentimos agradecidos, las contamos con los dedos abriéndonos a ellas, saboreando las sensaciones de gratitud que conlleva el ejercicio. • Actividad fortalezas personales: Indicar tres fortalezas que la persona crea tener. Tras ello, indicar las que se considere que tenga el compañero de la derecha. De esta manera se dará fin a la sesión con un gran número de ellas.
Tareas para casa			
Cumplimentar la Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS. Registrar durante una semana de manera diaria las fortalezas que hayan observado en ellos mismos.			
SESIÓN 5: Fortaleciendo nuestras conexiones (90 minutos)			
Componente psicoterapéutico	Objetivos	Contenidos y estructura de la sesión	Técnica empleada - Ejercicios
Psicología positiva (apoyo social)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la conexión, intercambiar experiencias y apoyo emocional entre los componentes del grupo, creando así un espacio seguro y de confianza para compartir experiencias y emociones. 2. Mejorar la integración social de los participantes y reducir la sensación de aislamiento y soledad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intercambio de experiencias con la enfermedad de Parkinson y desafíos enfrentados a diario, creando así un clima de apoyo y comprensión mutua. 2. Proporción de un espacio seguro y acogedor donde poder fomentar la comunicación e interacción entre los participantes, promoviendo así la empatía y solidaridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Narración de cada uno de los integrantes sobre cómo vive su día a día con la enfermedad. • Formación de una pregunta referente a la enfermedad de Parkinson por parte de cada uno de los integrantes hacia el grupo, de esta manera muchas cuestiones comunes serán resueltas.
Tareas para casa			
Cumplimentar la Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS.			

Tabla 4 (continuación)

SESIÓN 6: Unidos por el Parkinson: Compartiendo experiencias y fortaleciendo lazos familiares (90 minutos)			
Componente psicoterapéutico	Objetivos	Contenidos y estructura de la sesión	Técnica empleada - Ejercicios
Psicoeducación Psicología positiva Redes de apoyo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un espacio de apoyo emocional donde los participantes puedan compartir experiencias y preocupaciones con sus seres queridos, fomentando así una red de apoyo seguro. 2. Conocer recursos y servicios de apoyo para afectados y familiares cuidadores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la comunicación asertiva entre participante y persona de apoyo, figura de apego. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Dar valor al cuidado de la salud mental tanto en el afectado como en la persona de apoyo. 2. Informar sobre los recursos y servicios de los cuales podrían ser beneficiarios, tanto afectados como familiares cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo grupal: crear un espacio donde cada persona pueda expresar su experiencia, ya sea cuidador o persona afectada de Parkinson. Pudiendo nutrirse unos de otros, mejorando con ello su funcionamiento psicológico positivo.
Tareas para casa			
Cumplimentar la Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS. Carta a mi YO CUIDADO y a mi CUIDADOR-PERSONA DE APOYO.			
SESIÓN 7: Fortaleciendo la visión positiva hacia el Parkinson: prevención de recaídas (60 minutos)			
Componente psicoterapéutico	Objetivos	Contenidos y estructura de la sesión	
Psicoeducación Psicología Positiva Prevención de recaídas	Recordar todas las estrategias de manejo de enfermedad y psicología positiva aprendidas en las sesiones para afrontar de manera efectiva los desafíos y dificultades que puedan ir surgiendo con el avance de la enfermedad de Parkinson.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar sobre los factores de riesgo de recaída en personas con enfermedad de Parkinson. 2. Concienciar de los pensamientos y emociones que pueden llevar a una recaída. 3. Motivar hacia la comunicación con sus figuras de apoyo. 4. Recordar la importancia de seguir realizando aquellos ejercicios realizados durante las sesiones de la intervención. 	
Evaluación post:			
Cumplimentar la Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS; el Credibility and Expectancy Questionnaire (CEQ) (Deville and Borkovec, 2000); y el cuestionario <i>Adhoc</i> sobre satisfacción con la intervención.			

2.6 Análisis de datos

Han sido expuestos los datos relativos a las puntuaciones directas obtenidas en las evaluaciones realizadas antes, durante y después de la intervención. Además, se ha llevado a cabo un análisis de las puntuaciones directas extraídas entre sesiones y a las preguntas del Cuestionario Ad Hoc.

En la Tabla 5 se muestran las puntuaciones directas obtenidas por los tres participantes en las evaluaciones PRE-POST de cada una de las escalas (GDS, B-IPQ, PHI y Escala de Bienestar de Ryff). Mediante gráficos, se muestran las puntuaciones directas en la escala PANAS para observar la evolución del afecto positivo y negativo en los tres participantes a lo largo de las diferentes sesiones del estudio (Figuras 4, 5, y 6). En la Tabla 6, se muestra las fortalezas más y menos dominantes para cada uno de los participantes. Por último, en las Figura 7 y 8 se muestra las puntuaciones directas obtenidas en el instrumento CEQ para informar sobre el nivel de satisfacción de los participantes con el protocolo de intervención grupal. También se adjunta al anexo IV los resultados obtenidos en el Cuestionario *ad hoc*, donde cada uno de los participantes desarrolla cuál es su impresión tras la finalización del estudio.

3. Resultados

3.1 Diferencias pre-post intervención en depresión, manejo de enfermedad, felicidad y bienestar

En la Tabla 5 se muestran las puntuaciones directas (GDS, B-IPQ, PHI, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff) pre-post intervención de los tres participantes.

Tabla 5

Puntuaciones directas de la evaluación pre y post intervención de los instrumentos GDS, B-IPQ, PHI y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

MEDIDAS	P1		P2		P3	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Depresión. GDS	10	9	13	5	9	6
Manejo de enfermedad. B-IPQ	61	65	42	48	53	57
Felicidad. PHI	87	53	80	75	76	69
Bienestar. Escala de bienestar psicológico Ryff						
Autonomía personal	70	70	50	70	80	80
Dominio del entorno	60	10	50	60	60	70
Crecimiento personal	70	20	80	80	60	40
Relaciones positivas	70	20	80	90	90	70
Propósito en la vida	80	30	90	90	60	70
Autoaceptación	80	20	80	80	90	70

Nota. B-IPQ, Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (B-IPQ, siglas en inglés); GDS, Escala de Depresión Geriátrica (GDS, siglas en inglés); P, participante; PHI, Índice de Felicidad de Pemberton (PHI, siglas en inglés).

En términos de depresión (GDS), la puntuación de P1 pasó de 10 a 9 puntos, manteniéndose en un nivel moderado de depresión. Con respecto al manejo de enfermedad (B-IPQ), la puntuación aumentó de 61 a 65 puntos. En el PHI, la felicidad del P1 disminuyó de 87 a 53 puntos. Finalmente, en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se observaron descensos en cinco de las seis subescalas, con cambios notables en "Dominio del entorno", "Crecimiento personal", "Relaciones positivas", "Propósito en la vida" y "Autoaceptación", mientras que "Autonomía personal" se mantuvo estable en 70.

Las puntuaciones del P2 en depresión (GDS) pasaron de una puntuación de 13 (depresión severa) a 5 (sin síntomas depresivos). En el manejo de la enfermedad (B-IPQ), hubo un leve aumento de las puntuaciones, de 42 a 48 puntos. En cuanto a la felicidad (PHI), se observó una disminución de las puntuaciones, de 80 a 75 puntos. Finalmente, en términos de bienestar psicológico (Escala de Bienestar de Ryff) no hubo cambios en las puntuaciones en tres subescalas ("Crecimiento personal", "Propósito en la vida" y "Autoaceptación"), pero sí hubo incrementos en otras tres ("Autonomía personal", "Dominio del entorno" y "Relaciones positivas").

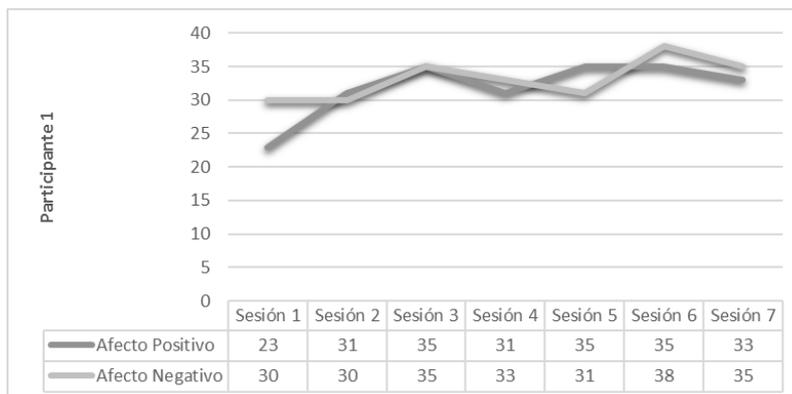
El P3 comienza la intervención con una puntuación de 9 en depresión (GDS) pasando a 6, manteniendo un nivel moderado, pero al límite de la ausencia de sintomatología depresiva. Si nos referimos al manejo de la enfermedad (B-IPQ), se observa un aumento de 53 a 57 puntos. La puntuación en felicidad (PHI) disminuye de 76 a 69 puntos. Sin embargo, se registraron descensos en las puntuaciones de las subescalas de “Crecimiento personal”, “Relaciones positivas” y “Autoaceptación”. También, se observó un aumento en las puntuaciones de las subescalas de “Dominio del entorno” y “Propósito en la vida”.

3.2 Evolución del afecto positivo y negativo entre sesiones

En las Figuras 4, 5, y 6 se muestran las puntuaciones directas del PANAS entre sesiones de cada participante.

Figura 4

Evolución del afecto positivo y negativo del P1 durante la intervención

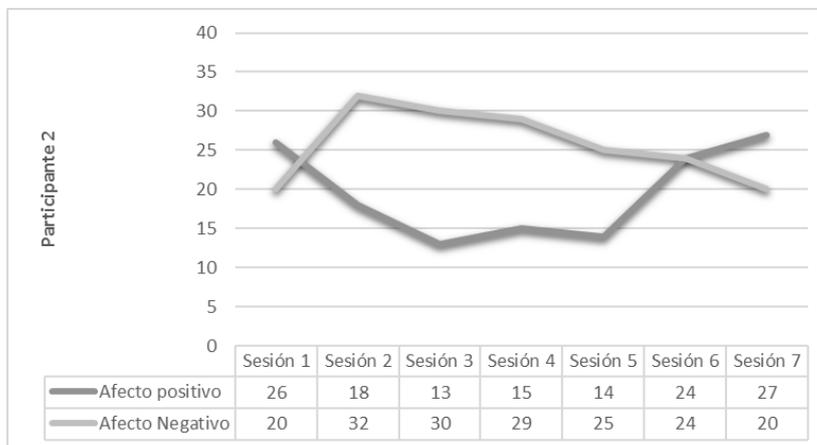


Nota. PANAS, Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS); P, participante.

El P1 mostró un aumento constante en el afecto positivo en la Escala PANAS, comenzando con 23 en la primera sesión y alcanzando 35 en las sesiones tercera, quinta y sexta, con un leve descenso a 33 al final de la intervención. En cuanto al afecto negativo, comenzó en 30 y tuvo variaciones, alcanzando un máximo de 38 en la sexta sesión, antes de finalizar con una puntuación de 35.

Figura 5

Evolución del afecto positivo y negativo del P2 durante la intervención

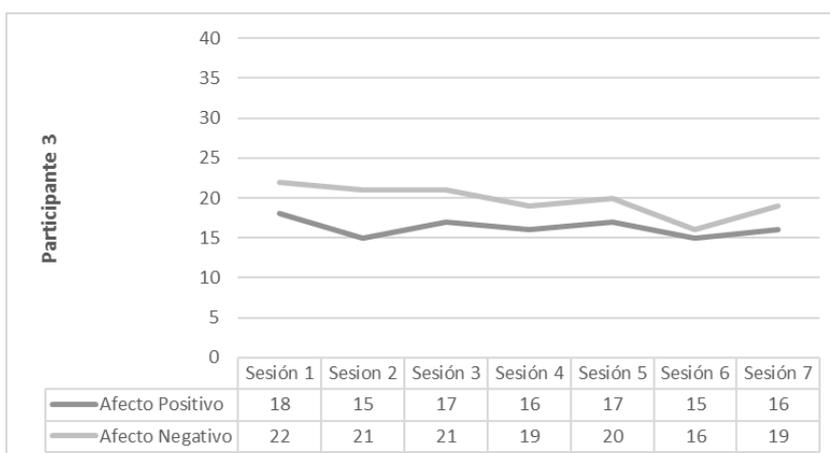


Nota. PANAS, Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS); P, participante.

Durante la intervención, el P2 mostró un descenso inicial seguido de un aumento en el afecto positivo, comenzando con 26 puntos, bajando a 13 en la tercera sesión y alcanzando 27 en la última sesión. En cuanto al afecto negativo, hubo un aumento inicial seguido de un descenso gradual, comenzando con 20 puntos, alcanzando un máximo de 32 en la segunda sesión y regresando a 20 en la última sesión.

Figura 6

Evolución del afecto positivo y negativo del P3 durante la intervención



Nota. PANAS, Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS); P, participante.

El P3 ha mostrado estabilidad en el afecto positivo en la Escala PANAS, con variaciones entre 15 y 18 durante las diferentes sesiones. En cuanto al afecto negativo, se observa una tendencia a la baja, comenzando con 22 puntos y descendiendo hasta 16 en la sexta sesión y mostrando un leve ascenso a 19 en la última de las sesiones.

3.3 Resultados evaluación Post-Sesión 3 en relación con las fortalezas personales

En la Tabla 6 se muestran aquellas cinco fortalezas más y menos dominantes por cada participante del estudio, obtenidas tras la administración del Test Breve de Fortalezas (Seligman & Peterson, 1998).

Tabla 6

Fortalezas dominantes y no dominantes por cada participante

P1		P2		P3	
Dominantes	No dominante	Dominantes	No dominante	Dominantes	No dominante
Amor	Sabiduría	Humildad	Valentía	Sabiduría	Creatividad
Justicia	Perdón	Sabiduría	HH. SS	Amabilidad	Valentía
Liderazgo	Curiosidad	Amor	Liderazgo	Liderazgo	HH. SS
Humildad	Humor	Gratitud	Perdón	Perfección	Perdón
Gratitud	Espiritualidad	Espiritualidad	Perfección	Optimismo	Espiritualidad

Nota. HH. SS, Habilidades Sociales; P, participante.

Observando las fortalezas dominantes y no dominantes por cada participante cabe mencionar aquellas más repetidas por los diferentes participantes. En el lugar de las fortalezas dominantes, encontramos que el “amor”, la “humildad” y la “gratitud” aparece en P1 y P2, el “liderazgo” en P1 y P3, mientras que para el P2 esta fortaleza no es dominante.

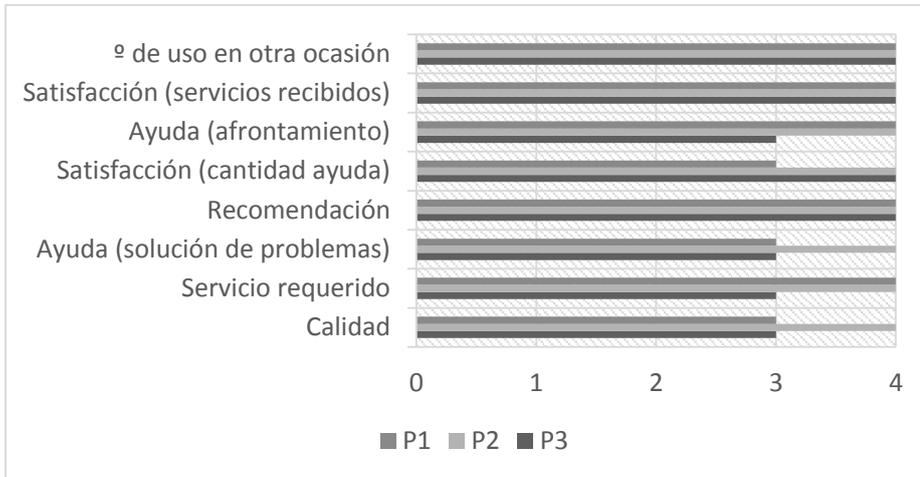
En el caso de las fortalezas no dominantes, el “perdón” aparece en los tres participantes. P2 y P3 comparten tres fortalezas no dominantes, concretamente el “perdón”, la “valentía” y las “habilidades sociales”. Para finalizar observamos que la “espiritualidad” también se caracteriza como una fortaleza no dominante en P1 y el P3, mientras que para el P2 sería una fortaleza dominante.

3.4 Resultados de satisfacción con la intervención

En las Figuras 7 y 8 se muestra la satisfacción con respecto a la intervención (CSQ) de los participantes.

Figura 7

Grado de satisfacción de cada participante teniendo en cuenta cada ítem de la escala CSQ

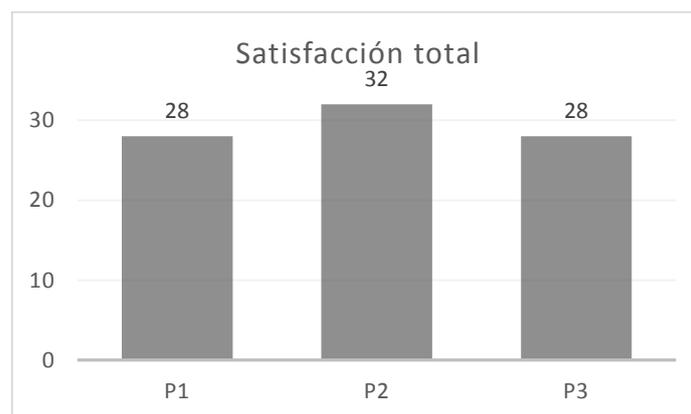


Nota. CSQ, Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento; P, participante.

P1 y P3 consideraron la calidad del servicio como buena, mientras que P2 la calificó como excelente. Todos los participantes creen que el servicio les ayudó a resolver sus problemas y recomendarían el programa a otros. P2 y P3 están muy satisfechos con la cantidad de ayuda recibida, y P1 está moderadamente satisfecho. En general, P1 está moderadamente satisfecho con el servicio, mientras que P2 y P3 están muy satisfechos. Todos indicaron que volverían al programa si fuera necesario.

Figura 8

Grado de satisfacción total de cada participante con el tratamiento recibido



Nota. P, participante.

Todos los participantes mostraron puntuaciones altas en satisfacción con el tratamiento según el CSQ. P1 y P3 obtuvieron 28 puntos, y P2 obtuvo 32 puntos, la máxima puntuación posible.

3.5 Opinión de la intervención

Ver anexo IV.

Los participantes consideran de calidad las sesiones recibidas a lo largo de la intervención, remarcando la ayuda total recibida, el trabajo de la parte positiva y el llegar a sentirse mejor y más alegres. Valoran de manera positiva el carácter grupal de las sesiones, pues les proporciona un espacio seguro donde poder expresarse, compartir emociones y sentirse comprendidos. Consideran haber adquirido nuevos conocimientos y mayor confianza en el manejo de la enfermedad, incorporando a su día a día, técnicas como la relajación y la empatía, mejorando así las relaciones sociales. Tras cada una de las sesiones, se han sentido más empoderados, seguros y relajados al sentirse escuchados. En general, se sienten más capaces de manejar la EP. Además, todos muestran deseo de seguir participando en estas sesiones grupales, valorando el aporte positivo en su día a día gracias al apoyo y comprensión de sus compañeros.

4. Discusión

El objetivo de este estudio ha sido el investigar la viabilidad y eficacia preliminar de un protocolo de intervención grupal, basado en Psicología Positiva para la mejora del funcionamiento psicológico positivo en personas afectadas de Parkinson (N=3).

Uno de los propósitos esenciales que se persigue con esta intervención tiene que ver con la mejora del bienestar de las personas afectadas por la EP, queriendo incidir en la mejora de su sintomatología no motora (funcionamiento psicológico y manejo de enfermedad), la cual llega a generar un alto malestar en su vida diaria (Santos et al., 2024). Desde la Psicología Positiva y terapias del bienestar se ha intentado favorecer y fortalecer el funcionamiento psicológico positivo de las personas afectadas de Parkinson (Ricciardi et al., 2023).

Uno de los trastornos no motores con mayor prevalencia en la EP es la depresión (Balasubramanian et al., 2024). Tras el análisis de los resultados, en términos de depresión, se observa una mejoría tras la implementación del protocolo de intervención en todos los participantes del estudio (Kraiss et al., 2022). En el caso del P2, llegó a pasar de una puntuación de depresión severa a una en la que no se detectaron síntomas depresivos. También, hubo una disminución de las puntuaciones en P1 (un punto) y P3 (tres puntos), aunque ambos participantes continuaron presentando un nivel moderado de sintomatología depresiva (Curcho & Dodera, 2017; Peñalver, 2022).

Para un manejo adecuado de la conducta ante la enfermedad, es importante fomentar una actitud realista respecto a la percepción de la misma. Comprender lo que sucede puede ayudar a reducir la incertidumbre causada por la falta de conocimiento sobre la enfermedad (Hurt et al., 2014). En este sentido, los tres participantes mostraron evaluaciones positivas en el autoinforme B-IPQ (*siglas en inglés*) (Weinman et al., 1996) tras recibir la intervención. Los componentes terapéuticos de psicoeducación y apoyo social, mediante la participación grupal, pueden ser factores que influyan en la percepción de los participantes (Chica & Parada, 2021; Santos et al., 2024).

En términos de felicidad, se observa un descenso en las puntuaciones tras la intervención en todos los participantes. Este hallazgo contradice la hipótesis inicial planteada. Este resultado sugiere que el constante enfrentamiento a los desafíos del curso de la enfermedad puede estar generando altibajos emocionales en los participantes y repercutir en la variable de felicidad (López et al., 2023).

A nivel de bienestar psicológico, se observa diversidad en los cambios de las puntuaciones de los tres participantes (Pinto et al., 2023). En el caso de P3, las puntuaciones fueron variables, con aumentos y descensos en las diferentes subescalas. Por otro lado, P1 mostró un descenso en la mayoría de las subescalas, mientras que P2 presentó un aumento general en su bienestar. Estos resultados sugieren que es importante considerar la naturaleza fluctuante del bienestar psicológico en pacientes con Parkinson y adaptar las intervenciones en consecuencia (Kraiss et al., 2022; Pinto et al., 2023).

Con respecto al afecto positivo, se observa mejoría en las puntuaciones de los tres participantes, mientras que en afecto negativo, se muestran variaciones. P1 mostró un aumento constante en el afecto positivo, indicando una respuesta favorable a la intervención, aunque experimentó altibajos en el afecto negativo. P2 tuvo una disminución inicial en el afecto positivo, que luego aumentó al finalizar la intervención, con fluctuaciones en el afecto negativo. Por último, P3 mantuvo estabilidad en el afecto positivo y una tendencia a la baja en el afecto negativo. Aunque las intervenciones de Psicología Positiva ayuden a mejorar el afecto positivo, los pacientes aún enfrentan los desafíos diarios de la enfermedad, lo que puede generar fluctuaciones en el afecto negativo (López-Linares et al., 2023).

Trabajar en una variedad de fortalezas permite a las personas con EP desarrollar un conjunto más completo de herramientas para manejar su enfermedad, mejorando así su bienestar emocional y psicológico (Campo, 2020). El “amor”, la “gratitud” y la “humildad” son fortalezas dominantes en P1 y P2, y el “liderazgo” en P1 y P3. Como fortaleza no dominante se

muestra el “perdón” en los tres participantes. Este último resultado sugiere que, aunque el perdón es una fortaleza valiosa, puede ser más difícil de desarrollar en personas que enfrentan los desafíos constantes de una enfermedad crónica como el Parkinson.

Con respecto a la satisfacción con la intervención, los participantes valoran positivamente la intervención en términos de calidad, servicio prestado, ayuda, recomendación y uso en futuras ocasiones (Deville & Borbovec, 2000). Este hallazgo sugiere que el formato grupal y los enfoques basados en el bienestar pueden ser una solución viable en el abordaje psicológico de pacientes con EP (Rafie et al., 2023).

Haciendo referencia a la opinión de los participantes con la intervención, se observa una percepción positiva en su bienestar emocional y con ello, un mejor manejo de la enfermedad. Expresan la calidad percibida en las sesiones, la existencia de un espacio seguro y con ello, la posibilidad de compartir sus experiencias, beneficiando un sentimiento de apoyo, comunidad y comprensión entre todos los participantes (Kraiss et al., 2022). El hecho de integrar en su día a día, técnicas como la relajación y la empatía, les han llevado a sentirse más empoderados y capaces de enfrentar los desafíos a los que se enfrentan en la EP (Peñalver, 2022). El deseo de dar continuidad a la intervención hace ver la importancia del apoyo social recibido. Estas opiniones hacen reflexionar sobre el aporte en el funcionamiento psicológico positivo de las intervenciones grupales, favoreciendo con ellas el apoyo mutuo, la conexión humana y el bienestar emocional (Rafie et al., 2023).

La intervención grupal llevada a cabo con los tres participantes del estudio, les ha dotado de un espacio seguro, de confianza y apoyo, donde poder expresar cómo se sentían en cada momento, que nueva sintomatología estaban percibiendo o a que nuevos desafíos iban a tener la posibilidad de enfrentarse a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Haciendo referencia a las limitaciones de este estudio, es importante tener cautela a la hora de interpretar y generalizar los resultados obtenidos, puesto que se trata de un estudio de serie de casos (N=3). La diferencia de edad y el momento vital de cada participante son variables relevantes a considerar. Concretamente, el P1 ha mostrado más resistencias en su participación.

Ante la visión de líneas futuras de investigación, el uso de una muestra mayor de participantes y la realización de ensayos controlados aleatorizados, podría aportar mayor cantidad de información al estudio en términos de viabilidad y eficacia. La aplicación del presente estudio tiene implicaciones para la práctica clínica, como influir de manera positiva en el bienestar emocional, en la calidad de vida, en la resiliencia, en el mejor manejo de la enfermedad y también fomentar el apoyo social y sentimiento de comprensión. Aquellos

profesionales que intervengan en este tipo de grupos, deben estar formados en ello, siendo capaces de gestionar diversidades entre los participantes del grupo. Es importante mencionar la presencia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), creados en la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015), en este estudio por su alineación con la mejora de la vida de las personas, resaltando aquellos objetivos implicados en la intervención desarrollada como el número 3; “Salud y Bienestar” y el número 10; “Reducción de las Desigualdades”.

4.1 Conclusiones.

Los resultados del presente estudio indican que, la intervención grupal basada en Psicología Positiva muestra potencial y viabilidad para el trabajo en la mejora del funcionamiento psicológico positivo en personas afectadas de Parkinson. Cabe mencionar la utilidad individual de todo lo desarrollado en las sesiones grupales para la mejora de la sintomatología y manejo de la enfermedad en el día a día de cada uno de los participantes, dotándoles de la capacidad de gestionar los posibles desafíos a los que se enfrentan, incluso sin la presencia del resto de compañeros y profesionales. Sería recomendable que futuras investigaciones sobre personas con EP se enfoquen en la terapia grupal basada en Psicología Positiva, para obtener datos con mayor evidencia científica.

5. Referencias

- Akdemir, Ü., Bora, T., & Atay, L. (2021). Dopamine transporter SPECT imaging in Parkinson's disease and parkinsonian disorders. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 30;51(2), 400-410. DOI: 10.3906/sag-2008-253
- Alemán, S.L., Montero, C.X., Díaz, E.X., & Jarro, C.M. (2022). Enfermedad de Parkinson. Diagnóstico y tratamiento. *Revista científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 6 (2), 250-266. DOI: 10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.250-266
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano., J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 30(1), 123-145. ISSN: 2011-7485.
- Angelopoulou, E., Stanitsa, E., Karpodini, C.C., Bougea, A., Kontaxopoulou, D., Fragkiadaki, S., Koros, C., Georgakopoulou, V.E., Fotakopoulos, G., Koutedakis, Y., Piperi, C., & Papageorgiou, G. (2023). Pharmacological and Non-Pharmacological Treatments for Depression in Parkinson's Disease: An Updated Review. *Medicina*, 59(8), 1454. DOI: 10.3390/medicina59081454
- Arce, M.A., Pérez, D.B., M, S.C., Otero, I.M., Guerra, V.M., & Molerio, O. (2023). Validación de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, en adultos mayores cubanos. *Revista Científica Villa Clara*, 27(2). E.ISSN: 1029 3043 / RNPS 1820
- Assogna, F., Pellicano, C., Savini, C., Macchiusi, L., Pellicano, G.R., Alborghetti, M., Caltagirone, C., Spalleta, G., & Pontieri, F.E. (2020). Drug Choices and Advancements for Managing Depression in Parkinson's Disease. *Current Neuropharmacology*, 18(4), 277-287. DOI: 10.2174/157059X176661910460
- Azañedo, C.M., Fernández, E.G., & Barraca, J. (2014). Character strengths in Spain: Validation of the Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) in a Spanish sample. *Clínica y salud*, 25(2), 123-130. DOI: 10.1016/j.clysa.2014.06.002
- Balasubramanian, S., Mehmood, K.T., Al-Baldawi, S., Zúñiga, G., & Zúñiga, D. (2024). Behind the Mask: Parkinson's Disease and Depression. *Cureus*, 16(1), e52663 DOI: 10.7759/cureus.52663

- Barth, M., Möbius, R., Themann, P., Güresir, E., Matzke, C., Winkler, D., & Grunert, R. (2023). Functional improvement of patients with Parkinson syndromes using a rehabilitation training software. *Frontiers in Neurology*, 14, 1210926. DOI: 10.3389/fneur.2023.1210926
- Bhidayasiri, R., Kalia, L.V., & Bloem, B.R. (2023). Tackling Parkinson's disease as a global challenge. *Journal of Parkinson's Disease*, 13(8), 1277-180. DOI: 10.3233/JPD-239005
- Bloem, B.T. & Brundin, P. (2020). Parkinson's Disease: We Care!. *Journal of Parkinson's Disease*, 10 (s1), S1-S3. DOI: 10.3233/JPD-209003
- Borja, A.R., Espín, V.I., Morales, S.G., Simbaña, A., Cortéz, C.R., & Heredia, S.M. (2023). Terapias alternativas en el manejo de pacientes con Enfermedad de Parkinson. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 490. DOI: 10.56294/saludcyt2023490
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., & Winman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6), 631-637. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.PMID:16731240
- Cabreira, V., & Massano, J. (2019). Parkinson's Disease: Clinical Review and Update. *Acta Médica Portuguesa*, 32 (10), 661-670. DOI: 10.20344/amp.11978
- Campo, S. (2020). Desde la felicidad al bienestar: Una mirada desde la psicología positiva. *Revista de Reflexión e Investigación Educativa*, 3(1), 137-148. DOI: 10.22320/reined.v3i1.4507
- Carillo, A., Rubio, M., Molinari, G., Enrique, A., Sánchez, & J., Baños, R.M. (2019). Effects of the Best Possible Self intervention: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 14(9), e0222386. DOI: 10.1371/journal.pone.0222386
- Cattaneo, C., & Jost, W.H. (2023). Pain in Parkinson's Disease: Pathophysiology, Clasificaction and treatment. *Journal of Integrative Neuroscience*, 22(5): 132. DOI: 10.31083/j.jin2205132
- Chang, B., Mei, J., Ni, C., & Niu, C. (2023). Functional Connectivity and Anxiety Improvement After Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation in Parkinson's Disease. *Clinical Interventions In Again*, 18, 1437-1445. DOI: 10.2147/CIA.S422605
- Chaves, K.P., Padilla, D.S., & Vargas, R. (2022). Enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Sinergia*, 7 (2), e758. DOI: 10.31434/rms.v7i2.758

- Chica, R., & Parada, A. (2021). Musicoterapia grupal y bienestar emocional en la enfermedad de Parkinson. *Propuesta de intervención. MiSostenido, Revista de Musicoterapia Unir*, 1(2), 15-21. ISSN: 2660-5503
- Church, F.C. (2021). Treatment Options for Motor and Non-Motor Symptoms of Parkinson's Disease. *Biomolecules*, 11(4), 612. DOI: 10.3390/biom1104612
- Cófreces, P., Ofman, S.D., Estay, J.A. & Hermida, P.D. (2022). Enfermedad de Parkinson: una actualización de los aspectos psicosociales. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 79(2), 181-187. DOI: 10.31053/1853.0605.v79.n2.33610
- Consejo General de la Psicología. (2021). *Evaluación de la escala de depresión geriátrica GDS*. https://www.cop.es/uploads/PDF/2021/GDS_evaluacion_COP.pdf
- Costello, H., Yamamori, Y., Reeves, S., Schrag, A., Howard, R., & Roiser, J. (2023). Longitudinal decline in striatal dopamine transporter binding in Parkinson's disease: associations with apathy and anhedonia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 94(10), 863-870. DOI: 10.1136/jnnp-2022-330790
- Curcho, R., & Dodera, P. (2017). Abordaje psicoterapéutico en grupo para el afrontamiento del diagnóstico de Enfermedad de Parkinson (EP). *Asociación Uruguaya de Parkinson. Universidad de la República de Uruguay*. 1-15.
- Decilly, G.J., & Borbovec, T.D. (2000). *Escala de Satisfacción con el Tratamiento (CEQ)*
- Devilly, G.J., & Borkovec, T.D. (2000). Psychometric properties of the credibility / expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86. DOI: 10.1016/S0005-7916(00)00012-4
- Díaz, A., González, A., Mor, S., Mira, A., Quero, S., García, A., Baños, R.M., & Botella, C. (2020). Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): psychometric properties of the online Spanish version in a clinical sample with emotional disorders. *BMC Psychiatry*, 20(1), 56. DOI: 10.1186/s12888-020-2472-1
- Díaz, M.L., & González, A. (2005). Adaptación y validación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra española. *Psicothema*, 17(4), 594-599.
- Dodet, P., Houot, M., Leu-Semenescu, S., Corvol, J., Lehèricy, S., Magone, G., Vidailhet, M., Roze, E., & Arnulf, I. (2024). Sleep disorders in Parkinson's disease, an early and multiple problem. *Npj Parkinson's Disease*, 10(1), 46. DOI: 10.1038/s41531-024-00642-0

- Ezaro, M., Fors, M., Mullo, S., González, P., & Viada, C. (2020). Internal Consistency of Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15-Item Version) in Ecuadorian Older Adults. *The Journal of Health Care*, 57, 1-6. DOI: 10.1177/0046958020971184
- Federación Española de Parkinson. (2023). *El libro Blanco del Párkinson en España. Una actualización con enfoque de derechos*. <https://esparkinson.es/wp-content/uploads/2023/12/Libro-Blanco-Parkinson-Espana.-Actualizacion-enfoque-derechos-2023.pdf>
- Figueiredo, J.M., Zhu, B., Patel, A.S., Kohn, R., Koo, B.B., & Louis, E.D. (2023). Differential impact of resilience on demoralization and depression in Parkinson's Disease. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1207019. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1207019
- Frank, C., Chlu, R., & Lee, J. (2023). Parkinson disease primer, part 1: diagnosis. *Canadian Family Physician*, 69(1), 20-24. DOI: 10.46747/cfp.690120
- Gómez, D., & Muñoz, J.A. (2021). La medición de la felicidad a través del Test de Asociación Implícita y su relación con la depresión y el bienestar autoinformados. *Terapia Psicológica*, 39(1), 39-61. DOI: 10.4067/S0718-48082021000100039
- Heimrich, K.G., Schöenberg, A., Mendorf, S., Moussaoui, J., & Prell, T. (2024). An examination of anxiety and its influence on health-related quality of life in Parkinson's disease using the geriatric anxiety scale: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 298. DOI: 10.1186/s12877-024-04911-8
- Hervás, G., & López, M. (2011). Adaptación y validación del Índice de Felicidad de Pemberton (PHI) en una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 21(1), 35-45
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). *Índice de Felicidad de Pemberton (PHI)*
- Hurt, C.C., Burn, D.J., Hindle, J.V., Samuel, M., Wilson, K.X, & Brown, R.G. (2014). Thinking positively about chronic illness: An exploration of optimism, illness perceptions and well-being in patients with Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology*, 19(2), 363-379. DOI: 10.1111/bjhp.12043
- Jackson, H., & MacLeod, A.K. (2017). Well-being in Chronic Fatigue Syndrome: Relationship to Symptoms and Psychological Distress. *Clin Psychol Psychother*, 24(4), 859-869. DOI: 10.1002/cpp.2051.Epub
- Jia, M., Yang, S., Li, S., Chen, S., Wu, L., Li, J., Wang, H., Wang, C., Liu, Q., & Wu, K. (2024). Early identification of Parkinson's disease with anxiety based on combined clinical and MRI

- features. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 16, 1414855. DOI: 10.3389/fnagi.2024.1414855
- Jurado, P.J., Benitez, Z.P., Mondaca, F., Rodríguez, J.M., & Blanco, J.R. (2017). Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff en universitarios mexicanos. *Acta Universitaria*, 27(5), 76-82. DOI: 10.15174/au.2017.1648
- Kouli, A., Torsney, K.M., & Kuan, W. (2018). Parkinson's Disease: Etiology, Neuropathology, and Pathogenesis. *Codon Publications*, 3-26. DOI: 10.15586/codonpublications.parkinsondisease.2018.ch1
- Kraiss, J., Redelinghuys, K., & Weiss, L.A. (2022). The effects of psychological interventions on well-being measured with the Mental Health Continuum: a meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 23(7), 3655-3689. DOI: 10.1007/s10902-022-00545-y
- Kuiper, H., Leeuwen, C.M.C., Stolwijk-Swüste, J.M., & Post M.W.N. (2022). Reliability and validity of the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) in individuals with a recently acquired spinal cord injury. *Clinical Rehabilitation*, 36(4), 550-557. DOI: 10.1177/02692155211061813
- Lee, S., Song, E., Zhu, M., Appel-Creese, S., & McKeown, M.J. (2024). Apathy scores in Parkinson's disease relate to EEG components in an incentivized motor task. *Brain Communications*, 6(1), fcae025. DOI: 10.1093/braincomms/fcae025
- Lian, T., Zhang, W., Li, D., Guo, P., He, M., Zhang, Y., Li, J., Guan, H., Zhang, W., Luo, E., Zhang, W., Wang, X., & Zhang, W. (2024). Parkinson's disease with anxiety: clinical characteristics and their correlation with oxidative stress, inflammation, and pathological proteins. *BMC Geriatrics*. 24(1), 433. DOI: 10.1186/s12877-024-04854-0
- Lim, W.L., & Tierney, S. (2023). The Effectiveness of Positive Psychology Interventions for Promoting Well-being of Adults Experiencing Depression Compared to Other Active Psychological Treatments: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 24(1), 249-273. DOI: 10.1007/s10902-022-00598-z
- López, S., García, A., & Sánchez, N. (2023). Intervenciones en Psicología Positiva para la disminución de la depresión y el fomento del bienestar en personas mayores de 60 años: Una revisión sistemática de la última década (2012-2022). *Terapia psicológica*, 41(1), 111-136. DOI: 10.4067/S0718-48082023000100111

- Machado, M.J., Arufe, V., Ruíz, G. & Navaro, R. (2021). Music Therapy and Parkinson's Disease: A Systematic Review from 2015-2020. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11618. DOI: 10.3390/ijerph182111619
- Maher, S., Donlon, E., Mullane, G., Walsh, R., Lynch, T., & Fearon, C. (2024). Treatment of Apathy in Parkinson's and Implications for Underlying Pathophysiology. *Journal of Clinical Medicine*, 13(8), 2216. DOI: 10.3390/jcm13082216
- Marras, C., Chaudhurri, K.R., Titova, N., & Mestre, T.A. (2020). Therapy of Parkinson's Disease Subtypes. *Neurotherapeutics*, 17(4), 1366-1377. DOI: 10.1007/s13311-020-00894-7
- Martínez de la Iglesia, J., Luengo, M.Á., López Águila, M.J., & Fernández, M. (2009). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medicina Clínica*, 132(11), 506-511. DOI: 10.1016/j.medcli.2008.09.020
- Martínez-Fernández, R., Gasca-Salas, C., Sánchez-Ferro, A. & Obeso, J.A. (2016). Actualización en la Enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clínica las Condes*, 27(3), 363-379. DOI: 10.1016/j.rmcl.2016.06.010
- Mele, B., Ismail, Z., Goodarzi, Z., Pringsheim, T., Lew, G., & Holroyd-Leduc, J. (2021). Non-pharmacologic interventions to treat apathy in Parkinson's disease: A realist review. *Clinical Parkinsonism & Related Disorders*, 4, 100096. DOI: 10.1016/j.jprdoa.2021.100096
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2015). *Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030*. [https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/plan-accion-
implementacion-a2030.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/plan-accion-implementacion-a2030.pdf)
- Mysiris, D.S., Vavougiou, G.D., Karamichali, E., Papoutsopoulou, S., Stavou, V.T., Papayianni, E., Boutlas, S., Mavridis, T., Foka, P., Zarogiannis, S.G., Gourgoulialis, K., & Xiromerisiou, G. (2022). Post-COVID-19 Parkinsonism and Parkinson's Disease Pathogenesis: The Exosomal Cargo Hypothesis. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(17), 9739. DOI: 10.3390/ijms23179739.
- Navarta, M.V., Riverol, M., Ursúa, M.E., Ambrosio, L., Senosiain, J.M., & Portillo, M.C. (2019). Intervención psicoeducativa para personas con enfermedad de Parkinson y familiares/cuidadores: resultados preliminares de la medición basal. *Revista Científica*

de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, 49(C), 16-22 DOI:
10.1016/j.sedene.2018.02.002

Ortiz, E., Forero, L.F., Arana, A.V., & Planco, M. (2021). Resiliencia, optimismo, esperanza y sentido de vida en el adulto mayor con y sin enfermedad crónica en la ciudad de Bogotá.

Diversitas: Perspectivas en Psicología, 17(2), 1-13. DOI: 10.15332/22563067.7117

Parkinson, J. (2002). An essay on the shaking palsy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 14(2), 223-236. DOI: 10.1176/jnp.14.2.223

Pemberton, S. (2010). The Pemberton Happiness Index: A new measure of happiness. *Social Indicators Research*, 97(2), 213-228. DOI: 10.1007/s11205-009-9554-2

Peñalver, J. (2022). Grupos felices y Productivos: Una aproximación al estudio del afecto positivo en grupos desde la Psicología Positiva. *Revista de Treball, Economia i Societat*, nº 101. 1-11. DOI: 10.52991/revista106art2

Pinto, C., Geraghty, A.W.A., McLoughlin, C., Pagnini, F., Yardley, L., & Dennison, L. (2023). Experiences of psychological interventions in neurodegenerative disease: a systematic review and thematic synthesis. *Health Psychology Review*, 17(3), 416-438. DOI: 10.1080/17437199.2022.2073901

Rafie, M., Bozorgkhou, H., Taheri, M., Mansouri, A., Azadbakht, M.K., & Naeim, M. (2023). The Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on the Management of Depression and Anxiety Symptoms in Parkinson's Patients. *Alzheimers Disease and Parkinsonism*, 13(2). DOI: 10.35248/2161-0460.1000567

Reyes-Pérez, P., García-Marín, L.M., Aman, A.M., Antar, T., Flores-Ocampo, V., Mitchell, L.M., Medina-Rivera, A., & Rentería, M.E. (2024). Investigating the Shared Genetic Etiology Between Parkinson's Disease and Depression. *Journal of Parkinson's Disease*, 14(3), 483-493. DOI: 10.3233/JPD-230176

Ricciardi, L., Apps, M., & Little, S. (2023). Uncovering the neurophysiology of mood, motivation and behavioral symptoms in Parkinson's disease through intracranial recordings. *Npj Parkinson's Disease*, 9(1), 136. DOI: 10.1038/S41531-023-00567-0

Ridder, D., Schreus, K., & Bensing, J. (2000). The relative benefits of being optimistic: Optimism as a coping resource in multiple sclerosis and Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology*, 5(2), 141-155 DOI: 10.1348/135910700168829

- Rojas, C.J. (2018). Musicoterapia, habla y estado de ánimo. Efectos en personas con enfermedad de Parkinson. *Revista Areté, Fonoaudiología*, (1), 13-21. ID: 1657-2513.art.18101
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol*, 52, 141-166. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C., (1965). *Escala de Bienestar Psicológico de Ryff*
- 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), 1069-1081. DOI: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., & Valiente, R.M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo
- Santos, R.M., Faria-Fortini, I., & Scalzo, P.L. (2024). Telephone-based application of the Activities of Daily Living Questionnaire in patients with Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 82(5), 001-008. DOI: 10.1055/s-0044-1787135
- Scanga, A., Benedetti, A., Kimoff, R.J., Lafontaine, A., Robinson, A., Gingras, M., & Kamiska, M. (2024). Exploring obstructive sleep apnea and sleep architecture in Parkinson's disease motor subtypes. *Parkinsonism & Related Disorders*, 122, 106064. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2024.106064
- Seligman, M. & Peterson, C. (1998). *Test Breve de Fortalezas*
- Silva, C.S., & Agudelo, D.M. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 47-60.
- Stocchi, F., Antonini, A., Barone, P., Bellelli, G., Fagiolini, A., Strambi, L.F., Sorbi, S., & Padovani, A. (2023). Exploring depression in Parkinson's disease: an Italian Delphi Consensus on phenomenology, diagnosis, and management. *Neurological Sciences*, 44(9), 3123-3131. DOI: 10.1007/s10072-023-06740-w
- Tolosa, E., Garrido, A., Cholz, S.W., & Poewe, W. (2021). Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 20(5), 385-397. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00030-2

- Torres, C., Heredia, P., & Quignon, M. (2019). Revisión bibliográfica sobre la meditación en la enfermedad de Parkinson. *Medicina naturista*, 13(2). ISSN: 1576-3080
- Watson, D., Clark, D.W., & Tellegen, A. (1988). Escala de Afecto Positivo y Negativo
- Weinman, J., & McManus, C. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 257-275. DOI: 10.1080/08870449608400270
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). *Cuestionario breve de percepción de enfermedad (B-IPQ)*.
- Weintraub, D. (2022). The neuropsychiatry of Parkinson's disease: advances and challenges. *The Lancet Neurology*, 21(1), 89-102. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00330-6
- White, C.A., Uttl, B., & Holder, M.D. (2019). Meta-analyses of positive psychology interventions: The effects are much smaller than previously reported. *Plos one*, 14(5), e0216588. DOI: 10.1371/journal.pone.0216588
- Williams, L., Qiu, J., Waller, Sp, Tsui, D., Griffith, J., & Fug, V.SC. (2022). Challenges in managing late-stage Parkinson's disease. *Australian Journal of General Practice*, 51(10), 778-785. DOI: 10.31128/AJGP-05-22-6438
- Xiao, Y., Wei, Q., Ou, R., Hou, Y., Zhang, L., Liu, K., Lin, J., Yang, T., Jiang, Q., & Shang, H. (2022). Stability of motor-nonmotor subtype in early-stage Parkinson's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 1040405. DOI: 10.3389/fnagi.2022.1040405
- Ye, H., Robak, L.A., Yu, M., Cykowski, M. & Shulman, J.M. (2024). Genetics and Pathogenesis of Parkinson's Syndrome. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, 18(1), 95-121. DOI: 10.1146/annurev-pathmechdis-031521-034145.
- Yesavage, J.A., & Sheikh, J.J. (1986). *GDS. Escala de depresión geriátrica. Test de Yesavage (15 ítems)*.
- Yu, Q., Hu, X., Zheng, T., Liu, L., Kuang, G., Liu, H., Wang, X., Li, J., Huang, J., Wang, T, Lin, Z., & Xiong, N. (2023). Obstructive sleep apnea in Parkinson's disease: A prevalent, clinically relevant and treatable feature. *Parkinsonism & Related Disorders*, 115, 105790. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2023.105790

6. Anexos

6.1 ANEXO I

Comisión de Investigación

Universidad Europea de Madrid

El abajo firmante, autoriza la realización del siguiente proyecto de investigación en las instalaciones a su cargo.

Datos del proyecto

Título:	Protocolo de intervención grupal basado en psicología positiva para la mejora del funcionamiento psicológico positivo en personas afectadas de Parkinson. Un estudio de casos N=3.
Investigador responsable:	M ^a Dolores Vara Villodre
Institución:	Universidad Europea de Valencia

Atentamente,

Nombre:	
Centro/institución:	
Cargo:	
Firma:	

HOJA DE INFORMACIÓN

Título del estudio: Protocolo de intervención grupal basado en psicología positiva para la mejora del funcionamiento psicológico positivo en personas afectadas de Parkinson. Una serie de casos N=3.

Promotor: Universidad Europea de Valencia

Investigadores: María Dolores Vara Villodre y Bárbara Martínez Martínez

Centro: Universidad Europea de Valencia

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se va a realizar en la Universidad Europea de Valencia, en el cual se le invita a participar. Este documento tiene por objeto que usted reciba la información correcta y necesaria para evaluar si quiere o no participar en el estudio. A continuación, le explicaremos de forma detallada todos los objetivos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Si usted tiene alguna duda tras leer las siguientes aclaraciones, nosotros estaremos a su disposición para aclararle las posibles dudas. Finalmente, usted puede consultar su participación con las personas que considere oportuno.

¿Cuál es el motivo de este estudio? Con este estudio se pretende investigar el beneficio de las intervenciones grupales basadas en psicología positiva en personas afectadas de Parkinson para la mejora de su funcionamiento psicológico positivo, mermado en ocasiones por los desafíos a los que se enfrentan en su vida diaria, como puede ser; la pérdida de sentido y propósito de vida, dificultades en el manejo del estrés, ansiedad y depresión e incluso a la pérdida de autonomía.

RESUMEN DEL ESTUDIO:

El estudio se va a llevar a cabo a lo largo de siete sesiones, seis de ellas de 90 minutos y la última de 60 minutos, mediante su desarrollo se quiere demostrar el beneficio de las terapias grupales para la mejora del funcionamiento psicológico positivo en personas afectadas de Parkinson. Previo a la implementación de estas sesiones se llevará a cabo una evaluación previa y otra posterior a la intervención, donde compararemos ambos resultados para poder valorar si como se pretende ha sido efectiva esta intervención. Con las diferentes sesiones se pretende lograr una mayor capacidad de afrontamiento y gestión de la sintomatología en nuestros participantes, así como una mejor adaptación a los cambios físicos y emocionales asociados a la enfermedad.

Durante estas siete sesiones se va a trabajar con diferentes componentes psicoterapéuticos como la psicoeducación, la psicología positiva, Mindfulness, el manejo de enfermedad, la inteligencia emocional, la musicoterapia, fomento de la autocompasión y fortalezas personales entre otras.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL ESTUDIO: La participación en este estudio es voluntaria, por lo que puede decidir no participar. En caso de que decida participar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el profesional que le atiende ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento (si los hubiere). En caso de que usted decidiera abandonar el estudio, puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta ese momento para la finalidad del estudio, o si fuera su voluntad, todos los registros y datos serán borrados de los ficheros informáticos.

¿Quién puede participar? El estudio se realizará en AMIF, Asociación de Personas con Discapacidad Física de Villena y comarca, concretamente, en el Grupo Terapéutico de Parkinson. Los participantes del estudio son usuarios afectados de Parkinson, participantes del anteriormente mencionado grupo. La captación de los participantes será a través de la comunicación interna, citándolos para una reunión donde se les expondrá el motivo de la convocatoria y se les expresará el interés por su participación en la investigación.

¿En qué consiste el estudio y mi participación? Su participación consistirá en completar una serie de cuestionarios previos, intermedios y posteriores a la intervención. Tras la finalización de cada sesión deberá cumplimentar los cuestionarios correspondientes y desarrollar una serie de actividades para dar continuidad a lo trabajado en la sesión.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación? Su participación puede ser beneficiosa; brindándole la oportunidad de conectar con personas que experimentan situaciones similares a la suya, potenciando su bienestar emocional y reduciendo los niveles de estrés y ansiedad, fomentando la resiliencia y dando un mayor sentido de control y autonomía a su vida. Ayudándole a mejorar su funcionamiento psicológico positivo y su calidad de vida en general. Al completar los cuestionarios y participar en las sesiones es posible que le hagan reflexionar sobre su estado actual y lo que se está midiendo. Además, se prevé que la información que se obtenga pueda beneficiar en un futuro a otros pacientes a cubrir las necesidades explícitas e implícitas durante el proceso de adaptación a la enfermedad, y valorar

qué aspectos se deben abordar en función de la etapa en la que se encuentre la persona. Al finalizar la intervención podrá ser informado, si lo desea, sobre los principales resultados y conclusiones generales del estudio. El estudio no supone ningún riesgo para su salud ya que para la toma adicional de los registros necesarios no se incurre en ninguna acción nociva ni perniciosa.

¿Quién tiene acceso a mis datos personales y como se protegen? El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su profesional del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su profesional del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna (salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal). Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país. El acceso a su información personal quedará restringido al profesional del estudio o colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica? No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio. No obstante, su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

¿Quién financia esta investigación? El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo. Para la realización del estudio, el promotor del mismo ha firmado un contrato con el centro donde se va a realizar.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE: Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, y puede exigir la destrucción de sus datos y/o de todos los registros identificables, previamente retenidos, para evitar la realización de otros análisis. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

SEGURO: El promotor del estudio dispone de una póliza de seguros que se ajusta a la legislación vigente y que le proporcionará la compensación e indemnización en caso de menoscabo de su salud o de lesiones que pudieran producirse en relación con su participación en el estudio.

CALIDAD CIENTÍFICA Y REQUERIMIENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO: Este estudio ha sido sometido a aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el centro. Cuando la investigación se hace con personas, este Comité vela por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente sobre investigación biomédica (ley 14/2007, de junio, de investigación biomédica) y ensayos clínicos (R.D. 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos).

PREGUNTAS: Llegado este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que considere oportunas. El equipo investigador le responderá lo mejor que sea posible.

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO: Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar a los miembros del equipo investigador. En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas, decida participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento informado. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias.

6.3 ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a. _____, de ____ años, con DNI _____ y domicilio en _____. He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

He quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar sobre mi decisión al profesional responsable del estudio.

En Villena, a día ____ de _____ de _____.

Firma y nº de colegiado del investigador
paciente/participante

Firma y nº de DNI del

6.4 ANEXO IV

INSTRUMENTOS

EVALUACIÓN PRE-POST INTERVENCIÓN

❖ *Escala de Depresión Geriátrica (GDS, siglas en inglés) - Test de Yesavage-15 (Yesavage & Sheikh, 1986):*

- **Indicación**

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

- **Administración**

- **Versión de 15:** Población diana: Población general mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

0 - 5 : Normal

6 - 10 : Depresión moderada

+ 10 : Depresión severa

1- *¿Está básicamente satisfecho con su vida?* SÍ NO

2- *¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?* SÍ NO

3- *¿Siente que su vida está vacía?* SÍ NO

4- *¿Se siente a menudo aburrido?* SÍ NO

5- *¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?* SÍ NO

6- *¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?* SÍ NO

7- *¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?* SÍ NO

8- *¿Se siente a menudo sin esperanza?* SÍ NO

9- *¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?* SÍ NO

10- *¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?* SÍ NO

11- *¿Cree que es maravilloso estar vivo?* SÍ NO

12- *¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?* SÍ NO

13- *¿Piensa que su situación es desesperada?* SÍ NO

14- *¿Se siente lleno de energía?* SÍ NO

15- *¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?* SÍ NO

❖ **Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (B-IPQ, siglas en inglés) (Winman et al., 1996):**

En las siguientes preguntas, por favor, marque con un círculo el número que mejor representa su opinión

¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no la afecta absolutamente nada

afecta gravemente mi vida

¿Cuánto cree Ud. que durará su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

muy poco tiempo

para siempre

¿Cuánto control siente Ud. que tiene sobre su enfermedad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

absolutamente ninguno

control total

¿En qué medida cree Ud. que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

absolutamente nada

ayuda muchísimo

¿En qué medida siente Ud. síntomas debidos a su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

absolutamente ningún síntoma

muchos síntomas graves

¿En qué medida está Ud. preocupado por su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

absolutamente nada de preocupado

extremadamente preocupado

¿En qué medida siente Ud. que entiende su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no la entiendo nada

la entiendo muy claramente

¿En qué medida lo afecta emocionalmente su enfermedad? (Es decir, ¿Lo hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absolutamente nada de afectado emocionalmente Extremadamente afectado emocionalmente

❖ **Índice de Felicidad de Pemberton (PHI, siglas en inglés) (Hervás et al., 2013):**

Por favor, usando la siguiente escala del 0 al 10, donde 0 significa totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo, diga en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones. **POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES**

(Rodee con un círculo un número por cada frase, según la escala que aparece a continuación)

Totalmente en desacuerdo												Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

1. Me siento muy satisfecho con mi vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Tengo la energía necesaria para cumplir bien mis tareas cotidianas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Creo que mi vida es útil y valiosa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Me siento satisfecho con mi forma de ser	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Mi vida está llena de aprendizajes y desafíos que me hacen crecer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Me siento muy unido a las personas que me rodean	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Me siento capaz de resolver la mayoría de los problemas de mi día a día	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Creo que en lo importante puedo ser yo mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. En mi día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Creo que vivo en una sociedad que me permite desarrollarme plenamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor, marque ahora cuál de las siguientes cosas le sucedió AYER:

Me sentí satisfecho por algo que hice	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En algunos momentos me sentí desbordado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pasé un rato divertido con alguien	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Me aburrí durante bastante tiempo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hice algo que realmente disfruto haciendo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Estuve preocupado por temas personales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aprendí algo interesante	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pasaron cosas que me enfadaron mucho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Me permití un capricho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Me sentí menospreciado por alguien	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

❖ **Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, (Ryff, 1965):**

A continuación, se indican una serie de expresiones que describen sentimientos, emociones y comportamientos. Lea cada una de ellas y conteste hasta qué punto suele sentirse o comportarse HABITUALMENTE de la forma que indica cada expresión.

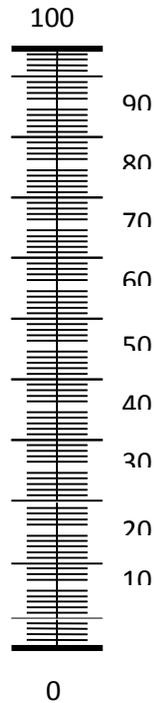
AUTONOMÍA: sensación de independencia, capacidad para resistir la presión social, auto-control de la propia conducta, uso de criterios propios para actuar.

Puntuaciones cercanas al 100: tiene una sensación de autodeterminación e independencia; es capaz de resistir la presión social para pensar y actuar de ciertas formas; tiene un auto-control de la conducta; se evalúa a sí mismo/a por medio de criterios y estándares propios.

Puntuaciones cercanas al 0: está preocupado/a por las expectativas y la evaluación de los demás; depende del juicio de los demás para tomar decisiones importantes; se ajusta o cede a las presiones sociales para pensar y actuar de ciertas formas.

1. Indique en esta escala, el grado de autonomía personal que experimenta
HABITUALMENTE.

El mayor grado de autonomía personal
imaginable



El menor grado de autonomía
personal imaginable

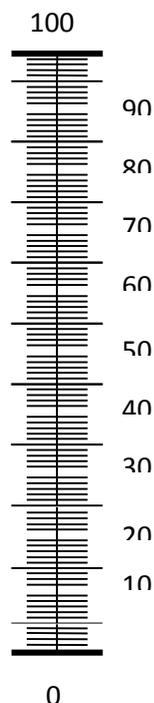
DOMINIO DEL ENTORNO: Sensación de ser capaz de manejar y hacer frente al entorno y a los acontecimientos; sensación de controlar una amplia gama de actividades en los contextos en los que se mueve; ser capaz de usar de modo eficaz las oportunidades que le ofrece cada entorno en el que está; ser capaz de elegir o de crear un entorno que le permita satisfacer sus necesidades y alcanzar sus metas.

Puntuaciones cercanas al 100: Tiene una sensación de dominio y competencia para manejar el entorno; controla una compleja gama de actividades; hace un uso eficaz de las oportunidades que le rodean o se le presentan; capaz de elegir o generar contextos que le permitan satisfacer sus necesidades y alcanzar sus metas.

Puntuaciones cercanas al 0: Tiene dificultad para manejar el entorno y los acontecimientos, se siente incapaz de cambiar o mejorar el entorno que le rodea; no se da cuenta de las oportunidades que le rodean; tiene sensación de falta de control sobre el mundo.

1. Indique en esta escala, el grado de dominio del entorno que experimenta HABITUALMENTE.

El mayor grado de dominio del entorno
imaginable



El menor grado de dominio del
entorno imaginable

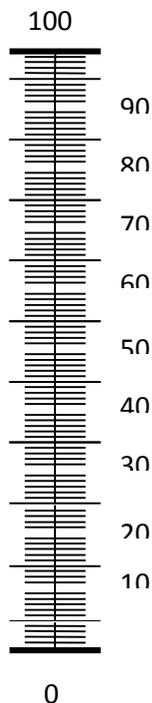
**CRECIMIENTO PERSONAL: Sensación de desarrollo y de mejora de las propias potencialidades.
Sentimiento de realización personal.**

Puntuaciones cercanas al 100: Tiene una sensación de continuo desarrollo; se ve a sí mismo/a en continuo crecimiento y expansión; está abierto/a a nuevas experiencias; tiene un sentimiento de realización personal de su propio potencial; percibe mejoras en sí mismo/a y en su conducta a lo largo del tiempo; siente que cambia hacia formas de funcionamiento que reflejan un mayor conocimiento y eficacia personal.

Puntuaciones cercanas al 0: Tiene una sensación de estancamiento personal; carece de un sentido de mejora o de progreso a lo largo del tiempo; se siente aburrido/a y desinteresado/a por la vida; se siente incapaz de desarrollar nuevas actitudes o comportamientos.

2. Indique en esta escala, el grado de crecimiento personal que experimenta HABITUALMENTE.

El mayor grado de crecimiento personal
imaginable



El menor grado de crecimiento
personal imaginable

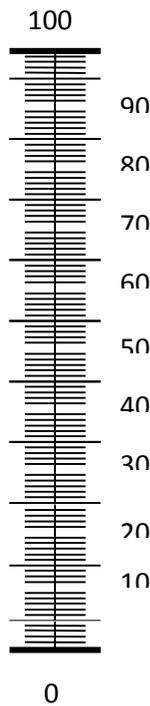
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS: Capacidad de mantener relaciones sociales cálidas y estables, de tener relaciones satisfactorias y auténticas con los demás.

Puntuaciones cercanas al 100: Mantiene relaciones cálidas, verdaderas y satisfactorias con los demás; está preocupado por el bienestar de los demás; es capaz de generar empatía, afecto e intimidad; comprende la importancia de dar y recibir en las relaciones personales.

Puntuaciones cercanas al 0: Tiene pocas relaciones cercanas y de confianza con los demás; le resulta difícil abrirse y mostrarse cálido con los demás, y preocuparse por ellos; se siente aislado y frustrado en las relaciones interpersonales; no está dispuesto a transigir o hacer concesiones para mantener lazos importantes con otros.

3. Indique en esta escala, el grado de relaciones positivas con otros que experimenta HABITUALMENTE.

El mayor grado imaginable de relaciones
positivas con otros



El menor grado imaginable de
relaciones positivas con otros

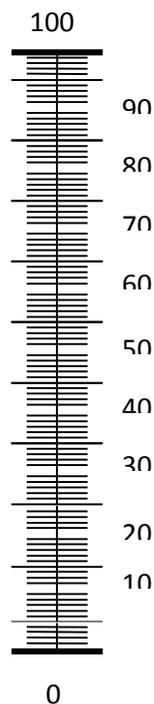
PROPÓSITO EN LA VIDA: Tener metas y propósitos en la vida. Tener objetivos que den sentido a la vida. Sensación de dirigirse o encaminarse hacia un fin o a una meta elegidos por uno/a mismo/a.

Puntuaciones cercanas al 100: Tiene metas en la vida y una sensación direccionalidad; siente que su vida presente y pasada tienen un sentido; mantiene creencias que dan a la vida un propósito; tener objetivos y metas por los que vivir.

Puntuaciones cercanas al 0: Carece de un sentido o propósito que de significado a su vida; tiene pocos objetivos o metas; no tiene perspectivas o creencias que den sentido a su vida.

4. Indique en esta escala, el grado de propósito en la vida que experimenta HABITUALMENTE.

El mayor grado de propósito en la vida imaginable



El menor grado de propósito en la vida imaginable

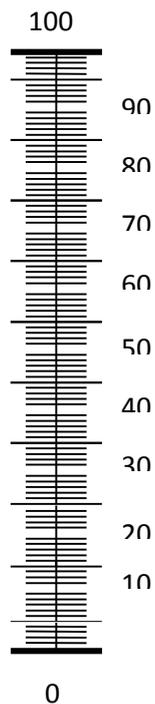
AUTO-ACEPTACIÓN: Tener una actitud positiva hacia uno mismo/a y hacia la propia vida.
Sentirse bien consigo mismo/a incluso siendo consciente de las propias limitaciones.

Puntuaciones cercanas al 100: Mantiene una actitud positiva hacia sí mismo/a; reconoce y acepta múltiples aspectos de sí mismo/a, incluyendo cualidades positivas y negativas; se siente positivo/a respecto a la vida pasada.

Puntuaciones cercanas al 0: Se siente insatisfecho consigo mismo/a; está decepcionado con lo que ha ocurrido en el pasado; está preocupado o contrariado por ciertas características personales; siente deseos de ser diferente de lo que él o ella es.

5. Indique en esta escala, el grado de **AUTO-ACEPTACIÓN** que experimenta HABITUALMENTE.

El mayor grado de auto-aceptación
imaginable



El menor grado de auto-
aceptación imaginable

EVALUACIÓN ENTRE SESIONES

❖ **Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Sandín et al., 1999; Clark & Tellegen, 1988):**

A continuación, se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste hasta qué punto suele sentirse HABITUALMENTE de la forma que indica cada expresión.

Generalmente **me siento**:

	NADA O CASI NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
1. Interesado/a por las cosas	1	2	3	4	5
2. Estresado/, tenso/a	1	2	3	4	5
3. Emocionado/a, ilusionado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a, molesto/a	1	2	3	4	5
5. Con energía, con vitalidad	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Orgullosa/a (de algo), satisfecho/a conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
11. Irritable, malhumorado/a	1	2	3	4	5
12. Despejado/a, despierto/a	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a	1	2	3	4	5
17. Atento/a (a las cosas), concentrado/a	1	2	3	4	5
18. Intranquilo/a, inquieto/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Con miedo, miedoso/a	1	2	3	4	5

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

❖ **Test Breve de Fortalezas (Seligman & Peterson, 1998):**

Piense acerca de cómo ha actuado en las situaciones reales descritas abajo durante el pasado mes (4 semanas). Las preguntas se refieren a comportamientos que la mayoría de la gente considera deseables, pero queremos que responda sólo en función de lo que realmente ha hecho. Si no se ha encontrado en una situación como la descrita, marque la opción “no aplicable”. Lea cada situación y después marque en el menú desplegable que aparece junto al texto y seleccione su respuesta.

Todas las preguntas deben ser completadas para este cuestionario para ser anotado.

1. Piense en situaciones reales en las que usted ha tenido la oportunidad de hacer algo nuevo o innovador. ¿Con qué frecuencia mostró CREATIVIDAD o INGENIO en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

2. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha tenido la oportunidad de explorar algo nuevo o de hacer algo diferente. ¿Con qué frecuencia usted mostró CURIOSIDAD o INTERÉS en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

3. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha tenido que tomar una decisión importante y compleja. ¿Con qué frecuencia mostró PENSAMIENTO CRÍTICO, APERTURA DE MENTE o BUEN JUICIO en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

4. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha tenido la oportunidad de aprender más sobre un tema, dentro o fuera de la escuela/universidad. ¿Con qué frecuencia usted mostró PASIÓN POR APRENDER en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.

- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

5. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha tenido la oportunidad de aconsejar a otra persona que lo necesitaba. ¿Con qué frecuencia en estas situaciones usted vio las cosas con PERSPECTIVA o SABIDURÍA?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

6. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha experimentado miedo o amenaza. ¿Con qué frecuencia usted mostró VALENTÍA o CORAJE en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

7. Piense en situaciones reales en las cuales usted se ha enfrentado a una tarea difícil que requería mucho tiempo. ¿Con qué frecuencia usted mostró PERSEVERANCIA, PERSISTENCIA, EFICACIA, o CAPACIDAD DE TRABAJO en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

8. Piense en situaciones reales en las cuales fue posible para usted presentar una visión falsa de quién es usted o de lo que había sucedido. ¿Con qué frecuencia usted mostró HONESTIDAD, o AUTENTICIDAD en estas situaciones?

- No aplicable.

- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

9. Piense en su vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia mostró usted VITALIDAD o ENTUSIASMO cuando era posible hacerlo?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

10. Piense en su vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia ha expresado usted su AMOR o VINCULACIÓN hacia otros (amigos, familia) cuando era posible hacerlo?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

11. Piense en su vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia mostró usted AMABILIDAD o GENEROSIDAD cuando era posible?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

12. Piense en situaciones reales en las cuales era necesario entender y responder a motivaciones de otras personas. ¿Con qué frecuencia mostró usted INTELIGENCIA SOCIAL o HABILIDADES SOCIALES en estas situaciones?

- No aplicable.

- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

13. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha sido un miembro de un grupo que necesitaba su ayuda y lealtad. ¿Con qué frecuencia mostró usted TRABAJO EN EQUIPO en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

14. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha tenido algún poder e influencia sobre dos o más personas. ¿Con qué frecuencia mostró JUSTICIA en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

15. Piense en situaciones reales en las cuales usted fue un miembro de un grupo que necesitaba orientación. ¿Con qué frecuencia mostró usted LIDERAZGO en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

16. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha sido herido por otra persona. ¿Con qué frecuencia mostró usted PERDÓN o PIEDAD en estas situaciones?

- No aplicable.

- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

17. Piense en su vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia mostró usted MODESTIA o HUMILDAD cuando era posible hacerlo?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

18. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha sido tentado de hacer algo de lo que podría haberse arrepentido después. ¿Con qué frecuencia mostró usted PRUDENCIA, DISCRECIÓN, o CUIDADO en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

19. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha experimentado antojos, deseos, impulsos, o emociones que usted deseaba controlar. ¿Con qué frecuencia mostró usted AUTO-CONTROL o AUTO-REGULACIÓN en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

20. Piense en su vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia ha mostrado usted ASOMBRO y APRECIO POR LA BELLEZA Y LA PERFECCIÓN cuando era posible hacerlo?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

21. Piense en situaciones reales en las cuales alguien le ayudó o le hizo un favor. ¿Con qué frecuencia mostró usted GRATITUD o AGRADECIMIENTO en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

22. Piense en situaciones reales en las cuales usted ha experimentado un fracaso o un contratiempo. ¿Con qué frecuencia mostró usted ESPERANZA u OPTIMISMO en estas situaciones?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

23. Piense en su vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia mostró usted SER JUGUETÓN o SENTIDO DEL HUMOR cuando era posible hacerlo?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

24. Piensa en su vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia mostró usted RELIGIOSIDAD o ESPIRITUALIDAD cuando era posible hacerlo?

- No aplicable.
- Nunca/rara vez.
- De vez en cuando.
- La mitad de las veces.
- Usualmente.
- Siempre.

EVALUACIÓN POST INTERVENCIÓN

❖ **Escala de Satisfacción con el Tratamiento (CSQ, siglas en inglés) (Devilley & Borkovec, 2000):**

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor señale primero su tipo de vinculación con el programa.

- Usuario/a directo/a Familiar

RODEE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA RESPUESTA

1. ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2. Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3. ¿Hasta que punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4. ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No, creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5. ¿Cómo de satisfecho/a esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6. ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7. ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a

8. ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

Creo que se tendría que mejorar:

❖ **Cuestionario ad hoc. Cumplimentado. Valoración de la intervención grupal:**

Tabla 7.

PREGUNTA ABIERTA	P1	P2	P3
1. <i>¿Considera de calidad las sesiones basadas en Psicología Positiva? Razone su respuesta.</i>	Si	Calidad, ayuda total, satisfacción progresiva, nos sentimos mejor, reconocemos muchos avances y todo nos da alegría.	Sí, porque trabajamos la parte positiva.
2. <i>¿Considera de utilidad la realización de las sesiones de manera grupal? Que beneficios ha observado para ello.</i>	Si	Sí, son de gran utilidad, donde se exponen todos nuestros problemas que al fin son parecidos a los demás, y aprendemos unos de otros y la psicóloga nos guía y nos aconseja preocupándose por todos nosotros.	Sí, en que a la hora de hablar del tema estamos más relajados.
3. <i>¿Los temas tratados en cada una de las sesiones grupales le han parecido de utilidad? Razone su respuesta.</i>	Sí, porque crea conocimientos, confianza y nuevas relaciones.	Sí, siempre hay novedades y nuevas formas de llevar el Parkinson.	Sí, porque todos los temas son referentes a la enfermedad.
4. <i>¿Ha puesto en práctica las técnicas aprendidas en las sesiones grupales? En caso afirmativo, indique cuál de ellas.</i>	La relación y ambiente en general.	Sí, tener empatía con los demás, no hacer caso del que dirán, en sentirnos amigos y como de si de una familia fuésemos, etc.	La de relajación.
5. <i>¿Ha notado una mejoría en su estado de ánimo al finalizar cada una de las sesiones grupales? Razone su respuesta.</i>	—	Sí, me siento más empoderado, sin miedo, podemos hablar despacio pero escucharnos, una cosa que nos hace falta.	Sí, como más tranquilo.
6. <i>¿Se siente capaz de gestionar mejor el manejo de su Enfermedad de Parkinson tras todo lo aprendido? Razone su respuesta.</i>	Tengo dudas.	Sí, por supuesto, sabemos cómo afrontarla, llevarla positivamente y echarle una sonrisa o dos, o las que hagan falta.	Yo pienso que sí, tienes las herramientas para poder gestionar la enfermedad.
7. <i>¿Siente que ha mejorado su bienestar general tras la intervención grupal? Razone su respuesta.</i>	—	Sí, particularmente me siento alegre, contento y salgo con las pilas recargadas.	Sí, te vas con otra energía.
8. <i>¿Le gustaría seguir participando en estas sesiones grupales? Razone su respuesta.</i>	Creo que sí, pero con algo más de sosiego.	Sí, me gustaría seguir porque esto nos mejora día a día y si hubiera más compañeros pues mejor, o de otro tipo. Yo particularmente estoy abierto a todo.	Sí, porque me encuentro bien.

Nota: P, participante.