



UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Programa de Doctorado Psicología Clínica y de la Salud

TESIS DOCTORAL

Efectos de un Programa de Aprendizaje-Servicio en la Salud

Integral de Estudiantes Universitarios

Vanesa Lorenzo Baz

Bilbao, 2013

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Tercer ciclo. Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

**Efectos de un Programa de Aprendizaje-Servicio en la
Salud Integral de Estudiantes Universitarios**

Tesis doctoral realizada por

D^a Vanesa Lorenzo Baz

Dirigida por

Dra. Begoña Matellanes Febrero

Departamento de Psicología, Universidad de Deusto.

Firmada por la Directora:

Firmada por la Doctoranda:

Dra. Begoña Matellanes Febrero

Vanesa Lorenzo Baz

Bilbao, a 28 de junio de 2013

A todas las personas que creen y se esfuerzan en lograr un mundo más solidario, más
justo, más cooperativo, más inclusivo y más humano.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi agradecimiento a todas las personas que me han ayudado a hacer posible este proyecto, mediante su dirección, ayuda, apoyo, inspiración o acompañamiento en esta etapa de mi vida.

En primer lugar, mi más profundo agradecimiento a Begoña Matellanes, la directora de esta tesis. Por su impulso a emprenderme en este proyecto y por haberme introducido en el maravilloso mundo del aprendizaje-servicio; por su orientación; su apoyo y afecto; su disponibilidad; su flexibilidad y su estímulo durante todo el proceso. Gracias por ayudarme a reencontrar mi camino

Al Vicerrector de Comunidad Universitaria e Identidad y Misión, José Javier Pardo Izal, por promover que las asignaturas de aprendizaje-servicio formen parte de la experiencia formativa de la Universidad de Deusto y por su firme compromiso con el desarrollo integral de los estudiantes.

A todo el equipo de las asignaturas de aprendizaje-servicio de la Universidad de Deusto, sin los cuales esta investigación no hubiera sido posible. Gracias por la disponibilidad y por la disposición a ayudar en todo lo necesario. Y gracias por posibilitarme pensar, compartir, aprender y crecer junto a todos vosotros.

Gracias a todos los profesores de la Universidad de Deusto que han permitido la recogida de muestra en el transcurso de sus clases.

Gracias a todas las entidades sociales que colaboran con las asignaturas de aprendizaje-servicio para hacer realidad esta experiencia, y por su empeño en el logro de una sociedad más inclusiva y solidaria.

Gracias a las personas de la comunidad, con las que participan los estudiantes de aprendizaje-servicio, por ayudarles a aprender y a desarrollarse de un modo que no es posible desde las aulas. Y gracias a todos los estudiantes de aprendizaje-servicio que han participado en esta tesis y a todos los alumnos que pasan por esta experiencia cada curso. Todos ellos nos ayudan a crecer en cada Programa de Aprendizaje-Servicio. Y todos ellos son los verdaderos protagonistas de este proyecto, pues desde la salud son y serán parte de las personas que pueden contribuir a la construcción de un mundo mejor.

Y gracias a mi familia, a mi pareja, a mis amigos y a mis compañeros de trabajo en AMSA durante todo este tiempo, que me han permitido crecer paralelamente a la elaboración de esta tesis y enriquecerla con su inspiración.

Índice

Índice de Tablas	I
Índice de Figuras.....	V
Índice de Anexos	IX

PRIMERA PARTE: ESTUDIO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Introducción.....	3
 CAPÍTULO 2. Aprendizaje-Servicio	17
2.1. Introducción	19
2.2. Características del aprendizaje-servicio.....	25
2.3. Antecedentes y fundamentos teóricos del aprendizaje-servicio.....	49
2.4. El aprendizaje-servicio en el marco de la educación superior	61
2.5. La importancia de la reflexión crítica en el aprendizaje-servicio	72
 CAPÍTULO 3. Aprendizaje-Servicio en la Universidad de Deusto	81
3.1. Introducción. Implantación de las experiencias de aprendizaje-servicio en la Universidad de Deusto	83
3.2. Marco pedagógico de la Universidad de Deusto	88
3.2.1. Paradigma Universitario Ledesma-Kolvenbach.....	89
3.2.2. El Modelo de Aprendizaje de la Universidad de Deusto (MAUD).....	100

3.3. Sintonía entre el aprendizaje-servicio, el Paradigma Ledesma-Kolvenbach, el Modelo MAUD y el Espacio Europeo de Educación Superior-Programa Bolonia	107
--	-----

CAPÍTULO 4. Efectos Positivos del Aprendizaje-Servicio en la Salud

Integral	109
4.1. Introducción	111
4.2. Salud integral: salud física, psicológica y social.	111
4.3. Efectos positivos del aprendizaje-servicio en la salud	114
4.4. Mecanismos explicativos de los efectos positivos de la práctica de aprendizaje-servicio en la salud	146

CAPÍTULO 5. Variables de Salud Integral Objeto de Estudio

5.1. Introducción	189
5.2. Bienestar subjetivo	190
5.3. Ansiedad.....	207
5.4. Depresión	225
5.5. Adaptación social	236
5.6. Salud percibida	245

CAPÍTULO 6. Justificación y Bases Teóricas de la Investigación: El

Modelo Biopsicosocial.....	259
6.1. Introducción	261
6.2. El modelo biopsicosocial	262
6.3. Justificación de la investigación.....	267

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO
--

CAPÍTULO 7. Objetivos e Hipótesis.....	271
7.1. Objetivos	273
7.2. Hipótesis.....	274
CAPÍTULO 8. Metodología.....	275
8.1. Participantes	277
8.2. Diseño	282
8.3. Variables	283
8.3.1. Variables dependientes	283
8.3.2. Variable independiente. Programa de Aprendizaje-Servicio	284
8.3.3. Variables extrañas.....	294
8.4. Instrumentos.....	295
8.5. Procedimiento.....	301
8.6. Análisis de datos.....	303
CAPÍTULO 9. Resultados	307
9.1. Introducción	309
9.2. Análisis descriptivo y exploratorio.....	312
9.3. Análisis de la normalidad y homocedasticidad	315
9.4. Análisis intragrupo	316
9.4.1. Grupo Experimental.....	316
9.4.2. Grupo Control.....	318
9.5. Análisis intergrupo	320

9.6. Variables predictoras y/o indicadoras.....	324
9.7. Descripción e identificación de los subgrupos de mejoría.....	332
9.8. Conclusiones	340
CAPÍTULO 10. Discusión y Conclusiones	343
10.1. Introducción	345
10.2. Contraste de hipótesis y discusión de resultados.....	348
10.3. Limitaciones	369
10.4. Conclusiones generales	370
CAPÍTULO 11. Implicaciones y Aplicaciones Prácticas del Estudio.	
Futuras Líneas de Investigación.....	375
11.1 Implicaciones y aplicaciones prácticas desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud	377
11.2. Futuras líneas de investigación.....	385
Referencias	389
Anexos	445

Índice de Tablas

Tabla 1.

Principales influencias y fundamentos teóricos del aprendizaje-servicio47

Tabla 2.

Algunas definiciones de aprendizaje-servicio51

Tabla 3.

Diferencias entre tres tipos de programas de servicio71

Tabla 4.

Evidencia empírica del impacto positivo del aprendizaje-servicio en el
desarrollo psicosocial122

Tabla 5.

Evidencia empírica del impacto positivo del aprendizaje-servicio en el
desarrollo ético o cívico126

Tabla 6.

Evidencia empírica del impacto positivo del aprendizaje-servicio en el
desarrollo académico o de aprendizaje128

Tabla 7.

Evidencia empírica de las variables mediadoras o predictoras de los efectos
positivos del aprendizaje-servicio133

Tabla 8.

Evidencia empírica del impacto positivo del servicio solidario en la salud139

Tabla 9.

Evidencia empírica de las variables mediadoras o predictoras de los efectos
positivos en la salud del servicio solidario o las actividades de ayuda a otros146

Tabla 10.

Posibles mecanismos explicativos de los efectos positivos del aprendizaje-servicio en la salud integral.....	185
--	-----

Tabla 11.

Componentes del bienestar subjetivo.....	198
--	-----

Tabla 12.

Correspondencias en la clasificación de los trastornos de ansiedad tipificados en el DSM-IV-TR y en la CIE-10.....	216
--	-----

Tabla 13.

Clasificación CIE-10 de los trastornos de ansiedad en la categoría “Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos”	217
---	-----

Tabla 14.

Características del episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	229
---	-----

Tabla 15.

Categorización de los trastornos depresivos según el DSM-IV-TR y la CIE-10 (APA, 2002; OMS, 2003)	230
---	-----

Tabla 16.

Características de la distimia según el DSM-IV-TR (APA, 2002).....	231
--	-----

Tabla 17.

Representación del diseño del estudio	283
---	-----

Tabla 18.

Unidades didácticas de las asignaturas que constituyen el Programa de Aprendizaje-Servicio	286
--	-----

Tabla 19.

Distribución horaria de las actividades del Programa.....291

Tabla 20.

Subescalas del Cuestionario de Salud SF-36300

Tabla 21.

Descriptivos generales de las variables dependientes en el Grupo Experimental.....313

Tabla 22.

Descriptivos generales de las variables dependientes en el Grupo Control.....314

Tabla 23.

Descriptivos generales de las variables dependientes en el total de la muestra315

Tabla 24.

Diferencias de medias en el Grupo Experimental317

Tabla 25.

Diferencias de medias en el Grupo Control319

Tabla 26.

Diferencias de medias en el post-test entre el Grupo Experimental y el Grupo
Control en las variables dependientes.....321

Tabla 27.

Diferencias en las variaciones medias (Variables Cambio) en las variables
dependientes entre el Grupo Experimental y Grupo Control.....323

Tabla 28.

Estadísticos descriptivos de las “Variables Cambio”325

Tabla 29.

Análisis de adecuación de los datos para elaborar un Análisis Factorial. Test de Esfericidad de Barlett.....	326
--	-----

Tabla 30.

Análisis exploratorio de los factores explicativos del cambio detectado en el Grupo Experimental. Método Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax	327
--	-----

Tabla 31.

Análisis exploratorio de los factores explicativos del cambio. Método Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax y retención de dos factores.....	328
--	-----

Tabla 32.

Análisis de la normalidad para detectar la existencia de grupos extremos	331
--	-----

Tabla 33.

Análisis Cluster para la detección de subgrupos	332
---	-----

Tabla 34.

Diferencias de medias entre los 2 grupos detectados.....	333
--	-----

Índice de Figuras

Figura 1.

Reciprocidad entre el aprendizaje y el servicio22

Figura 2.

Los cuadrantes del aprendizaje y el servicio solidario en la educación superior68

Figura 3.

Representación gráfica del Modelo de Aprendizaje de la Universidad de
Deusto105

Figura 4.

Efectos del aprendizaje-servicio en el desarrollo integral de los estudiantes.....115

Figura 5.

Representación gráfica del modelo biopsicosocial265

Figura 6.

Universidad de Deusto. Campus de Bilbao (Bizkaia)278

Figura 7.

Pérdida de la muestra279

Figura 8.

Distribución por facultades en el total de la muestra280

Figura 9.

Distribución por facultades del Grupo Experimental282

Figura 10.

Distribución por facultades del Grupo Control282

Figura 11.

Gráfico de sedimentación indicativo del número de factores a considerar327

Figura 12.

Gráfico de componentes rotados donde se observan los dos factores que pueden explicar el cambio en la mayoría de las variables330

Figura 13.

Gráficos para la observación de grupos extremos331

Figura 14.

Representación gráfica de los *cluster* detectados333

Figura 15.

Representación gráfica de la diferencia de medias entre los 2 grupos detectados333

Figura 16.

Representación gráfica de los 2 grupos hallados por la técnica de K-medias.....334

Figura 17.

Representación gráfica de los dos grupos hallados por la técnica de K-medias en relación con el factor334

Figura 18.

Representación gráfica del Análisis ANOVA entre el factor-1 y las variables con cambio significativo en el Grupo Experimental336

Figura 19.

Ansiedad-Rasgo en el pre-test en los subgrupos detectados337

Figura 20.

Cambio de Ansiedad-Rasgo en los subgrupos detectados337

Figura 21.

Gráfico de Análisis de Correspondencias entre el estado inicial y el cambio en
la variable Ansiedad-Rasgo.....340

Índice de Anexos

ANEXO 1. Consentimiento informado	447
ANEXO 2. Análisis de la normalidad	448
Tabla 1. Resultados de los contrastes de normalidad en el total de la muestra (N = 234)	448
Figura 1. Estadística descriptiva de Bienestar Subjetivo	449
Figura 2. Estadística descriptiva de Depresión.....	449
Figura 3. Estadística descriptiva de Ansiedad-Estado	449
Figura 4. Estadística descriptiva de Ansiedad-Rasgo	449
Figura 5. Estadística descriptiva de Adaptación Social	449
Figura 6. Estadística descriptiva de Función Física	449
Figura 7. Estadística descriptiva de Rol Físico.....	450
Figura 8. Estadística descriptiva de Dolor Corporal	450
Figura 9. Estadística descriptiva de Salud General.....	450
Figura 10. Estadística descriptiva de Vitalidad	450
Figura 11. Estadística descriptiva de Función Social	450
Figura 12. Estadística descriptiva de Rol Emocional	450
Figura 13. Estadística descriptiva de Salud Mental.....	451
Figura 14. Estadística descriptiva del Componente de Salud Física	451
Figura 15. Estadística descriptiva del Componente de Salud Mental.....	451

ANEXO 3. Análisis de la homocedasticidad	452
Tabla 2. Tabla de homogeneidad de varianzas en el pre-test (basada en la media)	452
Tabla 3. Tabla de homogeneidad de varianzas en el post-test (basada en la media)	453
ANEXO 4. Ausencia de diferencias estadísticamente significativas en el pre-test entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.....	454
Tabla 4. Diferencia de medias en el pre-test entre el Grupo Experimental y el Grupo Control en las variables dependientes.....	454
ANEXO 5. Análisis de correlaciones entre las variables “Cambio” como parte del análisis de la adecuación de los datos para la realización de un análisis factorial	455
Tabla 5. Matriz de correlaciones entre las variables “Cambio”	455
ANEXO 6. Comunalidades tras la extracción de factores (componentes principales). Retención de dos factores. Matriz de componentes rotados	456
Tabla 6. Comunalidades	456
Tabla 7. Matriz de componentes rotados.....	456
ANEXO 7. Técnica de K-medias para la identificación de subgrupos de mejoría en el Grupo Experimental. 2 grupos	457
Tabla 8. Centros de los conglomerados finales	457
Tabla 9. Historial de iteraciones	457

Tabla 10. Número de casos en cada conglomerado	457
Tabla 11. Identificación de subgrupos de mejoría. Pruebas de chi-cuadrado	457
 ANEXO 8. Técnica de K-medias para identificación de subgrupos de mejoría	
en el Grupo Experimental. 4 grupos.....	458
Tabla 12. Conglomerados mediante la técnica de K-medias.....	458
Tabla 13. Historial de iteraciones.....	458
Tabla 14. Prueba F en la técnica K-medias para los conglomerados detectados	458
Tabla 15. Número de casos en cada conglomerado	458
 ANEXO 9. Caracterización de los subgrupos detectados por su relación con	
otras variables medidas (sexo, edad, facultad, voluntariado previo).....	459
Tabla 16. Asociación entre edad y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado	459
Tabla 17. Asociación entre edad y los 4 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado	460
Tabla 18. Asociación entre sexo y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado	461
Tabla 19. Asociación entre sexo y los 3 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado	462
Tabla 20. Asociación entre sexo y los 4 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado	462

Tabla 21. Asociación entre facultad y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado	463
Tabla 22. Asociación entre facultad y los 3 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado	464
Tabla 23. Asociación entre facultad y los 4 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado	464
Tabla 24. Asociación entre voluntariado y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado.....	465
Tabla 25. Asociación entre voluntariado y los 3 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado.....	466
Tabla 26. Asociación entre voluntariado y los 4 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado.....	466
Tabla 27. Análisis lineal entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Descripción del modelo	467
Tabla 28. Análisis lineal entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Resumen del modelo	465
Tabla 29. Análisis lineal entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Coeficientes	468
Tabla 30. Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Descripción del modelo	468
Tabla 31. Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Resumen del modelo lineal.....	469

Tabla 32. Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Resumen del modelo cuadrático.....	469
Tabla 33. Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Resumen del modelo cúbico	469
Tabla 34. Asociación entre modalidad del Programa y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado.....	470
Tabla 35. Asociación entre modalidad del Programa y los 3 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado.....	470
Tabla 36. Asociación entre modalidad del Programa y los 4 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado.....	471
Figura 16. Asociación entre edad y los 2 grupos detectados. Representación gráfica	459
Figura 17. Asociación entre edad y los 4 grupos detectados. Representación gráfica	460
Figura 18. Asociación entre sexo y los 2 grupos detectados. Representación gráfica	461
Figura 19. Asociación entre sexo y los 3 grupos detectados. Representación gráfica	462
Figura 20. Asociación entre sexo y los 4 grupos detectados. Representación gráfica	463
Figura 21. Asociación entre facultad y los 2 grupos detectados. Representación gráfica	463

Figura 22. Asociación entre facultad y los 3 grupos detectados.	
Representación gráfica	464
Figura 23. Asociación entre facultad y los 4 grupos detectados.	
Representación gráfica	465
Figura 24. Asociación entre voluntariado y los 2 grupos detectados.	
Representación gráfica	465
Figura 25. Asociación entre voluntariado y los 3 grupos detectados.	
Representación gráfica	466
Figura 26. Asociación entre voluntariado y los 4 grupos detectados.	
Representación gráfica	467
Figura 27. Análisis lineal entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Representación gráfica	468
Figura 28. Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Representación gráfica	469
Figura 29. Asociación entre modalidad del Programa y los 2 grupos detectados. Representación gráfica	470
Figura 30. Asociación entre modalidad del Programa y los 3 grupos detectados. Representación gráfica	471
Figura 31. Asociación entre modalidad del Programa y los 4 grupos detectados. Representación gráfica	471
ANEXO 10. Caracterización de los subgrupos (en la muestra) según su comportamiento.....	472
Tabla 37. Estadísticos descriptivos para el Análisis ANOVA entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados	472

Tabla 38. Análisis ANOVA entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados	472
Tabla 39. Comparaciones múltiples entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados	473
Tabla 40. Resumen comparación entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados. Subconjuntos homogéneos	474
Figura 32. Bienestar Subjetivo en el pre-test en los 2 subgrupos detectados	474
Figura 33. Cambio de Bienestar Subjetivo en los 2 subgrupos detectados.....	474
Figura 34. Bienestar Subjetivo en el pre-test en los cuatro subgrupos detectados	474
Figura 35. Cambio de Bienestar Subjetivo en los 4 subgrupos detectados	474
Figura 36. Depresión en el pre-test en los 2 subgrupos detectados	475
Figura 37. Cambio de Depresión en los 2 subgrupos detectados	475
Figura 38. Depresión en el pre-test en los 4 subgrupos detectados	475
Figura 39. Cambio de Depresión en los 4 subgrupos detectados	475
Figura 40. Ansiedad-Rasgo en el pre-test en los 2 subgrupos detectados.....	475
Figura 41. Cambio de Ansiedad-Rasgo en los 2 subgrupos detectados.....	475
Figura 42. Adaptación Social en el pre-test en los 2 subgrupos detectados.....	475
Figura 43. Cambio de Adaptación Social en los 2 subgrupos detectados.....	475
Figura 44. Adaptación Social en el pre-test en los 4 subgrupos detectados.....	476
Figura 45. Cambio de Adaptación Social en los 4 subgrupos detectados.....	476
Figura 46. Función Social en el pre-test en los 2 subgrupos detectados	476
Figura 47. Cambio de Función Social en los 2 subgrupos detectados.....	476

Figura 48. Función Social en el pre-test en los 4 subgrupos detectados.....	477
Figura 49. Cambio de Función Social en los 4 subgrupos detectados	477
 ANEXO 11. Caracterización de los subgrupos (en la muestra) según su	
comportamiento.....	478
Tabla 41. Asociación del estado inicial con el cambio de Bienestar	
Subjetivo. Pruebas de chi-cuadrado	478
Tabla 42. Asociación del estado inicial con el cambio de Depresión.	
Pruebas de chi-cuadrado.....	479
Tabla 43. Asociación del estado inicial con el cambio de Ansiedad-Rasgo.	
Pruebas de chi-cuadrado.....	480
Tabla 44. Asociación del estado inicial con el cambio de Adaptación	
Social. Pruebas de chi-cuadrado	481
Tabla 45. Asociación del estado inicial con el cambio de Función Social.	
Pruebas de chi-cuadrado.....	482
Tabla 46. Asociación del estado inicial con el cambio de Salud General.	
Pruebas de chi-cuadrado.....	483
Figura 50. Asociación del estado inicial con el cambio de Bienestar	
Subjetivo. Representación gráfica.....	478
Figura 51. Asociación del estado inicial con el cambio de Depresión.	
Representación gráfica.	479
Figura 52. Asociación del estado inicial con el cambio de Ansiedad-	
Rasgo. Representación gráfica.	480

Figura 53. Asociación del estado inicial con el cambio de Adaptación Social. Representación gráfica.	481
Figura 54. Asociación del estado inicial con el cambio de Función Social. Representación gráfica.	482
Figura 55. Asociación del estado inicial con el cambio de Salud General. Representación gráfica.	483

ANEXO 12. Análisis de Correspondencias entre estado inicial y cambio en las variables dependientes.....	484
Tabla 47. Tabla de correspondencias. Bienestar Subjetivo	484
Tabla 48. Tabla de resumen. Bienestar Subjetivo.....	484
Tabla 49. Examen de los puntos de fila. Bienestar Subjetivo	484
Tabla 50. Examen de los puntos de columna. Bienestar Subjetivo	485
Tabla 51. Tabla de correspondencias. Depresión	486
Tabla 52. Tabla de resumen. Depresión	486
Tabla 53. Examen de los puntos de fila. Depresión.....	486
Tabla 54. Examen de los puntos de columna. Depresión.....	487
Tabla 55. Examen de los puntos de columna. Ansiedad-Rasgo	488
Tabla 56. Tabla de resumen. Ansiedad-Rasgo.....	488
Tabla 57. Examen de los puntos de fila. Ansiedad-Rasgo	488
Tabla 58. Examen de los puntos de columna. Ansiedad-Rasgo	489
Tabla 59. Examen de los puntos de columna. Adaptación Social	490
Tabla 60. Tabla de resumen. Adaptación Social.....	490
Tabla 61. Examen de los puntos de fila. Adaptación Social	490

Tabla 62. Examen de los puntos de columna. Adaptación Social	491
Tabla 63. Examen de los puntos de columna. Función Social	492
Tabla 64. Tabla de resumen. Función Social.....	492
Tabla 65. Examen de los puntos de fila. Función Social.....	492
Tabla 66. Examen de los puntos de columna. Función Social	493
Tabla 67. Examen de los puntos de columna. Salud General.....	494
Tabla 68. Tabla de resumen. Salud General	494
Tabla 69. Examen de los puntos de fila. Salud General.....	494
Tabla 70. Examen de los puntos de columna. Salud General.....	495
Figura 56. Gráfico de correspondencias en la variable Bienestar Subjetivo.	485
Figura 57. Gráfico de correspondencias en la variable Depresión	487
Figura 58. Gráfico de correspondencias en la variable Ansiedad-Rasgo	489
Figura 59. Gráfico de correspondencias en la variable Adaptación Social.....	491
Figura 60. Gráfico de correspondencias en la variable Función Social.....	493
Figura 61. Gráfico de correspondencias en la variable Salud General	495

PRIMERA PARTE:
ESTUDIO TEÓRICO

Capítulo 1

Introducción

CAPÍTULO 1. Introducción

“... Una educación desde la cuna hasta la tumba, inconforme y reflexiva, que nos inspire un nuevo modo de pensar y nos incite a descubrir quiénes somos en una sociedad que se quiera más a sí misma...”

Gabriel García Márquez

La educación, en cualquiera de sus etapas, debería preparar a una persona para vivir una vida. Una vida cuya realidad es compleja, polifacética, cambiante e interdependiente. Una vida que implica vivir en y con la sociedad. Así, *aprender a vivir una vida* conlleva desarrollar múltiples aspectos que van más allá del desarrollo intelectual: implica *conocerme, sentir y manejar lo que siento, entender lo que siente el otro*; implica *saber relacionarme, comunicarme de manera eficaz y asertiva, manejar problemas y conflictos* de la vida cotidiana, *manejar el estrés, tomar decisiones*; implica *pensamiento creativo y crítico, flexibilidad*. Implica el *autocuidado* y el *cuidado del otro*. Implica solidaridad.

Atrás van quedando las viejas tendencias educativas en las que sólo contaba la acumulación de conocimientos, mostrándose insuficientes para poder adaptarse y ser competente en la complejidad que caracteriza a la realidad. Insuficientes para poder desarrollarse integralmente como persona, profesional y ciudadano. Tal y como apunta el Informe Delors (1996), un texto referente en el ámbito educativo, se trata no sólo de aprender a *conocer*, sino también de aprender a *hacer*, aprender a *vivir* y aprender a *ser*.

En 1993 la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó la *Iniciativa Internacional para la Educación en Habilidades para la Vida en las Escuelas (Life Skills Education in Schools)*, con el propósito de difundir

mundialmente la enseñanza de un grupo genérico de diez destrezas psicosociales en el marco de la educación formal, que han quedado recogidas en el primer párrafo de esta introducción. El fin último de la enseñanza de estas habilidades sería la promoción de la salud de los estudiantes y la prevención de problemas psicosociales específicos. Recuérdese que la OMS (1948) define la salud como “un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no la mera ausencia de dolencia o enfermedad”.

Así, una metodología educativa que incluyera el desarrollo de los aspectos psicosociales del estudiante, estaría incidiendo positivamente en su salud, promocionándola y quizás protegiéndola de posibles trastornos futuros.

Se puede intuir como el desarrollo de estas destrezas requiere de un manejo práctico para ser aprendidas, de un aprendizaje experiencial. **La metodología psicoeducativa del aprendizaje y servicio solidario o aprendizaje-servicio**, basada en el aprendizaje experiencial cooperativo, constructivo, democrático y asociado a valores, **integra el aprendizaje académico con el servicio comunitario**, pudiendo ser una **excelente oportunidad para el desarrollo psicosocial de los estudiantes y, por tanto, un agente promotor de salud**.

El aprendizaje-servicio parte de la idea de que la ayuda mutua es un mecanismo de progreso personal y social mejor que la persecución persistente del provecho individual. Se trata de aprender a ser competentes y desarrollarse integralmente con los demás y siendo útiles a los demás, a la comunidad de la que se forma parte. En este sentido, el aprendizaje-servicio es una metodología idónea para trabajar dos competencias que a menudo no se toman en suficiente consideración y que son clave para el desarrollo integral de las personas: la competencia social y cívica y la competencia emocional. El

servicio a la comunidad acompañado de la reflexión crítica y el aprendizaje cooperativo permite el trabajo del mundo relacional-afectivo de los estudiantes, que incluye aspectos como las emociones, la autoestima, las habilidades sociales, el funcionamiento interpersonal, la empatía, las actitudes o los valores.

Efectivamente, la literatura existente desde la perspectiva de las ciencias educativas apunta a que el impacto positivo en los estudiantes no se limita a la mejora de la motivación y de la calidad de los aprendizajes. Como se expondrá en posteriores capítulos y en consonancia con los objetivos de la presente tesis, la evidencia hallada sugiere que las experiencias de aprendizaje-servicio de calidad pueden afectar al estudiante de manera integral, contribuyendo a su desarrollo académico, intelectual, personal y social (p. ej., Conway, Amel y Gerwien, 2009; Eyler, Giles, Stenson y Gray, 2001).

No obstante, **es un área escasamente investigada desde la perspectiva de las ciencias de salud en general, y de la salud mental en particular.** Apenas se ha investigado el impacto de estos programas en variables clínicas ni se ha comprobado su posible impacto en la salud física, esperable desde una comprensión biopsicosocial de la salud. Asimismo, el hecho de que los hallazgos en la investigación sobre los efectos en la salud de la práctica de voluntariado, que comparte con el aprendizaje-servicio el componente de servicio solidario, evidencien un claro impacto positivo en la salud tanto psicológica (p. ej., Black y Living, 2004; Li y Ferraro, 2005; MacNeela, 2008; Musick y Wilson, 2003; Piliavin y Siegl, 2007; Thoits y Hewitt, 2001) como física (p. ej., Cheung y Kwan, 2006; Moen, Dempster-McCain y Williams, 1993; Musick, Herzog y House, 1999; Oman, Thoresen y McMahon, 1999; Piliavin y Siegl, 2007; Shmotkin, Modam y

Blumstein, 2003; Van Willigen, 2000; Young y Glasgow, 1998), hacen sospechar que este impacto se pueda dar también a través de las experiencias de aprendizaje-servicio. Estas investigaciones parten de la premisa de que las conductas de ayuda al otro son beneficiosas para el que las proporciona y no sólo para el que las recibe.

Aún así, existe evidencia empírica suficiente para justificar la propuesta del aprendizaje-servicio como una intervención psicosocial, y se ha empleado esta metodología para crear programas de intervención psicológica en el ámbito de la salud mental con población clínica, de riesgo o con problemas específicos (p. ej., Elias, Zins, Graczyk y Weissberg, 2003; Kraft y Wheeler, 2003). Además, algunos autores recomiendan específicamente la metodología del aprendizaje-servicio como una intervención para promover el desarrollo emocional y social y, en definitiva, la salud mental (Wilczenski y Cook, 2009; Wilczenski y Coomey, 2007).

Por tanto, en la presente tesis, se abordará la cuestión de los programas de aprendizaje-servicio como agentes promotores de salud desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud, conceptualizando la salud como biopsicosocial.

Concretamente, se abordará esta cuestión con estudiantes universitarios. La educación superior constituye probablemente uno de los ámbitos más propicios y naturales para el desarrollo de proyectos de aprendizaje-servicio de alto impacto en la comunidad (Tapia, 2008a). Asimismo, el aprendizaje-servicio puede servir como un puente para conectar el trabajo de los profesionales de la salud mental con el de los educadores y gestores educativos, creando una sinergia que posibilite hacer más eficaces y eficientes sus actuaciones para el desarrollo integral de los estudiantes, para la mejora de la comunidad y para la transformación social. Desafortunadamente, con

frecuencia las prácticas de salud mental en los centros educativos han estado descontextualizadas, centrándose en intervenciones individuales y considerándose como secundarias a la misión de las instituciones educativas (Wilczenski y Coomey, 2007). Tradicionalmente se han escindido las cogniciones, las emociones y la responsabilidad social en los sistemas educativos, dejando reservado el proceso de aprendizaje casi exclusivamente al conocimiento disciplinario y a las abstracciones intelectuales descontextualizadas de los aspectos emocionales, éticos y del contexto histórico-social (Fichtner, 2002). De este modo, también se han separado los objetivos de responsabilidad social, los académicos y los objetivos relativos al desarrollo psicosocial de los estudiantes. Sin embargo, se ha demostrado como el desarrollo de las competencias emocionales y sociales no solo promueve la resistencia psicológica, sino que también mejora el éxito académico (p. ej., Bear, Manning y Izard, 2003; Taylor y Dymnicki, 2007; Zins, Weissberg, Wang y Walberg, 2004). Asimismo, el aprendizaje académico puede mejorar la calidad del servicio que se presta a la comunidad, a la vez que la comunidad ofrece la oportunidad de poner en práctica y mejorar la calidad del aprendizaje. Por tanto, se justifica la necesidad de integrar los objetivos académicos, de desarrollo psicosocial y de responsabilidad social. El aprendizaje-servicio supone una excelente oportunidad de integración sinérgica de los referidos objetivos ya que busca lograr un impacto positivo en todos los niveles: en los estudiantes (desarrollo psicosocial y académico a través del aprendizaje experiencial, la reflexión crítica y la formación en valores asociada), en la institución educativa y en las organizaciones y personas de la sociedad que se benefician del servicio (Ramírez y Pizarro, 2005).

En la coyuntura económica actual, los recursos para apoyar programas promotores y protectores de salud pueden verse limitados. El aprendizaje-servicio es una estrategia

muy efectiva desde el punto de vista de coste-beneficio, ya que proporciona experiencias de aprendizaje psicosocial a la vez que potencia el aprendizaje académico, además de incidir positivamente sobre la comunidad, dando expresión a la misión de responsabilidad social de las universidades (Martínez, 2008; Wilczenski y Cook, 2009).

Asimismo, en la época actual se impone más que nunca la necesidad de ser ciudadano del mundo y la acción educativa debe encaminarse, en gran parte, a la construcción de personas con responsabilidad social y un sentido de la ciudadanía global. Desde la educación se puede responder a este nivel macro desde un nivel micro. El aprendizaje-servicio puede dar la clave para que lo macro no se convierta en una pura abstracción, permitiendo llegar a ello desde el compromiso con la propia cotidianeidad.

Además, el uso de programas promotores o protectores de salud desde el sistema educativo posibilita su llegada a un amplio sector de la población y su implantación en la educación superior permite que las intervenciones de salud mental en el contexto educativo no queden limitadas a las etapas de educación primaria y secundaria. La promoción del desarrollo biopsicosocial no habría de agotarse en la infancia o en la adolescencia, debiéndose fomentar a lo largo de toda la vida.

Forma parte de la responsabilidad y ética como profesionales de la salud mental, la investigación y el desarrollo de recursos para la promoción y protección de la salud de la población general. Ante la limitación de recursos económicos, se corre el riesgo de acotar cada vez más la actuación a los ámbitos de prevención secundaria o terciaria, cuando se sabe que a largo plazo lo más efectivo en términos económicos y humanos suele ser intervenir en promoción y prevención primaria. Asimismo, no se debe olvidar la propia responsabilidad, como agentes de salud, en la mejora de las comunidades y de

la sociedad; en contribuir al fomento de la cooperación, la convivencia, la implicación y la justicia social. **Porque incidir sobre las comunidades, implica incidir sobre la salud de las personas que las conforman.**

Foulkes (Foulkes y Anthony, 1957), creador del grupoanálisis, sostenía que toda enfermedad mental tiene una base social, siendo consecuencia de las alteraciones en las relaciones interpersonales o en la integración en la comunidad. La persona enferma estaría más aislada de la sociedad que la persona sana y, al mismo tiempo, más fijada en el grupo original, esto es, en las relaciones tempranas con la familia. Señalaba que, aunque la enfermedad mental afecta al individuo, éste es sólo un punto nodal de una compleja red de interacciones que está alterada. De este modo, consideraba al grupo como el lugar natural para el tratamiento psicoterapéutico ya que permite representar la comunidad en la sala de tratamiento. El concepto grupoanalítico de Foulkes del tratamiento del grupo por el grupo, está a la base de las comunidades terapéuticas democráticas, que han demostrado impactar positivamente en la evolución de pacientes psiquiátricos (Guimón, Maruottolo, Mascaró y Boyra, 2007; Maruottolo et al., 2012). En la comunidad terapéutica:

El proceso terapéutico está determinado por los grados de producción de la persona y de su interacción grupal dentro de la organización (ambiente creado lo más similar posible a la cotidianeidad social) donde progresivamente se involucra a las personas (pacientes y terapeutas) a participar y a responsabilizarse activamente en el proceso ejecutivo, el de planificación, el directivo, o el decisional y el representativo, entre otros, tendentes a generar mejoras en la estructura social y

que quedará plasmado en el avance psíquico de cada paciente. (Maruottolo, 2012, p. 283)

Desde esta perspectiva, el cuidado de la comunidad desde la integración y reconocimiento de todos sus miembros conllevará el cuidado de cada una de las personas que forman parte de ella.

En el desempeño profesional simultáneo de las autoras de este estudio en una comunidad terapéutica democrática, con pacientes psiquiátricos, y en el ámbito docente universitario con la metodología del aprendizaje-servicio, se han podido observar los paralelismos entre los principios, los componentes y los procesos que parecen operar en cada uno de estos contextos; pudiendo observar, paralelamente, como evolucionan los pacientes en su proceso terapéutico y como parecen avanzar los estudiantes en su desarrollo psicosocial, académico y ético.

Tanto en el aprendizaje-servicio como en la comunidad terapéutica democrática, se considera fundamental **democratizar los procesos** de tratamiento y de aprendizaje, respectivamente. En ambos enfoques **se huye de posturas paternalistas**, instando a que pacientes y alumnos tomen **parte activa y se corresponsabilicen** de sus procesos. Se les brinda la oportunidad de actuar como su propio agente de cambio. En ambos contextos se trabaja en desarrollar los recursos de las personas, siendo así el **aprendizaje-servicio** una **metodología que subraya y promociona los recursos y potencialidades de los estudiantes**. Éstos se van desarrollando a medida que se hacen responsables y forman parte activa de su proceso de aprendizaje; que se dan cuenta de que su contribución es importante y valiosa para la comunidad, siendo además reconocidos por ella; que descubren y potencian sus habilidades; a medida que se van

sintiendo parte integrante y activa de un grupo de trabajo cooperativo y, en última instancia, de la comunidad.

Así, el aprendizaje-servicio favorece la integración en la comunidad y la socialización del estudiante, a la vez que contribuye a la mejora de la comunidad y al reconocimiento de todos sus miembros como personas valiosas para la misma, lo que redunda en un aumento del sentimiento de autoeficacia, autoestima y de bienestar psicológico de las personas que forman parte de la experiencia.

La anterior observación potencia la propia inquietud por pasar de la apreciación subjetiva a investigar empíricamente los efectos de la metodología del aprendizaje-servicio en la salud biopsicosocial de los estudiantes, población no clínica, cuyos beneficios pueden ser mucho más sutiles que la evolución que se puede observar y constatar en los pacientes clínicos, pero no por ello menos importantes.

Tanto en salud mental como en educación se corre el riesgo de centrar la atención y el esfuerzo en los déficits, olvidando los recursos a desarrollar. Aún se observa una preferencia en la investigación por estudiar los factores de riesgo o los factores psicosociales en el curso de la enfermedad una vez adquirida, en lugar de los factores protectores y promotores de salud (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007; Herrera y Delgado, 2008). Es esta última postura la que sigue el presente estudio.

Por tanto, se plantea comprobar en la presente tesis **si se da una mejora de la salud integral de los estudiantes universitarios de grado a través de un Programa de Aprendizaje-Servicio** de la Universidad de Deusto, integrado en el currículum académico.

Específicamente, se comprobará su impacto sobre el bienestar subjetivo, sobre los estados de ánimo depresivos, sobre los niveles de ansiedad, de adaptación social y sobre la salud percibida a nivel físico y psicológico.

El contenido del presente trabajo se estructurará en dos partes. Una primera parte teórica en la que se abordará la descripción de la metodología del aprendizaje-servicio y la evidencia hallada acerca de su potencial como agente promotor de salud, y una segunda parte empírica en la que se comprobará y analizará el impacto en la salud de los alumnos de un Programa de Aprendizaje-Servicio desarrollado en la Universidad de Deusto en el curso académico 2011-12.

Con respecto a la **primera parte teórica**, específicamente en el capítulo 2 se desarrollará la conceptualización y descripción de la metodología del aprendizaje-servicio, así como su encuadre en el ámbito de la educación superior.

En el capítulo 3 se contextualizará la metodología del aprendizaje-servicio en el marco pedagógico de la Universidad de Deusto.

En el capítulo 4 se expondrá la evidencia hallada en la literatura acerca de los efectos positivos del aprendizaje-servicio y del servicio solidario en la salud integral (salud física, psicológica y social) de las personas que lo realizan. Asimismo, se propondrán mecanismos explicativos de tales efectos.

En el capítulo 5 se describirán las variables de salud integral seleccionadas como aspectos de salud objeto de estudio en la presente tesis.

En el capítulo 6 se desarrollará una justificación de la presente investigación y se describirán las bases teóricas de la misma (Modelo Biopsicosocial).

En cuanto a la **segunda parte empírica**, en el capítulo 7 se expondrán los objetivos e hipótesis de la presente tesis.

En el capítulo 8 se describirá la metodología empleada en el estudio empírico.

En el capítulo 9 se expondrán los resultados obtenidos a través del análisis de datos.

En el capítulo 10 se discutirán los resultados obtenidos, incluyendo el contraste de las hipótesis, las limitaciones del estudio empírico realizado y las conclusiones generales.

En el capítulo 11 se abordarán las implicaciones y aplicaciones prácticas que se desprenden del presente estudio, así como la propuesta de futuras líneas de investigación.

Capítulo 2

Aprendizaje-Servicio

CAPÍTULO 2. Aprendizaje-Servicio

“No hay palabra verdadera que no sea unión inquebrantable entre acción y reflexión”
Paulo Freire

2.1. Introducción

2.2. Antecedentes y fundamentos teóricos del aprendizaje-servicio

2.3. Definición y características del aprendizaje-servicio

2.4. El aprendizaje-servicio en el marco de la educación superior

2.5. La importancia de la reflexión crítica en el aprendizaje-servicio

2.1. Introducción

El *aprendizaje y servicio solidario* (AySS) o *aprendizaje-servicio* (ApS de aquí en adelante) es una metodología pedagógica que integra el servicio a la comunidad con el aprendizaje de conocimientos, habilidades y valores. Ambos componentes, servicio a la comunidad y aprendizaje experiencial, forman parte de la tradición educativa y son sobradamente conocidos en los ámbitos de la educación formal y no formal. Sin embargo, su integración en una sola actividad educativa, articulada y coherente ha hecho de ella una **propuesta psicoeducativa innovadora** (Campo, 2008; Puig, Martín y Batlle, 2007; Puig y Palos, 2006; Tapia, 2008a).

Así, el estudio de las demencias en un curso de neuropsicología y el desarrollo de trabajos prácticos en el aula es aprendizaje. Realizar acompañamiento a personas mayores en situación de soledad o sin recursos, es servicio comunitario. Sin embargo,

cuando la intencionalidad pedagógica y la intencionalidad social se integran en una actividad compleja y superadora, se pueden encontrar estudiantes de neuropsicología que diseñan y aplican programas de estimulación cognitiva a población mayor con deterioro cognitivo y con escasos recursos socio-económicos. Esto es *aprendizaje-servicio* (Tapia, 2010). De este modo, se puede definir inicialmente esta metodología como “una propuesta educativa que combina procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad en un solo proyecto bien articulado, en el que los participantes se forman al trabajar sobre necesidades reales del entorno con el objetivo de mejorarlo” (Puig y Palos, 2006, p. 61).

Las propuestas de ApS integran las actividades de servicio solidario en el currículum académico de los estudiantes, promoviendo que utilicen los contenidos y herramientas académicas en atención a las necesidades detectadas de la comunidad (Arratia, 2008), pero además favorecen su desarrollo como profesionales, personas y ciudadanos. Es esta promoción del desarrollo personal, a través de la adquisición de competencias psicosociales, la que dota a esta metodología de la cualidad de psicoeducativa.

De manera más específica, el término *aprendizaje-servicio* puede designar a experiencias, proyectos o prácticas realizadas por un grupo concreto de personas. También puede referirse a programas, es decir, al conjunto de experiencias que se desarrollan en el marco de planes o políticas institucionales de ApS (Tapia, 2010).

Además de la aproximación educativa, psicoeducativa y de la aproximación como programa específico de intervención comunitaria, el término de *aprendizaje-servicio*

puede hacer referencia a una filosofía. En palabras de Puig, Batlle, Bosch y Palos (2007):

El aprendizaje-servicio, sin dejar de ser una pedagogía y un programa es también una filosofía. Es una manera de entender el crecimiento humano, una manera de explicar la creación de lazos sociales y un camino para construir comunidades humanas más justas y convivenciales. La vertiente filosófica quiere poner de relieve que el aprendizaje-servicio debe pasar de la caridad a la justicia, del servicio a la satisfacción de las necesidades de la comunidad y del éxito individual a la formación personal y colectiva. (p. 18)

Se trata, así, de un aprendizaje basado en la experiencia, en el que se combinan y vinculan la acción en contextos reales, la reflexión crítica, el aprendizaje de contenidos y la investigación, formando a los estudiantes para convertirse en miembros contribuyentes de una sociedad más justa y democrática (Ramírez y Pizarro, 2005). Lejos de preparar a los estudiantes para un trabajo en particular, el ApS los prepara para resolver los problemas de su entorno, ofreciéndoles la posibilidad de explorar las interconexiones entre la teoría del aula y la práctica enfocada a necesidades comunitarias (Herrero, 2010). Lo anterior hace del ApS una metodología psicoeducativa, orientada a la educación para la ciudadanía, inspirada en las pedagogías activas y compatible con otras estrategias educativas (Batlle, 2010). De este modo, el ApS busca lograr un impacto positivo en todos los niveles: en los estudiantes (desarrollo psicosocial y académico a través del aprendizaje experiencial, la reflexión crítica y la formación en valores asociada), en los profesores involucrados y en la comunidad (Ramírez y Pizarro, 2005).

Asimismo, se da una **reciprocidad entre el aprendizaje y el servicio** solidario (Figura 1): el aprendizaje hace que el servicio solidario sea más eficaz y, a su vez, el servicio solidario permite hacer más efectivos los aprendizajes (Rubio, 2008).



Figura 1. Reciprocidad entre el Aprendizaje y el Servicio. Adaptado de L. Rubio (2008). *Guía zerbikas 0: Aprendizaje y servicio solidario. Guía de bolsillo* (p. 5). Bilbao: Zerbikas Fundazioa.

Al unirse ambos componentes, se genera una realidad nueva que intensifica los efectos de cada uno de ellos tomados por separado (Rubio, 2008, p. 5):

- *El aprendizaje mejora el servicio* puesto que lo que se aprende se puede transferir en forma de acción y permite prestar un servicio de calidad a la comunidad.
- *El servicio mejora el aprendizaje* puesto que lo motiva y dota de sentido, le aporta experiencia vital y permite extraer nuevos aprendizajes. La motivación de los estudiantes aumenta al darse cuenta de la utilidad de los aprendizajes que adquieren al poder ponerlos en práctica haciendo algo útil para su comunidad.

Eyler y Giles (1999) sugieren tres razones por las que el ApS contribuye a la mejora del aprendizaje y a la capacidad para aplicar el conocimiento adquirido:

- El aprendizaje es más significativo cuando los estudiantes están más implicados e interesados en los problemas que experimentan directamente en el contacto con la comunidad.
- Los estudiantes se dan cuenta de que pueden recordar mejor el material que aprenden y ponen en práctica en contextos reales.
- El aprendizaje se da a través de las relaciones interpersonales y se fortalece cuando los estudiantes experimentan que su trabajo es útil y tiene un impacto directo y visible en las vidas de otras personas.

Billig y Eyler (2003, p. 4) añaden que el ApS supone un ejemplo de pedagogía que se compone de elementos cuya eficacia para promover un mejor aprendizaje es sobradamente conocida:

- Aprendizaje activo
- Retroalimentación frecuente de expertos, estudiantes y otros miembros de la comunidad, que es ofrecida de forma no amenazante para los estudiantes.
- Colaboración y cooperación.
- Aprendizaje cognitivo (los alumnos disponen de un tutor con el que conjuntamente pueden discutir, aprender y generalizar los contenidos, transferir el conocimiento entre la teoría y la práctica y analizar la complejidad de las circunstancias).

- Aplicación práctica en la que los alumnos son implicados en tareas que tienen consecuencias reales pero a la vez tienen una red de seguridad ante errores importantes.

Así, las actividades de ApS proveen a los estudiantes la oportunidad de aumentar el desarrollo académico, permitiéndoles aplicar y potenciar su conocimiento y habilidades a través del trabajo con una necesidad concreta de la comunidad relacionada con el currículum. Por ejemplo, los estudiantes de una clase de arquitectura pueden usar y potenciar sus competencias a través del diseño de una rampa de acceso para personas con movilidad reducida; los alumnos de una clase de dietética y nutrición pueden hacerlo diseñando menús equilibrados para ciertos comedores sociales; los estudiantes de una clase de lenguaje pueden aplicar y desarrollar las habilidades de expresión oral y escrita a través de la realización de una campaña de sensibilización hacia la contaminación que soporta el aire de su localidad; o los alumnos de una clase de informática pueden poner en práctica y potenciar sus conocimientos y habilidades sociales impartiendo clases de informática a personas desempleadas con escasos recursos.

Los ejemplos anteriores permiten observar que una de las intenciones principales que se han atribuido al ApS ha sido el impulso del desarrollo académico y de la responsabilidad cívica. Sin embargo, la experiencia de ApS también permite a los estudiantes desarrollarse personal y socialmente (Furco y Billig, 2002). En este sentido, la metodología del ApS trasciende lo puramente educativo, incluyendo elementos de compromiso social, transformación social y de desarrollo personal, interpersonal y ético.

Además, el ApS es a la vez una acción docente y una acción de servicio, que implica que los estudiantes, docentes y miembros de instituciones comunitarias trabajen juntos para responder a las necesidades de la comunidad y que se materializa en una forma de diseñar, planificar y evaluar actividades de docencia propias de la disciplina en cuestión (Ramírez y Pizarro, 2005). Posiblemente, esta forma de implantar la metodología constituye una de las innovaciones más importantes del ApS, al requerir que distintos sectores, que habitualmente han trabajado entre sí de forma paralela y escindida, establezcan redes y trabajen juntos. Esto permite que no sea necesario crear una gran estructura para llevar a cabo los proyectos de ApS, sino que se trata de aprovechar los recursos y servicios del territorio en cuestión y que sean sus agentes (profesorado, organizaciones, entidades sociales) los que establezcan dichas redes (Batlle, 2012). En los siguientes apartados del presente capítulo se seguirá profundizando en sus características y componentes, previa revisión de sus antecedentes y fundamentos teóricos.

2.2. Antecedentes y fundamentos teóricos del aprendizaje-servicio

Realmente, el aprendizaje-servicio no es un invento psicoeducativo totalmente nuevo y su práctica es más frecuente de lo que parece. Existen numerosas experiencias, tradiciones educativas y prácticas que, sin usar este término, han aplicado sus principios. De este modo, se llevan realizando experiencias de ApS o prácticas muy similares desde hace tiempo y en diferentes partes del mundo. Reconocer este hecho es útil para poder sistematizarlas, mejorarlas, impulsar su difusión y darles el reconocimiento que merecen (Puig y Palos, 2006). Se trata de darle la perspectiva de

descubrimiento, de combinación e integración de elementos que ya se están poniendo en práctica en las instituciones educativas y que, por lo tanto, no supone una innovación alejada de sus culturas (Batlle, 2010). Se podría decir que es una propuesta conocida en cada una de sus etapas, pero innovadora cuando se une en una sola actividad compleja de ApS. En palabras de Puig y Palos (2006):

Al describir experiencias de aprendizaje-servicio, todo lo que se nos cuenta resulta cercano, pero algo en ellas es también nuevo [...] La primera impresión es doble: por una parte, advertimos elementos conocidos y, por otra, nos sorprenden las enormes posibilidades educativas que ofrece. Es cierto que está hecho de cosas conocidas y que tiene un aire familiar que lo convierte en algo próximo, pero a la vez también es verdad que supone una novedad pedagógica que puede contribuir a transformar la educación en sus diferentes niveles. (p. 60)

Las primeras manifestaciones de la práctica de ApS a nivel mundial pueden rastrearse a finales del s. XIX y principios del XX, con la difusión del movimiento de “extensión universitaria”, que hace referencia al deber de ejercicio de la responsabilidad social por parte de las universidades. A pesar de que las acciones no estaban asociadas a contenidos curriculares específicos, permitían desarrollar prácticas profesionales al servicio de necesidades sociales. Sin embargo, el primer caso documentado de ApS en los Estados Unidos se encuentra alrededor de 1915, donde un grupo de escuelas rurales integró formalmente contenidos de aprendizaje, experiencias de trabajo y servicio a la comunidad con intencionalidad pedagógica (Tapia, 2008a, p. 39).

Con respecto al término de “aprendizaje-servicio”, parece haber consenso en la literatura en situar su uso por primera vez (en la voz inglesa *service-learning*) en 1966-

67 en Estados Unidos, cuando se empleó para designar un proyecto de desarrollo local en Tennessee, que unía a docentes y estudiantes de la Oak Ridge Associated Universities con organizaciones de desarrollo de la zona. El término se consolidó en la primera Conferencia Nacional sobre Aprendizaje-Servicio (*Service-Learning Conference*) que se celebró en Atlanta (EEUU) en 1969, describiéndose por primera vez como “*una tarea necesaria para el crecimiento educativo*” (Francisco y Moliner, 2010; National Service-Learning Clearinghouse, 2012; Tapia, 2008a).

La propuesta educativa del ApS se aplica hoy en instituciones de todos los niveles educativos en diversos puntos del planeta y bajo diversas denominaciones: “servicio social curricular”, “trabajo comunal universitario”, “práctica preprofesional comunitaria”, “extensión curricular”, “voluntariado educativo”, etc. (Tapia, 2008a, p. 20).

En España, algunas organizaciones comenzaron a difundirlo bajo el término norteamericano de *service-learning* (Tapia, 2008a). Sin embargo, actualmente se observa un claro consenso entre los agentes que se ocupan tanto de su estudio como de su promoción y ejecución, en utilizar la traducción castellana del término: aprendizaje-servicio. También se utiliza el término completo, aprendizaje y servicio solidario, que hace hincapié en el concepto de solidaridad y que es de uso frecuente en el contexto latinoamericano (Tapia, 2010).

En la actualidad, el ApS en España se encuentra en un proceso de difusión, en el que cada vez más instituciones educativas de distintos niveles (educación primaria, educación secundaria obligatoria, centros de iniciación profesional, bachillerato, ciclos medios y superiores, universidades), y tanto del ámbito educativo formal como no

formal, incorporan esta propuesta pedagógica a su metodología. Según el informe elaborado por Batlle (2010) sobre la situación del ApS en España, hay 21 universidades que forman parte de la Red Universitaria de Aprendizaje-Servicio.

A nivel mundial, en los últimos años se observa un creciente interés por el uso del ApS y ya está presente en los cinco continentes. Kenworthy-U'Ren (2008), en una reciente revisión, concluye que el ApS ha vivido en la última década un amplio proceso de expansión, utilizándose como metodología educativa en múltiples disciplinas y niveles educacionales e implantándose en universidades a lo largo de todo el mundo.

Con respecto a los **fundamentos teóricos** del ApS, se puede observar que su filosofía y metodología se fundamenta en diversas teorías y aportaciones de autores, integrándolas en una unidad de acción. A continuación se exponen algunas de las influencias y fundamentos más relevantes.

Una de las principales influencias teóricas del ApS surgió de la **filosofía educativa del “aprender haciendo”** del filósofo, pedagogo y psicólogo estadounidense **John Dewey** (1916, 1926, 1938), basada en que el conocimiento se crea a través de la transformación provocada por la experiencia. La educación debería partir entonces de la experiencia real de los protagonistas, que habría de ser realizada de manera cooperativa y no encerrándose dicha actividad sobre sí misma, redundando en beneficio de la comunidad. Así, este autor pionero en las ideas que fundamentan el ApS, consideraba crucial conectar el conocimiento a la experiencia, la reflexión a la acción; a los individuos con la sociedad, enfatizando la democracia y lo comunitario. Por tanto, la enseñanza habría de ser democrática, interactiva y participativa (Arratia, 2008; Deans, 1999; Jacoby, 1996; Puig y Palos, 2006). Dewey lideraba una corriente educativa

emergente en Estados Unidos a principios del S.XX junto a otros autores entre los que se encontraba **William James**, quien publicó en 1910 su obra “*The moral equivalent of war*”, en la que sostenía que el servicio solidario era el “equivalente moral de la guerra” (James, 1995), siendo uno de los pioneros del movimiento de objeción de conciencia al servicio militar. La obra de ambos inspiraría el surgimiento de las primeras experiencias estructuradas de servicio comunitario estudiantil en Estados Unidos (Tapia, 2000) y las ideas de Dewey estimularon el que posiblemente sea el programa de ApS más antiguo que hoy se desarrolla en EEUU, “El programa de Educación y Trabajo del Antioch College”, que establecía como objetivo “preparar a los estudiantes para vivir eficazmente en un mundo complejo” (Tapia, 2008a, p.39). Asimismo, la **educación experiencial** apoya la idea de que la educación va más allá del desarrollo cognitivo o académico de los estudiantes, incluyendo el desarrollo intelectual, social, personal cívico y moral (Dewey, 1938; Furco y Billig, 2002).

La teoría de **desarrollo psicosocial** de **Erik Erikson** (1950, 1968, 1980), provee una base teórica que contribuye a la fundamentación de los procesos por los que el ApS promueve el desarrollo psicosocial de los estudiantes. Erikson consideraba que la personalidad cambia a lo largo de toda la vida. Partiendo de la teoría psicoanalítica, subraya el papel de la cultura y las relaciones sociales en el desarrollo y enfatiza que la historia vital no puede ser separada del momento histórico y de las influencias del contexto social. Para Erikson, el desarrollo es un proceso continuo de encuentro con el entorno social, considerando que la interacción con el entorno es la clave del desarrollo y de la conformación de la identidad (Branderberger, 1998). Asimismo, el autor consideraba que cada persona sigue una secuencia básica de cambios emocionales y sociales asociados al momento evolutivo. Estos cambios son *normativos*, ya que son

comunes a la mayoría de los miembros de una población y emergen en etapas, marcadas a veces por crisis emocionales que preparan el camino para el desarrollo posterior. Las etapas de desarrollo psicosocial que Erikson relaciona con la juventud y la edad adulta temprana (etapas que corresponderían a los estudiantes de ApS en el marco de la educación universitaria) son respectivamente la de *identidad frente a conflicto de identidad* (cuya tarea principal es la conformación de la identidad) y la de *intimidad frente a aislamiento*, que sería el tema principal de dicho periodo. Si los jóvenes adultos no son capaces de hacer compromisos personales profundos con otros, pueden aislarse y ensimismarse, según el autor. No obstante, también destaca que necesitan de cierto aislamiento para reflexionar sobre su vida. Mientras trabajan para resolver las demandas conflictivas de la intimidad, distancia, competitividad y cooperación, los jóvenes desarrollan un sentido ético (Papalia, Olds y Feldman, 2005). En consonancia con la teoría de Erikson, el ApS se intrinca directamente en el contexto social, cultural y político, tratando de responder a sus desafíos actuales. Además, el ApS posibilita el encuentro con los otros y la reflexión sobre la propia vida, contribuyendo al desarrollo psicosocial de los estudiantes.

Jean Piaget (1972) introdujo la noción de que el pensamiento abstracto se desarrolla en la base de la interacción con el entorno. El autor coincide con Dewey en la perspectiva interaccionista que otorga al aprendizaje y con Erikson en la consideración de la interacción con el entorno como clave del desarrollo. Piaget enfatizaba las actividades de descubrimiento y el aprendizaje constructivo en interacciones con el medio para la evolución cognitiva, considerando importante la presencia de conflictos cognitivos para el desarrollo del aprendizaje. Es decir, desde esta perspectiva, el aprendizaje se produce a partir de una perturbación por un desequilibrio entre los

conocimientos que la persona tiene y las nuevas informaciones recibidas. La nueva información interactúa con el conocimiento previo a través de un proceso de *asimilación-acomodación* que tiene como resultado la modificación de esquemas de conocimiento previos o la creación de esquemas nuevos. Así, algunos estudiantes de ApS pueden que vean confirmados sus estereotipos al trabajar con determinados colectivos vulnerables o en riesgo de exclusión social, mientras que otros pueden empezar a construir una nueva comprensión de las raíces de la exclusión social y sus procesos. Sólo un aprendizaje significativo es capaz de modificar los esquemas de la persona y, para conseguirlo, es preciso favorecer la conexión entre las experiencias, los conocimientos previos y los nuevos conocimientos, así como el conocimiento con la experiencia práctica y lo cognitivo con lo afectivo. Piaget opinaba que “para que la inteligencia funcione se necesita un motor que es lo afectivo. Uno nunca trata de resolver el problema si el problema no le interesa. El interés, la motivación afectiva es el móvil de todo” (Bringuier, 2002, p. 92). Además, consideraba que la experiencia física directa, la práctica, supone una toma de conciencia de la realidad que favorece la solución de problemas e impulsa el aprendizaje. Desde este punto de vista, los contenidos de aprendizaje no son el fin en sí mismo, sino un medio al servicio del desarrollo evolutivo. Sus ideas implican la necesidad de fomentar el aprendizaje interactivo, la cooperación, el diálogo y el intercambio de puntos de vista en la búsqueda conjunta del conocimiento (Branderberger, 1998; Bringuier, 2004; Gros, 2002; Piaget, 1972; Tryphon y Vonèche, 2000).

Así, para Piaget, la inteligencia es una actividad, un proceso de aprendizaje a través de la interacción con el entorno. El aprendizaje y el desarrollo cognitivo no son un resultado pasivo del medio ni una capacidad predeterminada, sino resultado de la

interacción continua del crecimiento individual con el entorno. Esta concepción de inteligencia es paralela a los principios básicos del ApS. Dos de los conceptos clave de Piaget, interacción y construcción, fundamentan la práctica del ApS. A través de la interacción con el entorno, las personas construyen conocimientos significativos de sí mismo y el mundo. Las personas procesan los desafíos del medio usando todavía las estructuras cognitivas desarrolladas, a la vez que adaptan estas estructuras a los nuevos estímulos y necesidades. Este cambio cognitivo es doloroso, así como lo es la comprensión de los estudiantes de ApS de aspectos de la dinámica socio-política y la consiguiente desigualdad social con la que se ven directamente confrontados durante la experiencia de ApS (Branderberger, 1998).

Piaget fue uno de los precursores del constructivismo, postura teórica que sobre todo en su perspectiva social influencia la metodología del ApS. Surgió a mediados del siglo XX con los aportes teóricos de investigadores de disciplinas diversas (física, matemáticas, biología, psicología, etc.) y en la actualidad sigue vigente como marco de referencia de las mismas. El constructivismo sostiene que el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano a través de su interacción con el medio. Esta construcción se realiza con los conocimientos y esquemas previos que la persona ya posee fruto de su historia de interacción con el entorno (Agudelo-Bedoya y Estrada-Arango, 2012). Dentro del constructivismo, hay variaciones en la comprensión de la adquisición del conocimiento. Según el “constructivismo psicológico” de Piaget, el conocimiento se forma en la relación entre la experiencia que se tiene con la realidad del medio circundante y las estructuras de pensamiento que se van desarrollando a partir de ella. Es decir, hace referencia a un proceso interno, en oposición a la visión tradicional de aprendizaje como efecto inmediato de la transmisión proveniente de

otros. Pero aún más cercano a la metodología del ApS está el **constructivismo social**, que tuvo como uno de sus principales exponentes a **Lev Vygotsky** (1978), quien consideraba que el aprendizaje requiere de la asistencia de otros que ya han construido desarrollos más avanzados. Así, dos elementos fundamentales de la perspectiva de Vygotsky son el énfasis en la relación entre desarrollo cognitivo y entorno sociocultural y la propuesta de transformar el entorno para provocar desarrollo cognitivo (Flecha y Puigvert, 1998). De este modo, el aprendiz puede resolver, con la ayuda de otros, problemas más complejos que los que resolvería solo (Agudelo-Bedoya y Estrada-Arango, 2012; Ordoñez, 2004). Así, la visión del aprendizaje desde el constructivismo social enfatiza la influencia de los contextos sociales y culturales en el conocimiento y apoya un modelo de descubrimiento del aprendizaje, en el que los estudiantes deben ser aprendices activos que construyen su conocimiento a partir de experiencias personales con los otros (Ramírez y Pizarro, 2005). Se basa, en definitiva, en el aprendizaje cooperativo y su función principal es la de construir el conocimiento entre los participantes en la tarea académica (Hernández, 2007), principio básico del ApS.

Posterior y superadora de las posturas constructivistas, y en consonancia con el constructivismo social de Vygotsky (Flecha y Puigvert, 1998), está la teoría educacional del pedagogo brasileño **Paulo Freire**, cuyos principios han influido en la fundamentación teórica del ApS y han sido clave en el desarrollo de estas prácticas (o similares con distintas denominaciones) en Latinoamérica. Asimismo, su **pedagogía crítica** ha tenido gran influencia en los educadores a partir de la segunda mitad del siglo XX (Deans, 1999), aunque se observe cierta resistencia en la implantación de sus principios en las reformas educativas, influenciadas por el neoliberalismo y el capitalismo imperante en la cultura occidental (Flecha y Puigvert, 1998; Rebellato,

1998). En su obra *Pedagogía del Oprimido* (Freire, 1978), el autor articula una teoría educacional basada en la comprensión crítica de la dinámica del poder sociopolítico y en la relación dialéctica entre la palabra y el contexto sociocultural. Enfatiza la necesidad de criticar las estructuras políticas y sociales desde el ámbito educativo y subraya el potencial para la transformación social y personal a través del diálogo, la unión de la reflexión-acción y el desarrollo de la conciencia crítica. Así, desde las ideas de Freire, no es posible escindir la práctica de la teoría, el acto de conocer el conocimiento ya existente del acto de crear nuevo conocimiento, el enseñar del aprender o el educar del educarse (Jara-Holliday, 1998).

Freire considera el diálogo como generador de la relación educativa. En el diálogo *somos y nos hacemos*. En él se experimenta el acceso a otros, a sus necesidades, a su manera de relacionarse con las cosas. Lo otro, lo diferente *a mí*, adquiere una importancia clave para el autor, ya que en esa relación se crean los soportes interactivos y se concreta la riqueza que posibilita fundamentar la unidad en la diversidad. En el nivel relacional es donde es posible el diálogo y donde se concreta la dialéctica *objetividad-subjetividad, conciencia-mundo*; es donde el diálogo adquiere su potencial de transformar. Educador y educandos se educan mutuamente, haciendo juntos el camino de la búsqueda de la verdad y construyéndose conjuntamente como personas. De este modo, el educador adquiere una función de acompañante de un proceso, que a la vez se educa con quienes acompaña en la misma tarea de diálogo y de reflexión. Desde este punto de vista, el acto educativo no se puede reducir a un acto informativo y de instrucción, asimétrico, paternalista o unidireccional. Sino bidireccional y dialógico. Y esto no se reduce sólo a dejar hablar al educando, si no que implica una escucha, reflexión y construcción real y conjunta. Se trata de capacitar a las personas para

apropriarse críticamente del conocimiento universal acumulado y construir el conocimiento, en lugar de sólo transmitirlo unidireccionalmente. El diálogo educativo, sólo puede serlo en la medida que implica una postura crítica (Fernández, 1998; Leis, 1998). En palabras de Fernández (1998):

La esperanza de construir un futuro distinto, de los conflictos que vivimos comprensivamente, es solamente real y se hace solamente realidad desde y con el diálogo. El diálogo como base de comunicación da razón de construirse lo humano en su elemento más vital y por tanto, lo que puede construir lo educativo. (p. 62)

De este modo, la teoría y práctica de Freire orientan a luchar por valores como la igualdad, solidaridad, autonomía y la necesidad de hacerlo conjuntamente por el conjunto de la sociedad. Asimismo, propone una pedagogía crítica que transforme las dificultades en posibilidades. Esta pedagogía se basa en la búsqueda conjunta de la verdad en un proceso de construcción de conocimiento ligado a la práctica. Para Freire, la educación se mueve entre en la dimensión entre el conocer y el transformar, no existiendo la posibilidad de conocer si no se transforma y viceversa. Conocemos transformando y transformamos conociendo. De otra manera, el acto de conocer tendría su fin en sí mismo, el conocimiento *per se*. Es en la relación con el transformar lo que le da sentido al conocer. En este proceso, todas las personas pasan a ser actores del proceso, en lugar de meros receptores. De este modo, para que se de un proceso de educación, ha de propiciarse una relación estrecha entre la educación y la vida. La metodología pedagógica ha de basarse en la integridad, relacionando las diversas realidades como unidad articulada. No puede ser sólo técnica, dejando de lado aspectos humanos o éticos, o solo científica, o sólo artística.... Más bien debe unir, integrar y

complementar diversas dimensiones. Se trata de descubrir la realidad desde una perspectiva integral e integrativa, para transformarla y transformarnos juntos. La finalidad es promover una educación que fortalezca la capacidad de las personas de intervenir en la gestión de su propio desarrollo, principios y filosofía por los que se rige el ApS. La pedagogía de Freire ha sido un ejemplo precursor de la relación entre la educación y el cambio; entre la educación y la transformación personal y social (Flecha y Puigvert, 1998; Leis, 1998; Vitón de Antonio, 1998).

En consonancia con Freire, **Jürgen Habermas** (1981), con la publicación de *La teoría de la acción comunicativa*, contribuyó a la comprensión de la construcción de significados como generada por la comunicación entre todas las personas, por la intersubjetividad. Siguiendo el análisis comparativo entre los dos autores de Rebellato (1998), tanto para Habermas como para Freire, la comunicación es trascendental y para ambos el lenguaje es constitutivo de la comunicación. Ambos comparten la crítica e indispensable superación del pensador solitario.

La **teoría de desarrollo moral de Kholberg** (1973) ofrece una perspectiva teórica que fundamenta el objetivo de desarrollo ético y de valores que se pretende través de la experiencia directa y reflexión crítica que los estudiantes desarrollan en los programas de ApS. Según Kholberg, los jóvenes avanzan en el desarrollo moral a medida que se liberan del egocentrismo y se vuelven capaces de pensamiento abstracto. En la edad adulta, el juicio moral suele volverse más complejo. Según la teoría del autor, el avance al tercer nivel de razonamiento moral, la *moralidad posconvencional* guiada por principios, es principalmente una función de la experiencia. En este nivel de desarrollo moral, las personas son capaces de separarse a sí mismas de las convenciones sociales,

ver las cosas desde diferentes puntos de vista y usar habilidades de resolución de problemas más complejas, habilidades que están en consonancia con los objetivos del ApS. La mayoría de las personas no alcanzan este nivel de desarrollo moral hasta los 20 años aproximadamente, en caso de que lo alcancen. Aunque la conciencia cognitiva de principios morales superiores a menudo se desarrolla en la adolescencia, las personas por lo general no se comprometen con estos principios hasta la edad adulta. Dos experiencias que estimulan el desarrollo moral en los adultos jóvenes son encontrar valores en conflicto fuera del grupo familiar y entorno habitual (como puede suceder en la universidad, en el contacto con distintas culturas u otras realidades, etc.) o ser responsable del bienestar de otros. La experiencia conduce a los adultos a reevaluar sus criterios acerca de lo que es correcto y justo. Las experiencias, especialmente las que están fuertemente matizadas por la emoción, permiten la reconsideración moral de una forma que no es posible llevar a cabo mediante discusiones hipotéticas. Así, es poco probable que alguien cuyo pensamiento sigue siendo egocéntrico tome decisiones morales a un nivel posconvencional, pero incluso alguien que piensa de manera abstracta puede no alcanzar el nivel más alto de desarrollo moral a menos que la experiencia iguale a la cognición (Branderberger, 1998; Papalia, Olds y Feldman, 2005), como trata de posibilitar el ApS. Así, el ApS sitúa a los estudiantes en contextos relacionales que presentan numerosos desafíos morales y éticos (Branderberger, 1998).

En consonancia con las anteriores posturas teóricas, está la **teoría del aprendizaje social de Bandura** (1977b), que sostiene que la mayor parte del aprendizaje humano se produce en el contexto social, a través del contacto interpersonal que posibilita el modelado. Para que se pueda instaurar el aprendizaje, es preciso que el comportamiento que se esté estableciendo capte la atención del observador, que el observador retenga la

acción del modelo y realice las acciones del modelo obteniendo el refuerzo adecuado para consolidar el aprendizaje. Las implicaciones de esta teoría para la enseñanza-aprendizaje es la inclusión del modelado como estrategia de intervención y del análisis de como los modelos (padres, profesores, compañeros, persona públicas, etc.) pueden influir en las actitudes, creencias, valores y comportamientos (Alzina, 2006). El autor propone posteriormente en su teoría cognitiva social (Bandura, 1997) un modelo de aprendizaje interactivo entre los factores personales, el entorno y los comportamientos, que denominó *determinismo triádico recíproco*. Los factores personales pueden incluir aspectos como el conocimiento que ya tiene la persona, la motivación, los miedos, la ansiedad, las expectativas de resultado y la autoeficacia. Los factores del entorno hacen referencia al contexto y a las interacciones con la sociedad, y los comportamientos a lo que la persona hace. Estos factores interactúan en una interrelación recíproca continua desde la que se produce el aprendizaje. Así, esta teoría propone que los contextos sociales promueven que se den las interacciones entre los tres factores, de modo que una metodología educativa que emplee la oportunidad de aprender en contextos sociales a través de la experiencia directa (como es el caso del ApS) estará potenciando las posibilidades de aprendizaje. Además, la teoría enfatiza el potencial del estudiante para convertirse en un agente activo en el proceso de aprendizaje (Meaney, Bohler, Kopf, Hernandez y Scott, 2008).

La **teoría de flujo** (*flow*) de Csikszentmihalyi (2000), ofrece otro soporte teórico para el aprendizaje experiencial. Según esta teoría, las actividades son vividas como motivantes y placenteras cuando el desafío se ajusta al nivel de las habilidades de la persona. Si una actividad es demasiado fácil para las propias habilidades, surgirá aburrimiento; si es muy difícil, surgirá ansiedad excesiva. Cuando la persona está

implicada en una actividad que requiere una intensa concentración y en las que las habilidades de la persona y el desafío de la tarea están equilibrados, entonces se da una experiencia placentera que el autor denomina “*flujo*” y que permite que la actividad sea un fin en sí mismo. Las implicaciones de esta teoría para la educación son de gran importancia. Entre ellas, Csikszentmihalyi (1997) propone los siguientes aspectos a tener en cuenta para favorecer la experiencia de flujo en el aprendizaje: han de haber objetivos claros en cada etapa del proceso de aprendizaje; una retroalimentación directa de las propias acciones, de manera que el estudiante sepa en todo el proceso cómo lo está haciendo; integración de la acción y el conocimiento, así como de la acción y la conciencia de lo que se está haciendo en cada momento y cierta despreocupación por los fallos o el fracaso. Lo anterior permite que la actividad de aprendizaje (y el ApS en el caso que nos ocupa) se convierta en un fin en sí mismo, no condicionado únicamente a resultados académicos.

Además, Csikszentmihalyi (1993) argumenta que el crecimiento madurativo implica el desarrollo de un tema de vida integrado o proyecto vital que guíe la toma de decisiones, dónde se pone la energía y el mantenimiento de los propósitos a largo plazo. El autor afirma que el desarrollo positivo implica la diferenciación entre el sí mismo y el otro, a la vez que aumenta una integración con los otros en la búsqueda de objetivos comunes. De hecho, el autor considera que nuestra supervivencia como especie depende de nuestra habilidad para hacer converger la felicidad y el sentido de vida individual con el bienestar y propósito común. El ApS a este respecto provee el contexto para la confluencia del desarrollo individual y social (Branderberger, 1998).

En la década de los 80 surgió la teoría de las **inteligencias múltiples** de **Howard Gardner** (2004, 2006), frente a la concepción reduccionista de inteligencia como capacidad unitaria que había predominado en la primera parte del S. XX desde que surgieran, a principios de siglo, los primeros estudios de inteligencia de la mano de Alfred Binet y Théodore Simon y la consiguiente propuesta del término *Coeficiente Intelectual* (CI) por el psicólogo Stern (1914). Esta noción de inteligencia se limitaba a la inteligencia intelectual o racional, que comprende la habilidad para resolver problemas lógicos o estratégicos, obviando otras capacidades. En cambio, Gardner (2006, p. 3) redefinió la inteligencia como la “capacidad bio-psicológica de procesar información para solucionar problemas o crear productos que son valorados al menos en una comunidad y en una cultura” y propuso la existencia de al menos ocho inteligencias diferentes (lingüística, lógico-matemática, musical, espacial, cinestésica-corporal, interpersonal, intrapersonal, naturalista y, posiblemente, una inteligencia existencial), cuestionando así la reducción de la inteligencia a lo cognitivo. Gardner sostiene que toda persona humana posee, al menos, todas estas inteligencias, y educar es ayudar a desarrollar todas ellas. En este sentido, el ApS moviliza transversalmente diferentes inteligencias y habilidades, evitando la escisión de los aprendizajes disciplinares y la reducción de la inteligencia a lo cognitivo. Cabe detenerse en dos de las inteligencias que propone Gardner por la perspectiva de la presente tesis, la inteligencia interpersonal y la intrapersonal. La inteligencia interpersonal se construye a partir de la capacidad para establecer buenas relaciones con otras personas. La intrapersonal hace referencia al conocimiento de los aspectos internos de uno mismo. El ApS de calidad siempre implica el desarrollo de estas dos inteligencias, particularmente relevantes para la salud mental de las personas.

En la década de los 90, **Goleman** (1995) complementa las inteligencias de Gardner con la propuesta de la **inteligencia emocional**, difundiendo la investigación científica de numerosos autores que evidenciaba su importancia en no solo en el éxito académico, sino en la vida (Goleman, 2008). Mayer y Salovey (1997), pioneros en utilizar el concepto de inteligencia emocional, la han definido como la capacidad para comprender, discriminar y regular los sentimientos y emociones propios y de los demás y utilizar esta información para guiar el pensamiento y las acciones.

La inteligencia emocional permite hacer conscientes los sentimientos propios y de los demás. Produce empatía, compasión, motivación y la capacidad de responder apropiadamente al dolor o al placer. Si se dañan las zonas cerebrales con que se siente, se piensa con menor eficacia (Zohar y Marshall, 2001). Este concepto ha generado mucho interés en el ámbito de la psicología y la educación, y ha obtenido el interés de la investigación, obteniendo resultados muy favorables para la promoción de esta inteligencia. La línea de investigación actual trata de establecer la utilidad de la inteligencia emocional en diversas áreas vitales de las personas. Existen evidencias de que es un predictor significativo de funcionamiento social, personal y académico. (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor y Schellinger, 2011; Ferragut y Fierro, 2012; Fierro, 2006b; Pacheco y Berrocal, 2004; Zavala y López, 2012).

El reconocimiento de las inteligencias múltiples y de la inteligencia emocional ha impulsado la consideración de *educar para la vida*, teniendo en cuenta las competencias sociales y emocionales. En este sentido, la educación emocional ha supuesto una innovación educativa en la que encaja perfectamente la metodología del ApS. La **educación emocional** ha sido definida como un “proceso educativo que pretende

potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social” (Alzina, 2006, p.11). La educación emocional se concibe como un proceso educativo continuo y permanente, puesto que debe estar presente a lo largo de todo el currículum académico y en la formación permanente a lo largo de toda la vida. Es decir, tiene un enfoque de ciclo vital que se propone optimizar el desarrollo humano. Asimismo, la educación emocional es una forma de prevención primaria inespecífica, permitiendo la adquisición de competencias que se pueden aplicar en múltiples situaciones. La prevención primaria inespecífica busca minimizar la vulnerabilidad de la persona a determinadas disfunciones (depresión, estrés, impulsividad, etc.) o prevenir su ocurrencia. Para ello, se propone el desarrollo de competencias básicas para la vida. Cuando aún no hay disfunción, la prevención primaria tiende a confluir con la educación para maximizar las tendencias constructivas y minimizar la destructivas (Alzina, 2006).

Pero aún hay una inteligencia más que la evidencia científica reciente está evidenciado, la **inteligencia espiritual** (también ha recibido otras denominaciones como inteligencia trascendente o existencial) (Torralba, 2010; Zohar y Marshall, 2001). Esta inteligencia complementa las inteligencias múltiples y la inteligencia emocional, estando en sintonía con la metodología y filosofía del ApS. Zohar y Marshall (2001), las autoras pioneras en introducir su conceptualización, la definen de la siguiente manera:

Por inteligencia espiritual me refiero a la inteligencia con que afrontamos y resolvemos problemas de significados y valores, la inteligencia con la que podemos poner nuestros actos y nuestras vidas en un contexto más amplio, más

rico y significativo, la inteligencia con la que podemos determinar que un curso de acción o un camino vital es más valioso que otro. La inteligencia espiritual es la base necesaria para el eficaz funcionamiento tanto del CI como de la Inteligencia emocional. Es nuestra inteligencia primordial. (p. 20)

Así, la inteligencia espiritual no se refiere a religiosidad, sino que tiene que ver con la capacidad para cuestionarse el sentido de la existencia, para dotar al mundo y a las propias experiencias de sentido y significado. Una persona de alta inteligencia espiritual puede practicar cualquier religión, pero sin fanatismo, prejuicios o rigidez. Asimismo, una persona puede tener una alta inteligencia espiritual sin ser religioso. Tampoco se trata de una inteligencia accesorio, sino central para articular la inteligencia racional y emocional. Las autoras argumentan que las personas son esencialmente espirituales porque sienten la necesidad de preguntarse cuestiones “*fundamentales*” o “*sustanciales*” como “*¿Por qué nací?, ¿Cuál es el significado de mi vida? ¿Por qué debo seguir adelante cuando me siento deprimido o frustrado? ¿Qué hace que todo esto valga la pena?*” (Zohar y Marshall, 2001, p. 20). Las personas son empujadas y definidas por un deseo específicamente humano de hallar sentido y valor a lo que se hace y se experimenta. Se desea ver la propia vida en un contexto más amplio y significativo, ya sea una familia, una comunidad, un equipo deportivo, el trabajo vocacional, cierto marco religioso o el mismo universo. Se desea algo a lo que se pueda aspirar, algo que lleve más allá del sí mismo, que proporcione valor al sí mismo y a lo que se hace. Según las autoras, algunos antropólogos y neurobiólogos entienden que este deseo de significado y su valor evolutivo es lo que hizo bajar a los hombres de los árboles hace dos millones de años. La necesidad de que las cosas tuvieran sentido, pudo

dar paso a la imaginación simbólica, a la evolución del lenguaje y al extraordinario crecimiento del cerebro humano (Zohar y Marshall, 2001).

Además, la inteligencia espiritual permite no solo reconocer los valores existentes, sino que posibilita que creativamente se descubran nuevos valores. A lo largo de la historia humana, toda cultura ha tenido algún conjunto de valores, aunque difieran de una cultura a otra. Esto indica que la inteligencia espiritual es anterior a todos los valores específicos y a cualquier cultura, no dependiendo así de ellos. No sucede a partir de valores existentes, sino que más bien crea la posibilidad de tenerlos. Además, esta inteligencia permite integrar lo intrapersonal con lo interpersonal, acortando la distancia entre el sí mismo y el otro (Zohar y Marshall, 2001).

Por tanto, las características para una alta inteligencia espiritual incluyen (Zohar y Marshall, 2001, p. 29):

- Capacidad de ser flexible.
- Poseer un alto nivel de conciencia de sí mismo.
- Capacidad de afrontar y usar el sufrimiento.
- Capacidad de afrontar y trascender el dolor.
- La cualidad de ser inspirado por visiones y valores.
- El rechazo a causar daños innecesarios.
- Tendencia a ver las relaciones entre las cosas (tener una visión holista).
- Tendencia a cuestionarse las cosas y a buscar respuestas fundamentales.
- Poseer facilidad para no dejarse llevar por las convenciones.

La corriente psicológica de la *Gestalt*, postulaba que el todo es más que la suma de sus partes (Perls, Hefferline y Goodman, 1965). Esto es, el conjunto tiene una riqueza, una perspectiva y una magnitud de las que carecen las partes. Este principio propuesto en el S.XX supuso una gran contribución a la ciencia (Zohar y Marshall, 2001) y provee una base para comprender la importancia de la espiritualidad. En la ciencia psicológica, se pueden encontrar posturas teóricas y tipos de psicoterapia que integran la espiritualidad como un factor clave en la salud mental, como la **psicología y psicoterapia transpersonal** (Davis, 2009) o la **logoterapia** de **Victor Frankl** (2004), quien consideraba que la búsqueda de sentido es la primera motivación de la vida de una persona. **Kohlberg**, propuso una séptima etapa del razonamiento moral, que va más allá de las consideraciones de la justicia y que está muy relacionada con el sentido de autotranscendencia (Kohlberg y Ryncarz, 1990). En esta etapa de desarrollo moral, las personas reflexionan sobre el *por qué ser moral*. La respuesta que propone Kohlberg radica en alcanzar una perspectiva más amplia que uno mismo, un sentido de unidad con lo demás, con el universo, lo que permite que una persona vea los problemas morales desde el punto de vista del mundo como un todo (Papalia, Olds y Feldman, 2005).

Además, existe evidencia que relaciona la inteligencia espiritual o la espiritualidad con salud (p. ej., McIntosh, Poulin, Silver y Holman, 2011) y que se expondrá en el cuarto capítulo de la presente tesis al proponer mecanismos explicativos de los efectos positivos en la salud del ApS.

Zohar y Marshall (2001) y Torralba (2010) reflexionan sobre la falta de espiritualidad en la sociedad moderna, que se traduce en dificultades relacionadas con la vivencia de vacío existencial y con el proceso de llevar a cabo un proyecto vital.

Además, señalan que es posible desarrollar esta inteligencia a través del uso de la tendencia a preguntar *por qué*, a buscar conexiones entre las cosas, a ser más reflexivo, a ir más allá del sí mismo, a asumir responsabilidades, a ser más consciente de uno mismo y del mundo. La metodología del ApS provee la posibilidad de usar y desarrollar estas habilidades, de tomar conciencia a través de la reflexión y de la experiencia directa con necesidades de la comunidad, con la que se participa. Promueve el cuestionarse el sentido de las cosas y el sentir que se forma parte de algo que trasciende el sí mismo, que se forma parte de la comunidad. Además, el desarrollo en valores asociado a la metodología del ApS facilita desarrollar un sentido y una coherencia a las acciones y al proyecto vital.

La metodología del ApS es consistente con las perspectivas teóricas citadas, sobre las que se puede fundamentar. En la Tabla 1 se ofrece una síntesis de dichos fundamentos. Desde éstos, el docente no es quien tiene la verdad o el conocimiento sino que adquiere el rol de facilitar, guiar y apoyar la construcción de conocimientos que realiza el estudiante a través de sus experiencias de servicio (Ramírez y Pizarro, 2005). En palabras de Fichtner (2002, p. 9) “*Para poder aprender es necesario enseñar, y, al mismo tiempo, quien enseña ha de tener la capacidad de aprender...*”. El educador se sitúa en un plano más horizontal con respecto al estudiante, con el que a través de la reflexión, el diálogo y la acción conjunta avanzan hacia un crecimiento personal, social, espiritual e intelectual.

Tabla 1

Principales influencias y fundamentos teóricos del aprendizaje-servicio

Autor	Perspectiva Teórica
John Dewey (1916, 1926, 1938)	Aprendizaje experiencial
William James (1910)	Servicio comunitario como alternativa moral a la guerra
Erik Erikson (1950, 1968, 1980)	Teoría del desarrollo de la personalidad
Jean Piaget (1972)	Constructivismo psicológico
Lawrence Kohlberg (1973)	Teoría del desarrollo moral
Albert Bandura (1977)	Aprendizaje social
Lev Vygotski (1978)	Constructivismo social
Paulo Freire (1978)	Pedagogía crítica
Jürgen Habermas (1981)	Teoría de la acción comunicativa
Mihály Csikszentmihalyi (2000)	Teoría de flujo (<i>flow</i>)
Howard Gardner (2004, 2006)	Inteligencias múltiples
Mayer y Salovey (1989, 1997)	Inteligencia emocional
Daniel Goleman (2008)	
Zohar y Marshall (2001)	Inteligencia espiritual
Francesc Torralba (2010)	
Alzina (2006)	Educación emocional

Integrando lo anterior, la propuesta de ApS se fundamenta en los siguientes principios pedagógicos que la enmarcan (Rubio, 2008, p. 7):

- El punto de partida es una concepción del ***aprendizaje*** basada en la exploración, la acción y la reflexión que destaca la aplicabilidad del conocimiento.
- La ***educación en valores*** supone partir de situaciones problemáticas y enfrentarse a los retos desde la experiencia directa, mediante las herramientas que nos otorga la inteligencia moral y con la ayuda de la cultura moral.
- La ***educación para la ciudadanía*** ha de estar basada en la participación activa, responsable, cooperativa y solidaria que busca contribuir a la mejora de la sociedad.
- Supone un ***proyecto educativo con utilidad social***, que detecta necesidades reales de la comunidad y actúa sobre ellas.
- Constituye un ***método para la educación formal y no formal, para todas las edades y que ha de contar con un tiempo y espacio precisos***, que es preciso adaptar y flexibilizar a cada estructura organizativa y situación.
- El servicio busca ***aprender y colaborar en el marco de reciprocidad***, donde todas las partes implicadas reciben algo valioso, superando de este modo prácticas de carácter asistencialista.
- Conlleva un ***proceso de adquisición de conocimientos y competencias para la vida*** al poner en juego de manera planificada objetivos pedagógicos, contenidos curriculares y competencias aplicables propias de la organización en la que se desarrolla.
- Es un ***método de pedagogía activa y reflexiva***, al inspirarse en una pedagogía basada en la experiencia, la participación, la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo y el papel fundamental de la reflexión crítica.

- Implica un ***trabajo en red que coordine las instituciones educativas y las entidades sociales que intervienen sobre la realidad***. El ApS abre y proyecta a las instituciones educativas al entorno social y permite el trabajo en red.
- Persigue ***un impacto formativo y transformador***. El ApS incide directamente en el desarrollo de las personas participantes, las instituciones implicadas y el entorno.

2.3. Definición y características del aprendizaje-servicio

Retomando la definición de la metodología del aprendizaje-servicio, cabe destacar que se pueden hallar múltiples definiciones (véase Tabla 2), como es habitual en las ciencias sociales y humanas. Eyler y Giles (1999) encuentran más de 145 definiciones de ApS. No obstante, se puede observar como el rasgo aceptado por todas las definiciones es señalar la unión del aprendizaje y el servicio como característica principal.

Las diferencias en la definición pueden reflejar las diferentes perspectivas desde las que se puede entender el ApS. Algunas definiciones, toman la perspectiva del ApS **como programa de intervención sobre la comunidad** para optimizar alguno de sus aspectos y para lograr de modo recíproco un mejor desarrollo de las capacidades personales y cívicas de los estudiantes. Desde esta perspectiva, es más probable definir el ApS como un programa opcional para los alumnos o como una actividad a corto plazo que enfatice la promoción de la solidaridad y haga conexiones con la comunidad a través de la prestación de un servicio. Otras definiciones realizan una **aproximación filosófica** desde la que se pone en relieve el sentido último del ApS, que estaría

enfocado a la construcción de comunidades humanas más justas y convivenciales. Así, desde esta posición, el ApS es visto como un modo de enfatizar el rol central que las instituciones educativas pueden jugar en desarrollar la responsabilidad, el desarrollo de ciudadanos solidarios que entiendan profundamente la democracia y el significado de responsabilidad cívica. Por último, otras definiciones enfatizan la **perspectiva educativa** o **psicoeducativa**, desde la que se destacan los dinanismos psicopedagógicos a través de los cuales los estudiantes se educan y desarrollan. Se trataría de determinar qué tipo de mecanismos ponen en marcha los educadores y qué tipo de procesos viven los estudiantes para asimilar los cambios que experimentan en su desarrollo y formación. Desde este punto de vista se pone en relieve su potencial como un poderoso método de enseñanza-aprendizaje recíproco y, por tanto, la necesidad de su integración en el currículum académico (Billig, 2000a; Puig, Batlle, Bosch y Palos, 2007). Desde una perspectiva psicoeducativa, la presente tesis toma como referencia la siguiente definición (Jacoby y And, 1996, p. 5, citado en Puig et al., 2007):

El aprendizaje-servicio es una forma de educación basada en la experiencia en la que los estudiantes se comprometen en actividades que relacionan las necesidades personales y de la comunidad con oportunidades intencionalmente diseñadas con el fin de promover el desarrollo y el aprendizaje de los estudiantes. La reflexión y la reciprocidad son conceptos claves en el aprendizaje-servicio.

Tabla 2

Algunas definiciones de aprendizaje-servicio

Autores	Definiciones de aprendizaje-servicio
Arratia (2008)	La integración de actividades de servicio a la comunidad en el currículum académico, donde los alumnos utilizan los contenidos y herramientas académicas en atención a necesidades reales de la comunidad.
Astin, Vogelgesang, Ikeda y Yee (2000)	Un servicio solidario destinado a atender necesidades reales y sentidas de una comunidad, protagonizado activamente por los estudiantes desde la planificación a la evaluación, y articulado intencionadamente con los contenidos de aprendizaje (contenidos curriculares o formativos, reflexión, desarrollo de competencias para la ciudadanía y el trabajo, investigación).
Martínez- Odría (2007)	Es un método de enseñanza que enfatiza tanto el aprendizaje académico que se desarrolla en el aula, como la realización de un servicio voluntario a favor de las necesidades detectadas en la comunidad próxima.
Ngai (2006)	Es un método de enseñanza que orienta los asuntos y logros académicos hacia la construcción de ciudadanía a través del servicio comunitario. Lo que permite generar al menos tres beneficios: crecimiento intelectual, desarrollo personal y compromiso social.
Puig y Palos (2006)	Es una propuesta educativa que combina procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad en un solo proyecto bien articulado, en el que los participantes se forman al trabajar sobre necesidades reales del entorno con el objetivo de mejorarlo
Seifer y Connors (2007)	Es una estrategia de enseñanza-aprendizaje que integra el servicio comunitario significativo con el aprendizaje académico y la reflexión para enriquecer la experiencia de aprendizaje, enseñar responsabilidad cívica y reforzar las comunidades.
Tapia (2008a)	Actividad o programa de servicio solidario protagonizado por los estudiantes, orientado a atender eficazmente necesidades de una comunidad, y planificada de forma integrada con los contenidos curriculares con el objetivo de optimizar los aprendizajes.
Zerbikas (2013)	Es una metodología que integra el servicio a la comunidad con el aprendizaje de contenidos, habilidades y valores. Funde intencionalidad pedagógica e intencionalidad solidaria.

A pesar de la diversidad en las definiciones y perspectivas, la comunidad académica ha ido convergiendo hacia algunos consensos básicos en torno a tres características fundamentales que lo definen y diferencian de otro tipo de actividades. Como afirma Tapia en 2008, se considera que el ApS es una actividad que implica un servicio solidario que:

- 1) Está **protagonizada por los estudiantes**. Es una propuesta de aprendizaje activo y, por lo tanto, son los estudiantes y no los docentes quienes han de protagonizar las actividades. Éstos han de ejercer un rol de acompañamiento a los alumnos que están aprendiendo a través de la práctica solidaria, dejándoles espacio para que participen en las distintas etapas del proyecto de ApS, desde el diagnóstico de la realidad hasta la evaluación del proyecto y diseño de propuestas de mejora. Un buen proyecto ha de involucrar a los estudiantes en primera persona (Tapia, 2008a).
- 2) Está orientada a **colaborar eficazmente con la solución de problemáticas comunitarias concretas**. No se trata simplemente del estudio o del diagnóstico de la realidad, ni de aprender en base a un problema, sino que además incluye el pensar cómo se puede resolver ese problema y hacer algo concreto en la comunidad (Tapia, 2008a). Los proyectos de ApS se inspiran en los principios de alteridad y reciprocidad. De esta manera, el servicio en el ApS rehúye acciones de carácter asistencialista, concibiéndose como una actividad de colaboración recíproca que conlleva beneficios para todos los agentes implicados. Los alumnos, al desempeñar la actividad en contexto real, obtienen oportunidades de formación y desarrollo como profesionales, personas y ciudadanos que no se pueden ofrecer en las aulas. Así, el ApS provoca un

impacto transformador tanto en los estudiantes, como en las instituciones educativas y sociales que lo impulsan y en el entorno comunitario que recibe el servicio (Puig y Palos, 2006; Rubio, 2008; Tapia, 2008a).

- 3) Está **planificada de forma integrada con los contenidos de aprendizaje y/o investigación incluidos en el currículum**. Esto implica la presencia de unos objetivos claros e intencionados de aprendizaje. Por tanto, aquí el protagonismo de los docentes sí es fundamental, ya que la planificación pedagógica es precisamente lo que distingue al ApS de otras prácticas de voluntariado o responsabilidad social (Tapia, 2008a). Siempre ha de haber un aprendizaje a través de la actividad solidaria en la comunidad.

Las características descritas abren múltiples posibilidades a la hora de diseñar proyectos de ApS, tanto en la educación formal como no formal. En consonancia con ellas, se han señalado cinco componentes básicos que han de compartir todos los proyectos basados en la metodología del ApS (Batlle, 2010):

- 1) **Aprendizaje**: Es importante vincular los proyectos de ApS a aprendizajes curriculares. El programa debe orientarse a la enseñanza de los alumnos, habiendo una clara asociación entre los contenidos académicos y el servicio solidario que realizan (Batlle, 2010). Para ello el aprendizaje debe ser sistematizado, asociado al servicio que se pretende dar, y ha de explicitar lo que los estudiantes aprenderán antes, durante y después de su realización. Los aprendizajes ayudan a comprender la realidad, a diagnosticar las necesidades, a realizar un servicio de calidad, a revisar la propia acción y a mejorarla en un

- futuro. Además, el ApS permite trabajar contenidos de manera interdisciplinaria y potenciar competencias transversales (Rubio, 2008).
- 2) **Servicio solidario:** Los alumnos deben realizar servicios solidarios que respondan a necesidades reales de la sociedad y del entorno, con el objetivo de mejorarlo (Batlle, 2010). El servicio debe responder a las necesidades del entorno inmediato, próximo o global, y concebirse como una actividad de colaboración y beneficio recíprocos entre los distintos agentes implicados y no como una actividad puramente asistencialista.
 - 3) **Proyecto:** Debe haber un proyecto educativo formal que dé estructura a la experiencia, que implique la planificación y evaluación (Batlle, 2010). La intencionalidad pedagógica ha de ser clara y el aprendizaje no debe quedar relegado a un aprendizaje al azar o espontáneo. En el ApS el servicio ha de ser de calidad, permitiendo extraer la dimensión pedagógica de sus acciones y de las vivencias que se derivan de ellas. Ésta es, precisamente, una de las principales tareas educativas en los proyectos de ApS (Rubio, 2008).
 - 4) **Participación activa:** Los estudiantes han de adoptar un rol y una participación activa en la experiencia (Batlle, 2010). Ésta es la base sobre la que se construyen los aprendizajes y lo que los convierte en verdaderamente significativos. Deben ser sus protagonistas quienes intervengan en las diferentes fases del proyecto. La intensidad de este protagonismo debe adecuarse a su edad, madurez y capacidades (Rubio, 2008).
 - 5) **Reflexión:** Los estudiantes deben reflexionar sobre el aprendizaje, el proceso seguido a través del programa, el impacto de su servicio, su utilidad social y las propias experiencias personales. Esta reflexión y toma de conciencia de la

experiencia son fundamentales para garantizar el aprendizaje y el verdadero compromiso de los estudiantes con el proyecto (Batlle, 2010). Esta reflexión permite integrar nuevos aprendizajes y adecuarlos para mejorar la calidad del servicio, a la vez que ayuda a superar actitudes paternalistas al percibir sus protagonistas lo mucho que aprenden con el servicio que realizan (Rubio, 2008). La reflexión convierte el servicio en aprendizaje (Wilczenski y Cook, 2009).

Etapas de un proyecto de aprendizaje-servicio

Un proyecto de aprendizaje-servicio contempla un proceso de diversas etapas, que va desde la concepción del proyecto hasta su evaluación final. En función de las especificidades del proyecto en cuestión, el proceso puede variar y no es lineal en todas sus etapas. El aspecto clave es que haya una cuidadosa planificación y evaluación, además de involucrar a los estudiantes en el proceso. A continuación se exponen las etapas recomendadas en el desarrollo de un proyecto de ApS (Mendía y Moreno, 2010; Puig, Martín y Batlle, 2008).

- 1) **Diagnóstico.** El proyecto comienza con la realización de un diagnóstico institucional, un análisis de la realidad, para evaluar los recursos humanos, financieros y materiales disponibles, así como para conocer las problemáticas y necesidades reales de la comunidad en la que se llevará a cabo el proyecto y las organizaciones o instituciones públicas y privadas que puedan colaborar en el mismo.
- 2) **Planificación del proyecto.** Una vez identificado el tema a abordar, se realiza el diseño del proyecto que incluye la concreción de los objetivos educativos y el alcance del servicio que se quiere prestar; los destinatarios del proyecto; las

responsabilidades de cada uno de los involucrados; el plan de actividades que se llevará a cabo; el tiempo a dedicar y los recursos necesarios. En esta etapa se definen las conexiones del proyecto con el contenido teórico asociado.

- 3) **Establecimiento de relaciones con entidades sociales.** Es preciso identificar las entidades con las que se puede colaborar para, posteriormente, establecer el contacto con ellas, plantear la demanda y llegar a acuerdos.
- 4) **Ejecución.** La ejecución implica la realización del servicio; el trabajo teórico, técnico y reflexivo en el aula; el seguimiento y tutorización del grupo, así como el sostenimiento de la motivación; la relación con las personas y entidades del entorno y la documentación, comunicación y difusión del proyecto. Cabe subrayar que la reflexión es un proceso esencial que ha de estar incluido en todas las etapas del proyecto. En el proceso de reflexión se cuestionan y articulan hechos, ideas y experiencias para añadirles nuevos significados y estimular así el desarrollo de valores, del pensamiento crítico y del desarrollo personal. Es fundamental coordinar espacios de reflexión a lo largo de toda la experiencia de ApS.
- 5) **Cierre y celebración.** Es importante dar por finalizado el proyecto con alguna actividad y reconocer el trabajo de todas las personas involucradas. Se pueden entregar diplomas a los alumnos que hayan realizado una actividad de ApS con éxito; conceder créditos académicos para los profesores que hayan cursado seminarios o realizado una actividad de ApS y entregar certificados de agradecimiento a las agencias e instituciones que hayan colaborado.
- 6) **Evaluación multifocal.** Una vez cerrado y evaluado el proyecto con el grupo, los educadores han de destinar un tiempo para reflexionar sobre la experiencia vivida, teniendo en cuenta también otras valoraciones complementarias: la del propio

centro educativo o entidad; la de las entidades con las que se ha trabajado o que han proporcionado el servicio, etc. Al final de esta etapa es conveniente elaborar una memoria de la experiencia, que además sirva para permitir a otros agentes inspirarse para nuevos proyectos. Específicamente, se puede reflexionar en torno a la evaluación de los siguientes cuatro factores:

- Evaluar al grupo de estudiantes y a cada uno de sus miembros (p. ej., evolución de intereses y motivaciones; nivel académico e intelectual y ético; desarrollo personal y social; experiencia de la dinámica del grupo).
- Evaluar el trabajo en red con las entidades sociales (p. ej., idoneidad de las entidades con las que se ha compartido la experiencia y coordinación con ellas; valoración que hacen las entidades de la colaboración del centro educativo).
- Evaluar la experiencia como proyecto de ApS (p. ej., si se ha de repetir; fortalezas y debilidades). Para ello resultaría conveniente revisar todo lo planificado (identidad del proyecto, objetivos educativos, relación con las entidades sociales, aspectos organizativos, balance económico, etapas de trabajo grupal, etc.) y el planteamiento de la sostenibilidad del proyecto, en clave de recursos económicos y humanos, así como de la satisfacción efectiva de la necesidad social que precisaba atención.
- Autoevaluarse como agente educativo o psicoeducativo (disposición de los conocimientos y capacidades didácticas necesarias; capacidad de resolución de los aspectos organizativos del proyecto; promoción de una adecuada dinámica relacional en el grupo; relación y comunicación con el entorno; propia vivencia personal y profesional de la experiencia de ApS (Mendía y Moreno, 2010; Puig, Martín y Batlle, 2008)).

Diferenciación del aprendizaje-servicio y otras formas de aprendizaje experiencial

El aprendizaje-servicio está basado en el aprendizaje experiencial, sin embargo hay diversos aspectos clave en los que el ApS difiere de otras formas de este tipo de aprendizaje (Furco, 1996; Seifer, 1998). Específicamente, difiere significativamente en las siguientes características (Seifer y Connors, 2007):

- Ofrece un equilibrio entre el servicio y los objetivos de aprendizaje.
- Enfatiza el aprendizaje recíproco.
- Se centra en el desarrollo de competencias personales, sociales y cívicas.
- Aborda las necesidades de la comunidad.
- Implica a la comunidad en el diseño e implementación del programa de ApS.

Diferenciación del aprendizaje-servicio y el servicio comunitario

El servicio comunitario está dirigido principalmente a beneficiar al sector de la comunidad al que va dirigido el servicio, mientras que el aprendizaje-servicio se dirige tanto a la comunidad como a la persona que realiza el servicio, que aprende y se desarrolla a través del servicio que realiza gracias a la comunidad. Además, el ApS se puede diferenciar del servicio comunitario en las siguientes características (Furco y Billig, 2002, pp.7-8):

- Identifica claramente objetivos de aprendizaje.
- Conlleva la implicación del estudiante en seleccionar o diseñar la actividad de servicio.
- Tiene una base teórica.
- Integra de la experiencia de servicio en el currículum académico.

- Ofrece oportunidades para la reflexión del estudiante.

Furco y Billig (2002) señalan que el término *servicio comunitario* puede tener la connotación de actividades altruistas o de caridad en las que las personas que realizan el servicio no aprenden nada significativo en el proceso. Asimismo, los autores señalan que este término puede asociarse a una noción elitista de obligación social que implica la superioridad moral de aquellos que realizan el servicio, en contraposición al carácter de reciprocidad que define al ApS.

Diferenciación del aprendizaje-servicio y el voluntariado

El aprendizaje-servicio no debe confundirse con la prestación de servicios voluntarios. En general, el voluntariado puede ser definido como una actividad en la que se invierte tiempo libremente con el objeto de beneficiar a otras personas, grupo, comunidad o causa (Wilson, 2000). Así, el voluntariado es una práctica de alto contenido de servicio a la comunidad que no supone necesariamente aprendizajes explícitos y sistematizados, aunque puedan suponer un buen punto de partida para elaborar proyectos de ApS (Rubio, 2008).

Se ha señalado que las propuestas de ApS deben tener relevancia y reconocimiento en términos académicos, además de contribuir a la mejora de la calidad de vida y del nivel de inclusión social en la población (Martínez, 2008). Además, para ser considerada una propuesta de ApS, ha de tener unos fundamentos teóricos sólidos, tener unos objetivos claros de aprendizaje, actividades de clase que incluyan el compromiso social y que ofrezca oportunidades para la reflexión (Litzky, Godshalk, y Walton-Bongers, 2010).

Haski- Leventhal et al. (2010) añaden que el ApS difiere del voluntariado en que éste es comúnmente iniciativa del voluntario, mientras que en ApS la iniciativa es de un tercero, como el centro educativo, que conecta a los estudiantes con la sociedad. Además, aunque ni voluntariado ni ApS tienen una recompensa económica, éste puede tener otros beneficios para los estudiantes, como los créditos académicos. Y por último, el voluntariado implica la libertad de elección de llevar a cabo la actividad, mientras que el ApS puede ser opcional u obligatorio, según el programa de estudios.

En el caso que se expone a continuación se puede observar un ejemplo de práctica de ApS y su diferencia con la prestación de servicios voluntarios (Batlle, 2011):

Cuando un grupo de estudiantes decide limpiar las orillas del río cercano a su centro educativo, los alumnos están realizando una labor de voluntariado beneficiosa para la comunidad. Si además de limpiar el río, investigan las condiciones del ecosistema y el impacto de los residuos sobre el mismo, el tipo de residuos que se depositan, el lugar donde convendría depositarlo...y como consecuencia se ponen en contacto con el ayuntamiento para pedir mejoras e inician una campaña de sensibilización ciudadana, nos encontramos ante una actividad de aprendizaje basada en la experiencia y ante un ejemplo de participación ciudadana. La integración de estas etapas y actividades en una sola actividad compleja conformarían una experiencia de ApS.

2.4. El aprendizaje-servicio en el marco de la educación superior

La educación superior constituye uno de los ámbitos más propicios y naturales para el desarrollo de proyectos de aprendizaje-servicio de alto impacto en la comunidad. De hecho, como se ha señalado en el apartado anterior, el término de “aprendizaje-servicio” nació en el marco de las instituciones de educación superior norteamericanas en los años 60 y está ampliamente implantado en las universidades americanas (Martínez, 2008; Tapia, 2008).

La inclusión de la metodología de ApS en la educación superior es expresión de un nuevo modelo formativo de universidad que incorpora la responsabilidad social como parte de su misión, equilibrándola con las misiones de docencia e investigación (Martínez, 2008). En este modelo, la educación solidaria recupera su misión esencial de formación integral de nuevas generaciones de profesionales, integrando la excelencia académica con una responsabilidad social que se convierte en un contenido explícito de enseñanza (Tapia, 2008a). Así, las tres misiones que se atribuyen a la educación superior son la docencia, la investigación y la extensión o responsabilidad social. No obstante, tradicionalmente ha existido cierta escisión e incluso conflicto entre ellas, habiendo corrientes partidarias de promover el compromiso y la responsabilidad social, en contraposición a otras que han considerado que una actividad solidaria puede ser una pérdida de tiempo para garantizar la excelencia académica. Esta visión resulta muy reduccionista, puesto que las tres misiones han de estar equilibradas y adecuadamente integradas, favoreciendo así efectos sinérgicos. En este sentido, las prácticas de ApS son ejemplo y expresión de una adecuada articulación entre la excelencia académica con la excelencia en el compromiso social de la construcción de una sociedad justa (Tapia,

2008a). Desde una concepción integral de excelencia académica, en los últimos años se observa en las instituciones de educación superior una mayor conciencia y preocupación por la educación en valores y para la participación ciudadana de los estudiantes (Tapia, 2006).

La UNESCO (1998), en su declaración mundial sobre la Educación Superior en el S. XXI, afirmaba que la segunda mitad del S. XX pasará a la historia de la educación superior como la época de expansión más espectacular de estudiantes universitarios matriculados. Sin embargo, alerta de que:

... también es la época en que se ha agudizado aún más la disparidad, que ya era enorme, entre los países industrialmente desarrollados, los países en desarrollo y en particular los países menos adelantados en lo que respecta al acceso a la educación superior [...]. Ha sido igualmente una época de mayor estratificación socioeconómica y de aumento de las diferencias de oportunidades de enseñanza dentro de los propios países [...]. Si se carece de instituciones de educación superior e investigación adecuadas que formen a una masa crítica de personas cualificadas y cultas, ningún país podrá garantizar un auténtico desarrollo endógeno y sostenible; los países en desarrollo y los países pobres, en particular, no podrán acortar la distancia que los separa de los países desarrollados industrializados. El intercambio de conocimientos, la cooperación internacional y las nuevas tecnologías pueden brindar nuevas oportunidades de reducir esta disparidad.

Estas palabras advierten sobre la contradicción de la época actual, en la que a medida que crece el conocimiento y el desarrollo científico y tecnológico, la brecha

entre países ricos y pobres cada vez es mayor (Villa y Poblete, 2008). Pero este fenómeno de polarización también puede observarse en las sociedades actuales de los países más desarrollados, donde la distancia entre personas con un alto y bajo poder estatus económico cada vez es mayor.

Es por ello que se requiere una mayor sensibilización desde el ámbito universitario de estos fenómenos y crear en los estudiantes mayor conciencia y compromiso social, de modo que puedan poner sus capacidades y competencias al servicio de los demás y no sólo en su propio provecho o en el de empresas que compiten bajo las exigencias de un mercado libre y globalizado (Villa y Poblete, 2008).

Al vincular las prácticas solidarias con posibilidades de acción profesional que permitan cambios sociales a medio y largo plazo, los programas de ApS pueden contribuir a superar una visión individualista de la propia profesión, y a formar profesionales conocedores y comprometidos solidariamente con las necesidades de su comunidad y de la comunidad internacional (Tapia, 2008b).

Asimismo, la estructura de producción del conocimiento en la educación superior, bajo la lógica de la especialización, tradicionalmente ha tendido a compartimentarse y aislarse de la realidad. Esta es una de las principales razones por las cuales el ApS es especialmente innovador en las universidades, al contribuir a la superación de la fractura entre teoría y práctica que a menudo ha sido señalada como una de las carencias más importantes de la enseñanza universitaria tradicional (Tapia, 2006).

En definitiva, “el desarrollo integral de las personas debe tender al logro de competencias que respondan a exigencias y desafíos de la sociedad y al proyecto de

vida personal y social” (Arratia, 2008, p. 64). En este sentido, las propuestas de ApS son una excelente herramienta para la educación integral y el desarrollo de competencias, al combinar la adquisición de recursos cognitivos (conocimientos, habilidades, actitudes, valores) y la disponibilidad para movilizarlos en contextos reales eficazmente (Martínez, 2008). El ApS requiere movilizar y desarrollar competencias transversales, al tener que poner en juego diversos conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes acorde con la complejidad de la realidad que deben abordar, lo que rompe con la separación y el aislamiento de los aprendizajes disciplinares.

De este modo, el ApS se adecúa perfectamente a las exigencias del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y su modelo de *Aprendizaje Basado en Competencias* (Declaración de Bolonia, 1999), que dicta la integración de los conocimientos al desarrollo de destrezas y competencias, e implica la adquisición de un papel más activo y autónomo por parte del alumno, así como un mayor aprendizaje de carácter práctico y experiencial.

Es pertinente aclarar en este punto que las distintas definiciones del término “competencia” presentan los siguientes aspectos en común (Zabala y Arnau, 2007):

- Hacen referencia a una capacidad o habilidad.
- Se orientan a efectuar tareas o hacer frente a situaciones diversas de forma eficaz.
- Estas tareas se dan en contextos determinados.
- Para realizarlas, es necesario movilizar simultánea e interrelacionadamente actitudes, habilidades y conocimientos.

Por tanto, se es competente en la medida en que se es capaz de movilizar de forma integrada los conocimientos, procedimientos y actitudes necesarios para hacer frente de manera eficaz a una situación determinada. La enseñanza universitaria tradicional ha tenido su base fundamental en que el alumnado almacene una gran cantidad de conocimientos. Sin embargo, los estudiantes se han encontrado con muchas dificultades para aplicar estos conocimientos en situaciones concretas. Con la nueva perspectiva de aprendizaje por competencias, el indicador de aprendizaje deja de ser la cantidad de contenidos disciplinares que acumula el alumno para poner el foco en la capacidad de movilizarlos para solucionar tareas en los diferentes contextos (académicos, familiares, laborales, sociales y personales). El conocimiento teórico sigue siendo importante pero insuficiente, y su valor se vincula a la capacidad de aplicarlo en distintos contextos (Hernández, Larrauri y Mendía, 2009).

Así, el aprendizaje basado en competencias implica desarrollar competencias que se consideren necesarias en el mundo actual. Desde esta necesidad, ha surgido una propuesta de competencias transversales o genéricas (instrumentales, interpersonales y sistémicas) y de competencias específicas (propias de cada profesión) con el propósito de capacitar a la persona sobre los conocimientos científicos y técnicos y su capacidad de aplicarlos en contextos diversos y complejos, integrándolos con sus propias actitudes y valores en un modo propio de actuar personal y profesionalmente (Villa y Poblete, 2008). De este modo, un auténtico modelo formativo orientado al logro de competencias en contextos universitarios debe ser un modelo denso en contenidos y, a la vez, un modelo que prepare al estudiante para manejarlos ágilmente con el fin de abordar situaciones reales de su vida, primero como estudiante, y después como titulado en el mundo profesional (Martínez, 2008).

Las propuestas de ApS permiten combinar ambos aspectos al posibilitar que el aprendizaje del estudiante se construya en un contexto de necesidades reales del entorno con el objeto de mejorarlo, integrando, además, los aprendizajes relacionados con los valores y las dimensiones éticas de la persona a la formación universitaria. Asimismo, el ApS genera espacios de aprendizaje cooperativo y colaborativo, de análisis crítico y social del entorno y de implicación en proyectos compartidos de transformación social (Martínez, 2008). Es por ello que los principios del ApS se adecúan de manera excelente a las competencias básicas en educación que propone el marco europeo de educación y que están orientadas al desarrollo de una ciudadanía responsable. Además, se adecúan al proceso de aprendizaje en su sentido integral, más allá de la acumulación de conocimientos.

Es pertinente presentar en este punto los “cuatro pilares de la educación para el siglo XXI” que se detallan en un informe compilador de la UNESCO y que suponen un referente educativo fundamental (Delors, 1996):

- ***Aprender a conocer***, combinando una cultura general suficientemente amplia con la posibilidad de profundizar los conocimientos en un pequeño número de materias. Lo que supone además: aprender a aprender para poder aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida.
- ***Aprender a hacer*** para adquirir no sólo una calificación profesional sino, más generalmente, una competencia que capacite a la persona para hacer frente a gran número de situaciones y a trabajar en equipo. Pero, también, aprender a hacer en el marco de las distintas experiencias sociales o de trabajo que se ofrecen a los jóvenes.

- ***Aprender a (con)vivir juntos*** desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia -realizar proyectos comunes y prepararse para tratar los conflictos- respetando los valores de pluralismo, comprensión mutua y paz.
- ***Aprender a ser*** para que florezca mejor la propia personalidad y se esté en condiciones de obrar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal. Con tal fin, no menospreciar en la educación ninguna de las posibilidades de cada persona.

Además, el informe señala la importancia de que los sistemas educativos formales conciban la educación como un todo y que no es adecuado dar prioridad a la adquisición de conocimientos, en detrimento de otras formas de aprendizaje. En esa concepción, los sistemas educativos habrían de buscar inspiración y orientación en las reformas educativas, tanto en la elaboración de los programas como en la definición de las nuevas políticas pedagógicas.

En conclusión, el ApS dota de mayor calidad a los aprendizajes universitarios, aportándoles utilidad directa, dando sentido al proyecto institucional, haciendo posible el trabajo interdisciplinar y aumentando el rendimiento y la motivación de los alumnos hacia los contenidos disciplinares. El ApS no sólo permite innovar metodológicamente, sino que también favorece una auténtica educación y desarrollo integrales (Hernández, Larrauri y Mendía, 2009). Las propuestas de ApS en la universidad pueden ser excelentes espacios para la formación en valores, de aprendizaje ético y de ciudadanía activa (Martínez, 2008), ejerciendo así el compromiso universitario de responsabilidad social y adecuándose a la necesidad del aprendizaje basado en competencias.

Diferenciación del aprendizaje-servicio y otras experiencias de intervención comunitaria en la educación superior

El aprendizaje-servicio ha de diferenciarse de otras experiencias de intervención comunitaria desarrolladas en el ámbito de la educación superior. Para este fin, se han creado herramientas que ayuden a hacer esta distinción, como los “cuadrantes del aprendizaje y el servicio”. En la Figura 2 se presenta una adaptación de esta herramienta ya adaptada por Tapia (2000, pp. 26-30) a partir de la original desarrollada en la Universidad de Standford en 1996.

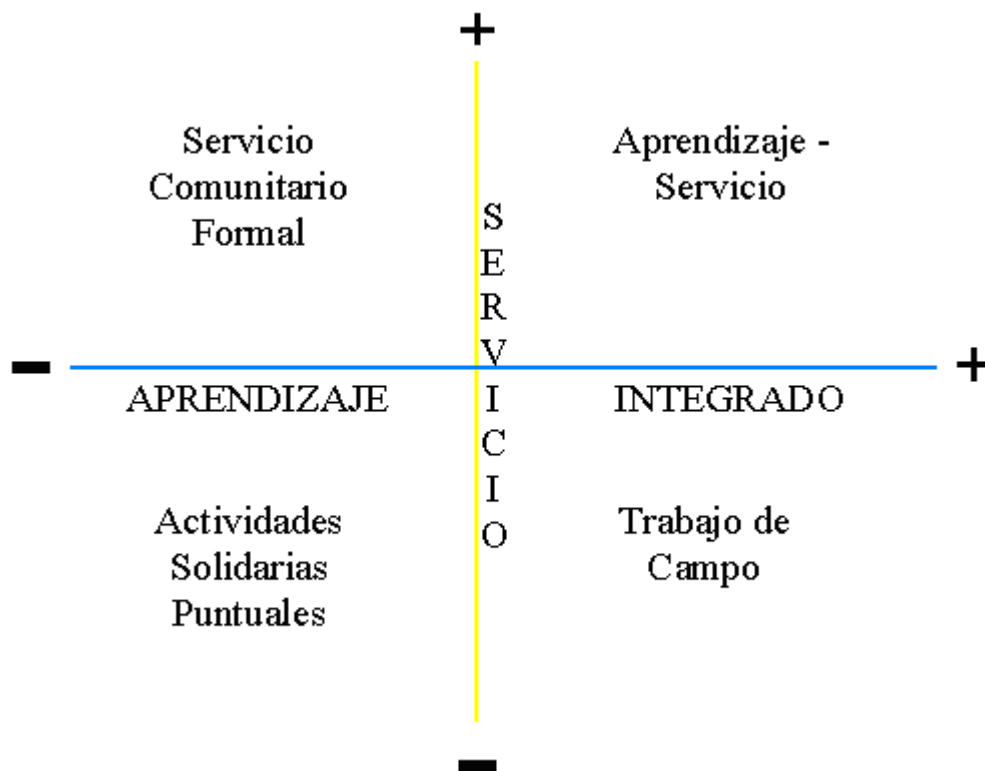


Figura 2. Los cuadrantes del aprendizaje y el servicio solidario en la educación superior. Adaptado de M. N. Tapia (2000). *La Solidaridad como Pedagogía*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.

En los ejes de este cuadrante se puede observar el nivel de integración del contenido curricular académico con la actividad de servicio (eje horizontal denominado Aprendizaje Integrado) y el nivel de estructuración del servicio que se practica, en la medida que obedezca a objetivos claros y planificados (eje vertical denominado Servicio).

El eje vertical del gráfico se refiere a la menor o mayor calidad del servicio solidario que se presta a la comunidad, y el eje horizontal indica la menor o mayor integración del aprendizaje sistemático o disciplinar al servicio que se desarrolla. En función de estos ejes quedan delimitados cuatro cuadrantes, que permiten diferenciar cuatro tipos de experiencias (Tapia, González y Elicegui, 2005, pp. 12-14):

1. “Trabajos de campo”: Hace referencia a las actividades de investigación que involucran a los estudiantes con la realidad de su comunidad, pero considerada exclusivamente como objeto de estudio. Aunque estas actividades implican el conocimiento de la realidad no se proponen transformarla, ni prestar un servicio a la comunidad implicada. El énfasis está puesto en la adquisición de los aprendizajes curriculares, y el contacto con la realidad comunitaria es puramente instrumental.

2. “Iniciativas solidarias asistemáticas” (actividades solidarias puntuales): Son actividades que se definen por su intencionalidad solidaria, pero desarrollan poca o ninguna integración con el aprendizaje formal. Son ocasionales y suelen atender necesidades puntuales. En general surgen espontáneamente, no son planificadas como parte del proyecto educativo institucional, y no suelen exceder lo puramente asistencial.

3. “Servicio comunitario institucional” (servicio comunitario formal): Este tipo de experiencias se caracterizan por una decisión institucional, y no sólo ocasional, de promover el valor de la solidaridad y desarrollar en los estudiantes actitudes de servicio, de compromiso social y participación ciudadana. Ya sea que las actividades de servicio propuestas sean voluntarias u obligatorias, son asumidas formalmente por la conducción educativa, y forman parte explícita de la oferta de la institución. Por ser acciones sostenidas en el tiempo y estar articuladas con el proyecto institucional, en general este tipo de experiencias pueden ofrecer un servicio a la comunidad más sostenido y de mayor calidad. En lo que se refiere al aprendizaje, si bien el servicio comunitario resulta una estrategia efectiva de formación en valores y desarrollo de actitudes pro-sociales, no siempre ni necesariamente ese aprendizaje se integra transversalmente con los aprendizajes disciplinares.

Se las define como de “servicio comunitario” y no de “aprendizaje-servicio”, en los casos en que la institución se propone desarrollar la acción solidaria con una finalidad educativa amplia (ligada en general a la educación en valores y actitudes), pero no planifica formalmente la articulación entre la actividad comunitaria y los contenidos curriculares desarrollados en el aula.

4. “Aprendizaje-servicio”: Son experiencias que ofrecen simultáneamente una alta calidad de servicio y un alto grado de integración con los aprendizajes formales. Estas prácticas implican la misma continuidad en el tiempo y el mismo compromiso institucional del servicio comunitario, pero se incorpora la articulación explícita de las actividades con los objetivos de aprendizaje académico que caracterizan a los trabajos de campo.

Los cuatro tipos de prácticas son importantes y complementarias, y son consistentes con la misión institucional de responsabilidad social, pero es preciso diferenciarlas ya que los objetivos y el impacto que se obtiene en la sociedad, en los estudiantes y en la propia institución son específicos a cada uno de estos tipos de experiencias.

De modo complementario a la anterior distinción, Furco y Billig (2002), realizan una útil diferenciación entre tres tipos de programas de servicio que se pueden realizar en el marco de la educación superior: prácticas profesionales, servicio comunitario y aprendizaje-servicio (véase Tabla 3).

Tabla 3

Diferencias entre tres tipos de programas de servicio

	Prácticas profesionales	Servicio comunitario	Aprendizaje-servicio
Destinatario principal	Estudiante (Proveedor)	Comunidad (Receptor)	Estudiante y Comunidad (Receptor y Proveedor)
Foco principal	Aprendizaje	Servicio	Aprendizaje y Servicio
Objetivos educativos	Desarrollo profesional Aprendizaje académico	Formación personal ética y ciudadana	Aprendizaje académico Formación personal ética y ciudadana
Integración curricular	Actividad curricular o complementaria	Periférica o sin integración	Integrada
Tipo de actividad	Basada en la actividad profesional	Basada en una problemática social	Basada en contenidos académicos y problemática social

Nota. Adaptado de A. Furco y S. H. Billig (2002). *Service-Learning: The Essence of the Pedagogy. Advances in Service-Learning Research* (p. 24). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.

2.5. La importancia de la reflexión crítica en el aprendizaje-servicio

Es pertinente en este punto reconocer que no toda actividad solidaria, por el mero hecho de serlo, tiene que ser una práctica orientada a la excelencia académica y al desarrollo personal y social. En palabras de Cooper (citado en Tapia, 2008a):

Cuando los jóvenes se involucran en actividades de servicio a la comunidad, esencialmente pueden pasar tres cosas: pueden aprender algo acerca de sí mismos, de su comunidad, y de cuestiones sociales; puede ser que no aprendan nada: un grupo puede dar de comer a personas sin techo y permanecer impasible ante la cuestión, y pueden aprender la lección equivocada: los prejuicios y estereotipos pueden verse reforzados o creados a través de actividades de servicio irreflexivas o planeadas pobremente. (p. 25)

Hasta ahora se ha expuesto que un proyecto de ApS bien planificado permite aprender contenidos curriculares y desarrollar competencias (particularmente la autonomía personal y las competencias emocionales, sociales y cívicas para una mejora de la sociedad), formar actitudes y compromisos ciudadanos que figuran en las misiones institucionales y que no siempre se expresan en las actividades académicas y, en definitiva, promover el desarrollo integral de los estudiantes (Hernández, Larrauri y Mendía, 2009; Martínez, 2008, Tapia, 2008a). Pero también “**un proyecto que se pretende solidario y socialmente responsable puede terminar enseñando la lección equivocada** y reforzar prejuicios y estereotipos” (Tapia, 2008b, p.47), o hacer confundir buena voluntad con formas sutiles pero dañinas de paternalismo si las actividades se desarrollan con escaso nivel de reflexión o planificación (Tapia, 2008b).

En este sentido, la ciencia psicológica ofrece diversas teorías que ofrecen un marco teórico para la comprensión y alcance de este riesgo, así como la **importancia de la reflexión crítica en clave de reciprocidad** para evitarlo.

A este respecto, la **teoría de la equidad** (Berkowitz y Walster, 1976) postula que cuando los resultados en un intercambio son percibidos como beneficiosos para ambas partes, a pesar de que sean desiguales, la relación será satisfactoria. Las relaciones no igualitarias, en las que se percibe que alguien está sobre o infra beneficiándose, tenderán a intentar restaurar la equidad o a la disolución. Los autores señalan que las circunstancias de ayuda pueden ser concebidas como desiguales, al percibir que los que ayudan dan más que lo que reciben y los receptores más que lo que contribuyen. De acuerdo a esta teoría, las consecuencias psicológicas de la injusticia y la desigualdad entre ayudante y ayudado puede llevar a que los receptores de la ayuda puedan resistirse a ella al subrayar su inferioridad y dependencia, o pueden denigrar el valor de la ayuda (y del que ayuda) para hacer la estimación del intercambio más igualitaria. La teoría también explica por qué la ayuda puede perpetuar diferencias de poder e influenciar adversamente relaciones intergrupales (Bringle, 2003). De manera congruente, la **teoría de la reactancia** sugiere que cuando la ayuda es voluntaria pero costosa para el que ayuda, puede producir incluso mayores sentimientos de obligación. Asimismo, la ayuda que está asociada a ciertas condiciones (como es el caso del ApS), puede ser particularmente incómoda para el receptor de la ayuda. Bajo condiciones de obligación, los receptores pueden reaccionar intentando ser recíprocos o, si no es posible, devaluar la ayuda (Bringle y Velo, 1998).

Bringle (2003) recoge la **teoría del contacto intergrupo**, como mecanismo principal a considerar en la experiencia de ApS. El ApS suele implicar que los estudiantes realicen el servicio solidario con personas o colectivos con distintas realidades a la propia, que con frecuencia están en riesgo o en situación de exclusión social, o bien presentan algún tipo de vulnerabilidad (p. ej., personas con enfermedad mental o física; niños de familias con dificultades; inmigrantes; tercera edad; etc.), hacia los que los estudiantes pueden tener determinados estereotipos y prejuicios. Uno de los resultados positivos que se espera obtener de la práctica de ApS es que mejore la comprensión y la relación con personas y grupos de la sociedad de distintas características. Para ello, el ApS se basa en la secuencia causal en la que el cambio de comportamiento hacia otros grupos puede producir cambios en las actitudes y creencias.

Sin embargo, el contacto con grupos con diferentes características a las propias no siempre disminuye prejuicios y cambia determinados estereotipos, sino que puede incluso fortalecerlos. Según la teoría de contacto intergrupo, depende de los factores contextuales de la interacción. Para que se favorezca la comprensión y la disminución de prejuicios y cambio de estereotipos y actitudes negativas, se han de dar características como tener objetivos comunes, un estatus igualitario, un contacto directo que contradiga el estereotipo o un contacto a largo plazo. La reflexión crítica en este sentido es un componente fundamental para este fin. Si no, puede producirse el efecto opuesto al deseado y reforzar estereotipos, prejuicios y actitudes negativas hacia el colectivo en cuestión (Bringle, 2003).

La **teoría de la atribución** se centra en cómo las personas sitúan la causa o el por qué sobre sus conductas, las conductas de otros y los eventos que ocurren en su mundo

social (Weiner, 2008). Así, esta teoría puede ser útil en comprender las respuestas de los estudiantes a preguntas como “¿Por qué estoy ayudando?” “¿Por qué la persona necesita ayuda?” (Bringle, 2003, p. 12). El modo en que los estudiantes responden a estas cuestiones puede explicar por qué pueden hacer el servicio con una actitud que culpe al receptor de la ayuda o que le infantilice. Del mismo modo, los receptores de la ayuda pueden hacerse preguntas como “¿Por qué necesito ayuda?” “¿Por qué me está ayudando esta persona?” (Bringle, 2003, p. 12). Se pueden atribuir las causas a factores internos a la persona (p. ej., habilidades, personalidad, preferencias, salud, etc.) o externos (recursos económicos, dificultad de tarea, suerte, entorno socio-político, circunstancias ambientales concretas, etc.) (Bringle y Velo, 1998). El análisis atribucional de estas preguntas, provee una base para comprender por qué ayudar puede debilitar el desarrollo de la autonomía de las personas receptoras de ayuda. Por ejemplo, para el receptor, recibir ayuda puede suponer un reconocimiento, al demostrar que el entorno social es sensible a sus necesidades y responde de manera adecuada, pero también puede ser amenazante al implicar que la persona es incapaz de suplir sus necesidades y debe depender de otros. En este sentido, cabe destacar el **error fundamental de atribución**, concepto acuñado por Lee Ross (Ross, 1977) que hace referencia a la tendencia a sobredimensionar las causas internas y minimizar las externas. De acuerdo al sesgo actor-observador (que consiste en la tendencia a atribuir nuestra conducta principalmente a causas externas pero la de los demás a causas internas), las personas pueden ver las causas del propio comportamiento menos estables y más externas, mientras que las causas de los comportamientos de otros pueden ser atribuidas a causas más fijas e internas (Bringle, 2003). Por ejemplo, los estudiantes que realizan su experiencia de ApS con personas sin empleo pueden comprender como las

condiciones económicas han contribuido a la destrucción de empleo y a la dificultad de acceso al mismo (atribución externa), pero también pueden considerar que estas personas no se preocupan por buscar activamente empleo o que no son suficientemente capaces (atribución interna) como factores explicativos de una situación de desempleo de larga duración. Asimismo, los observadores pueden tender a hacer atribuciones internas más estables a los demás que a sí mismos y a considerar las causas como controlables o incontrolables. La controlabilidad hace referencia al grado en que un evento es percibido como controlable o cambiante (Bringle y Velo, 1998), lo que puede incidir directamente en el esfuerzo y la motivación de los estudiantes, además de en la propia salud, como se expondrá en el capítulo 4 de la presente tesis. Asimismo, se pueden atribuir las causas como específicas (no tener una habilidad particular para una tarea específica) o como globales (incompetencia general), lo que incide directamente en el reconocimiento que se realiza a las personas destinatarias de la ayuda. Si se atribuye la causa de su situación a una incompetencia general, es más fácil caer en el paternalismo o en el asistencialismo y en la falta de reconocimiento de las potencialidades y recursos de las personas que reciben la ayuda. Precisamente por estos sesgos de atribución, la comprensión de los estudiantes sobre las circunstancias de las personas de la comunidad que reciben el servicio pueden ser muy diferentes de las explicaciones de los propios receptores, de los profesores o del personal de las organizaciones sociales con las que colaboran (Bringle, 2003). Es por ello fundamental el análisis y la reflexión de estas causas con los alumnos.

La **teoría de la autodeterminación** diferencia entre *motivación autónoma* y *motivación controlada* (Deci y Ryan, 2008). La motivación autónoma incluye la motivación intrínseca (inclinación a comprometer los intereses propios y ejercitar las

capacidades personales para buscar y dominar los desafíos, se evidencia cuando la persona realiza una actividad por el simple placer de realizarla sin que haya incentivo externo) y los tipos de motivación extrínseca en las que las personas se han identificado con el valor de la actividad y la han integrado como propia. La motivación controlada, sin embargo, surge a partir de motivos extrínsecos, esto es, incentivos o consecuencias ambientales. También incluye los motivos en los que la regulación de la acción ha sido parcialmente internalizada y está energizada por factores como la búsqueda de aprobación, la evitación de la vergüenza o la autoestima. Cuando la motivación de las personas es *controlada*, éstas experimentan presión para pensar, sentir o comportarse de determinadas maneras. Ambos tipos de motivación energizan la conducta, sin embargo, se ha evidenciado que es la motivación autónoma la que tiende a mejorar la salud psicológica y la que permite una mejor persistencia en la tarea a largo plazo. Por ejemplo, mantener el cambio sobre hábitos saludables, la prestación de ayuda a otros o la participación con la comunidad (Deci y Ryan, 2008).

De manera consistente con estos hallazgos, se ha encontrado que las aspiraciones intrínsecas, que incluyen objetivos en la vida como la afiliación o el desarrollo personal, están asociados con una mejor salud y bienestar en comparación con las aspiraciones extrínsecas, que comprenden objetivos vitales como la riqueza, la fama o el atractivo físico (Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon y Deci, 2004). Deci y Ryan (2008) señalan que la investigación transcultural en el ámbito de las necesidades humanas básicas, a través de diversas culturas tanto individualistas como colectivistas, ha confirmado que la satisfacción de las necesidades de competencia, autonomía y pertenencia predice el bienestar psicológico en todas las culturas estudiadas. Además, Ng et al. (2012) en un metanálisis reciente con la teoría de la autodeterminación como marco de referencia en

contextos de cuidado y promoción de la salud, han observado que el cambio de comportamiento es más efectivo y duradero cuando las personas son motivadas autónomamente.

Si se refuerzan las actividades simplemente con recompensas externas, es menos probable que cuando se retiren las personas lo hagan por sí mismas, motivo por el cual es importante promover la motivación intrínseca, la internalización de los motivos. Bringle (2003, p. 16) recoge tres factores que llevan a la internalización de los motivos de acuerdo a esta teoría:

- Relación: Desarrollar un sentido de pertenencia y conexión a otras personas, grupos o sociedad.
- Competencia: Desarrollar la comprensión de la actividad y el objetivo, ayudando a ver que se tienen las habilidades relevantes para tener éxito y sentirse satisfechos.
- Autonomía: Procurar un ambiente promotor de la relación y la competencia y la motivación intrínseca. El significado y la valía del objetivo solo puede ocurrir cuando la autodeterminación está presente.

El ApS tiene como principio metodológico y teórico fundamental dotar de autonomía y responsabilidad a todas las personas que participan de la experiencia, tanto estudiantes como personas de la comunidad receptoras de la ayuda. Se trata de promover la capacitación de las personas para que puedan gestionar su propio desarrollo. En ello juega un papel imprescindible la reflexión crítica, que permite impulsar las aspiraciones intrínsecas y la internalización de los motivos, para que la

actividad no se desvirtúe por la mera obtención de créditos académicos o de buenas calificaciones.

Por tanto, en los programas de ApS de calidad, se ha de dar y evidenciar la reciprocidad, de manera que tanto los estudiantes como las personas de la comunidad destinatarias del servicio perciban que dan y reciben. Es más, los estudiantes no reciben créditos académicos por el servicio en sí mismo. Realizar el servicio comunitario es necesario, pero no suficiente; los créditos académicos son contingentes con el aprendizaje que ocurre como resultado de las actividades de servicio comunitario. A través de involucración continua de los estudiantes en actividades estructuradas de reflexión, se facilita la conexión entre las actividades de servicio y el contenido del curso y se crean oportunidades para pensar, dialogar y escribir acerca de la experiencia de servicio solidario. Este equilibrio entre la reflexión y la acción posibilita que los estudiantes puedan ser conscientes a lo largo de toda la experiencia del impacto de su actividad en la comunidad y en ellos mismos. Así, involucrar a los estudiantes en sus comunidades a través del servicio les permite examinar temas críticos relacionados con la motivación, el aprendizaje, el propio mundo de valores, las relaciones y el desarrollo personal. Al hacerlo, al ApS integra los dominios cognitivo y afectivo, la teoría con la práctica y el conocimiento con el contexto social (Duffy y Bringle, 1998; Kitzrow, 1998).

En consonancia con lo anterior, y como se expondrá en el capítulo 4, se ha evidenciado que la reflexión es un importante mediador de los resultados positivos del ApS en el desarrollo de los estudiantes (Eyler y Giles, 1999).

Capítulo 3

Aprendizaje-Servicio en la Universidad de Deusto

CAPÍTULO 3. Aprendizaje-Servicio en la Universidad de Deusto

“La formación universitaria debe contribuir a un crecimiento integral –cuerpo y espíritu, intelectualidad y afectividad– de la persona humana. . .”
Peter-Hans Kolvenbach

3.1. Introducción. Implantación de las experiencias de aprendizaje-servicio en la Universidad de Deusto

3.2. Marco pedagógico de la Universidad de Deusto

3.3.1. Paradigma Universitario de Ledesma-Kolvenbach

3.3.2. Modelo de Aprendizaje de la Universidad de Deusto (MAUD)

3.3. Sintonía entre el aprendizaje-servicio, el Paradigma Ledesma-Kolvenbach, el Modelo MAUD y el Espacio Europeo de Educación Superior

3.1. Introducción. Implantación de las experiencias de aprendizaje-servicio en la Universidad de Deusto

El primer programa de Aprendizaje-Servicio en la Universidad de Deusto (UD) se puso en marcha en el Departamento de Psicología en el curso académico 2002-2003, bajo el epígrafe de *Participación Social y Valores*. El proyecto comenzó a gestarse durante el curso previo, 2001-2002, de la mano de varias alumnas y antiguas alumnas de Psicología, que habían pasado previamente por programas de intercambio en universidades latinoamericanas, concretamente el programa MAVS, Programa de Movilidad Académica y Voluntariado Social. A través de esta experiencia, surgió la

idea de implantar en el Departamento de Psicología un programa que contribuyese al desarrollo de la conciencia social y desarrollo integral en los futuros licenciados.

El programa fue aprobado por el Departamento de Psicología, la Junta y el Consejo de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación y su realización quedó reconocida con 7.5 créditos de Libre Configuración para el alumnado de la titulación de Psicología (Gorbeña et al., 2006, p. 10). Este programa también fue implantado en la Diplomatura de Educación Social.

Siguiendo a Gorbeña et al. (2006), a continuación se presentan varias líneas de reflexión que llevaron a la formulación e implantación del programa original y que son los ejes de su actual filosofía y objetivos (pp. 11-14):

- Una sociedad que demanda la participación cívica y acciones solidarias.

Se hace evidente, en la sociedad actual, la necesidad de una activa participación ciudadana y de acciones solidarias a favor de los colectivos desfavorecidos. Esta realidad social demanda no sólo un nuevo ciudadano solidario y comprometido, sino también un nuevo tipo de profesional con sensibilidad ante la realidad de los grupos más desfavorecidos, de las personas que más sufren y menos oportunidades tienen. La demanda de acciones solidarias está recibiendo respuesta desde el sector público y privado y desde múltiples organizaciones, asociaciones y colectivos. Cada uno, en su ámbito de competencia, está contribuyendo a dar respuesta a esta necesidad. La Universidad, desde su responsabilidad de formar profesionales competentes, debe también implicarse de forma activa en esta realidad.

- Un marco universitario que defiende, promueve y apuesta por la justicia y la formación de hombres y mujeres para los demás.

El Proyecto Universitario de la UD apuesta por una serie de valores humanos fundamentales que quiere promover en la educación del alumnado. Entre estos valores destaca el ser personas para los demás y en actitud de servicio y solidaridad y, por tanto, esta Universidad asume como reto desarrollar y transmitir unos valores humanos, sociales y espirituales, así como el servicio a la sociedad que se concreta en la formación de profesionales cualificados, que desde estos valores, como personas responsables y activas, trabajen en pro del cambio y mejora de la sociedad. Además, el Plan Estratégico se vertebra en torno al Modelo Deusto de Formación centrado en el aprendizaje autónomo y significativo del alumno. Uno de sus proyectos tiene que ver con la formación en valores asociados a la justicia social y la solidaridad. Este proyecto pretende promover el logro de un proyecto personal (de todos los miembros de la comunidad universitaria), basado en un compromiso por buscar un mundo más justo.

- Una nueva pedagogía y una educación más allá de las aulas.

Como señala el documento sobre el Marco de Aprendizaje de la UD, los métodos tradicionales de enseñanza-aprendizaje no satisfacen ni al alumnado ni al profesorado. El modelo pedagógico por el que apostó la UD pretende fomentar un aprendizaje autónomo y significativo que permita desarrollar las destrezas, habilidades y valores enunciados en el Proyecto Universitario. Este aprendizaje significativo pasa, necesariamente, por la actividad práctica, por el aprendizaje a través de la experiencia y la reflexión personal que implique a la persona en su

totalidad. Los programas de ApS responden perfectamente a la pedagogía UD, con los valores que pretende fomentar y con la metodología que implica.

- *Una experiencia desarrollada ya en otros centros.*

Con más o menos implantación, el voluntariado universitario existe en prácticamente todas las universidades españolas, y también lo ha hecho tradicionalmente en la UD. Sin embargo, estas iniciativas están orientadas a facilitar las oportunidades de voluntariado y no forman parte del currículo central de las titulaciones. La idea de desarrollar un programa de ApS, no sólo vinculado a la Universidad, sino a sus titulaciones específicas, no es nueva. Muchas universidades latinoamericanas, algunas incluso por imperativo legal, cuentan con programas de servicio a la comunidad que permiten completar la formación del alumnado. Los programas de esta naturaleza son muy frecuentes en las universidades americanas y ya empiezan a implantarse en universidades de los cinco continentes.

En conclusión, parecían existir suficientes razones para abogar por una experiencia de aprendizaje en valores y solidaridad que complementara los esfuerzos formativos que alumnado y profesorado realizan en las aulas. La fundamentación anterior es congruente con las exigencias del Espacio Europeo de Educación Superior y el modelo de aprendizaje de la Compañía de Jesús, basado en la formación y el desarrollo integral del estudiante como persona, profesional y ciudadano, premisas que se reflejan en el desarrollo del nuevo Marco Pedagógico que la Universidad puso en marcha en el curso académico 1999-2000, y que se detallará en el siguiente apartado.

La iniciativa del Departamento de Psicología, su fundamentación y el desarrollo del Marco Pedagógico sentaron las bases para desarrollar e implantar el ApS en la UD. Asimismo, los planes de estudio de los nuevos títulos de grado adaptados a las exigencias del Espacio Europeo de Educación Superior, han supuesto una gran oportunidad para hacer extensivo el programa a todas las titulaciones de la Universidad, puesto que se adecúa a tales exigencias y supone un excelente recurso para completar la formación integral de los estudiantes.

De este modo, a partir del curso académico 2010-2011 y coincidiendo con la implantación de los segundos cursos de los títulos de grado, el programa de ApS se ha hecho extensivo a todas las facultades de la Universidad, permitiendo que un mayor número de alumnos y de titulaciones tengan acceso a esta experiencia formativa. La experiencia se articula en el marco de dos asignaturas (Participación Social y Valores; Desarrollo Global y Migraciones), que forman parte de un módulo común a todas las titulaciones denominado *Formación Humana en Valores*, promovido desde el Vicerrectorado de Comunidad Universitaria e Identidad y Misión. El módulo está orientado a asegurar la formación integral de los estudiantes, y se centra de forma específica en el desarrollo de sentido ético y de actitudes y valores como la apertura a la realidad social en toda su complejidad y diversidad. Las asignaturas de la Modalidad de ApS, *Participación Social y Valores* y *Desarrollo Global y Migraciones*, se centran específicamente en la sensibilidad hacia la injusticia global, la exclusión social y la situación de las personas víctimas de esa realidad, a través de la participación de los estudiantes en un servicio solidario en organizaciones sociales, acompañado de sesiones de formación y de grupos de intercambio de experiencias y reflexión crítica en la Universidad, de trabajo personal y de la elaboración de una memoria final integradora y

reflexiva de la experiencia en su conjunto. Ambas asignaturas poseen la misma estructura, compartiendo los alumnos una parte de las sesiones de trabajo. La diferencia radica en el ámbito y colectivo con el que los estudiantes desarrollan su actividad, y en consecuencia, en algunos contenidos específicos. Estas asignaturas están reconocidas con 6 créditos ECTS y sus características se detallarán ampliamente en la parte empírica de la presente tesis (véase apartado 8.3.2. del capítulo 8).

3.2. Marco pedagógico de la Universidad de Deusto

La UD inició en el curso académico 1999-2000 una etapa de renovación pedagógica, con la visión de la necesidad de un cambio pedagógico y metodológico del modelo universitario que estaba excesivamente centrado en el profesor. Esta etapa se desarrollaba paralelamente y en consonancia con la Declaración de Bolonia (1999), anunciando un futuro Espacio Europeo de Educación Superior, cuyo modelo sería el aprendizaje basado en competencias (Villa y Poblete, 2008).

En este contexto de cambio, el Vicerrectorado de Innovación Pedagógica de la UD elaboró un marco pedagógico que serviría como referente de la misión y visión de la Universidad y, por tanto, de la línea pedagógica a seguir. Dicho marco pedagógico sienta sus bases en el Paradigma Universitario Ledesma-Kolvenbach, referente de la filosofía educativa de la UD, y en el Modelo de Aprendizaje de la Universidad de Deusto (MAUD), que a continuación se presentan. Se puede observar como están en perfecta sintonía con los principios y metodología del aprendizaje-servicio.

3.2.1. Paradigma Universitario Ledesma-Kolvenbach

La transmisión del conocimiento nunca es neutro. A pesar de que se pretenda ser lo más aséptico posible en la enseñanza, siempre implica, en cierto nivel, la transmisión de valores y de una determinada comprensión del mundo y del ser humano. De hecho, la educación no debe ser aséptica, sino que ha de ser transmisora de valores, de actitudes, de perspectivas y de visión crítica.

La UD es una universidad jesuita, fundada por la Compañía de Jesús en 1886. El Paradigma Ledesma-Kolvenbach hace referencia a cuatro dimensiones, componentes o principios fundamentales de la pedagogía Ignaciana. El Paradigma tiene sus orígenes en el teólogo y pedagogo jesuita, Diego de Ledesma (s. XVI), quien señalaba cuatro razones por las que la Compañía debía asumir bajo su responsabilidad instituciones educativas. Estos principios han sido redefinidos por Peter Hans Kolvenbach, anterior Superior General de la Compañía, como las cuatro finalidades últimas de la enseñanza universitaria. Kolvenbach ha adoptado la terminología latina, llamando a estos cuatro principios: “Utilitas”; “Iustitia”; “Humanitas” y “Fides”. A pesar de presentarse por separado, es preciso concebirlos como integrados e interrelacionados (Agúndez, 2008):

a) UTILITAS (dimensión práctica)

Designa la competencia profesional, la preparación para el ejercicio competente de una profesión útil. Esta es quizás la característica más reconocida en la educación superior y posiblemente la menos cuestionada. Efectivamente, es una dimensión fundamental en la educación, sin embargo, corre el riesgo de impregnar todo lo demás. La competitividad imperante en el mundo globalizado de las últimas décadas ha

favorecido que en la educación superior prime la formación de profesionales competentes en especialidades muy específicas, olvidando el desarrollo del estudiante como persona y como ciudadano. En palabras del propio Kolvenbach (citado en Agúndez, 2008):

La finalidad práctica de la Universidad, a veces amenaza con anegar todo lo demás. Concentrarse exclusivamente en los elementos pragmáticos de la educación, meramente en el progreso económico, simplemente en el progreso científico y tecnológico, solamente en intereses económicos, puede fácilmente reducir el fin práctico de una Universidad a una estrecha perspectiva que convierte las otras tres metas de la vida universitaria en meras abstracciones. (p. 614)

Kolvenbach considera que una universidad será eminentemente práctica cuando insista en una formación integral y en un enfoque holístico de la educación. *Práctica* en el sentido de responder a la necesidad de la sociedad humana, de que el progreso técnico y las especialidades científicas estén al servicio de la humanidad y no contra ella. Es fundamental que la utilidad esté siempre a la luz de las implicaciones humanas, éticas y sociales (Alonso, 2008), lo que coincide plenamente con la filosofía y metodología del aprendizaje-servicio. La dimensión práctica es, asimismo, fundamental en el Programa Bolonia.

b) IUSTITIA (dimensión ética-social)

Hace referencia a la preocupación por una justicia no solo individual, sino también estructural (justicia social), con especial atención a los menos favorecidos de la

sociedad. Llama la atención sobre la universidad como *conciencia crítica* de la sociedad y como motor responsable de *cambio social* (Agúndez, 2008).

Esta dimensión apunta a un perfil de *profesional-persona*, con una serie de *actitudes-sensibilidades-valores*, que son (Agúndez, 2008, pp. 617-618):

- Liderazgo/Servicio: Hace referencia a liderar para servir, servir en el sentido de cambiar las cosas en pro de la justicia social.
- Cooperación: Hace referencia a la formación de personas *para los demás y con los demás*. La capacidad y voluntad de colaboración y el sentido de trabajo en equipo son exigencias cada vez más ineludibles en el mundo altamente interrelacionado de la economía y la cultura.
- Solidaridad/Compromiso social: Dotada de una amplia capacidad de análisis y un conocimiento profundo de los problemas socioculturales actuales y de sus causas a escala mundial.
- Conciencia internacional: En consonancia con la dimensión de la época en la que el pensamiento y la acción a nivel mundial configuran el futuro inmediato.
- Opción preferencial por los más desfavorecidos: Como orientación de su compromiso y como criterio de sus decisiones futuras en el ejercicio de la profesión.

Esta dimensión está en consonancia con el Programa Bolonia, que se refiere al “*sentido ético*” como una de las competencias transversales, genéricas de la educación superior. El ApS tiene a la dimensión ética-social como uno de sus fundamentos, permitiendo a su vez articularla en una experiencia real estructurada integrada en el

currículum académico. Así, el ApS supone una oportunidad excelente para evitar que el desarrollo ético y el ejercicio de la justicia social se queden en meras abstracciones.

c) HUMANITAS (dimensión humanista)

Este principio sitúa a la persona como centro de la formación. A la persona en su sentido más integral. Tal y como señala Kolvenbach, *“La formación universitaria debe contribuir a un crecimiento integral -cuerpo y espíritu, intelectualidad y afectividad- de la persona humana”* (citado en Giménez, 2008, p. 671).

Desde este principio, en los centros universitarios, antes que futuros científicos o profesionales, es necesario formar personas en toda su integridad. La formación técnica y científica nunca debería ir separada de esta formación integral (Giménez, 2008).

Asimismo, es un principio que subraya las potencialidades, recursos y la dignidad de todas las personas, incluyendo especialmente a las personas con dificultades. Kolvenbach dice dirigiéndose a los educadores *“los jóvenes necesitan confianza para mirar al porvenir [...]; ayudadles a reconocer que son dignos de respeto y aprecio”* (citado en Giménez, 2008, p. 674).

La formación de profesionales íntegros implica la promoción de la actividad cooperativa entre los estudiantes, en lugar de una actividad competitiva en la que se prime la excelencia académica individual. En este sentido, los resultados académicos individuales de cada alumno no debieran ser el único dato que sirviese para evaluar el progreso de los estudiantes, siendo preciso fomentar el trabajo en equipo, la cooperación, la dimensión social y solidaria de la persona (Giménez, 2008).

Así, frente al marco individualista predominante en la cultura occidental, se hace necesario crear espacios que favorezcan el encuentro con el otro. ***Sin conciencia de alteridad se hace imposible cualquier reflexión ética.*** Por tanto, este encuentro es esencial para la convivencia en una sociedad plural, en la que el diálogo y la tolerancia activa deberían ser un pilar fundamental. En palabras de Giménez (2008):

Vivir humanamente en una sociedad, en un mundo plural, en el que existen diferentes maneras de concebir los proyectos de sentido y de felicidad, pasa necesariamente por desarrollar una ética cívica. Las diferentes opciones de sentido de vida humana, de vida feliz [...] necesitan de unos mínimos morales consensuados por todos para poder convivir [...] desarrollando su proyecto felicitante, esto es, que lleva a la felicidad. (p. 641)

Asimismo, es necesario fomentar la autonomía de los alumnos, que incluye la elaboración de un pensamiento propio que permita cuestionar y, de este modo, crear. Para ello, es necesario favorecer el papel orientador y dinamizador de los profesores en el proceso de aprendizaje de sus alumnos, evitando que los docentes se conviertan en meros transmisores de una información que posteriormente los alumnos deberán repetir en los exámenes. Sólo desde el aprendizaje así orientado, se podrá conseguir la autonomía intelectual. Además, situados en la *sociedad de la información*, es vital dotar a los alumnos de las competencias necesarias para que puedan ser críticos ante el exceso de información a la que tienen acceso y que este exceso no dificulte formarse un cuerpo de conocimientos amplio, profundo y consistente en lugar de un pensamiento y conocimiento fragmentado, y en última instancia, una vivencia fragmentada de la realidad y de sí mismo. La hiperespecialización que parece exigir la educación superior

en la actualidad puede contribuir a dicha fragmentación, que aleja de una visión holística (y por tanto más *fiel*) de la realidad. Como sostiene la *Gestalt*, “el todo es más que la suma de sus partes” (Giménez, 2008).

Finalmente, la dimensión “*humanitas*” anima a promover la toma de conciencia de la injusticia social, que incluye tanto su conocimiento como la puesta en práctica de acciones para acabar con ella, como puede ser la promoción del servicio solidario en toda la comunidad educativa y la colaboración con otras instituciones (Giménez, 2008).

El humanismo ignaciano, pese a la diferente filosofía de fondo, habla un lenguaje potencialmente comprensible desde el Espacio Europeo de Educación Superior-Programa Bolonia, porque también éste pone a la persona en el centro del proceso de aprendizaje: los mapas de competencias genéricas-transversales y los cuadros de competencias específicas constituyen el *equipamiento de la persona* para “*ser*”, “*estar*”, “*hacer*”, “*valer*”... en los procesos sociales, en especial, en los de producción. La acción de ensamblaje de competencias y meta-competencias en el proceso educativo es también aquí una excelente posibilidad pedagógica (Agúndez, 2008, p. 623). El ApS coincide plenamente con el situar a la persona en el centro del proceso de aprendizaje y en la promoción de su desarrollo integral. Permite dar expresión a la dimensión humanista del Paradigma y a las competencias genéricas-transversales que propone el Espacio Europeo de Educación Superior.

d) FIDES (dimensión espiritual)

Hace referencia a la dimensión trascendente del ser humano que, en el caso de la Compañía de Jesús, se concreta en la fe cristiana. Sin embargo, es preciso aclarar que la

fides no hace referencia a una visión ni expresión dogmática de la *fe* ni a una concepción reductora del saber. Si no de la *fe* enmarcada en un espacio de pluralidad, ofrecida a la opcionalidad y abierta al diálogo (Mauléon, 2008).

La espiritualidad no es lo mismo que religiosidad, pero pueden estar relacionadas. La espiritualidad tiene que ver con la capacidad para cuestionarse el sentido de la existencia, para dotar al mundo y a las propias experiencias de sentido y significado. De este modo, una persona no religiosa o atea puede tener una alta espiritualidad. En el capítulo 2 de la presente tesis se ha presentado el concepto de inteligencia espiritual como una modalidad más de inteligencia a cultivar (Torralba, 2010; Zohar y Marshall, 2001), cuyos aspectos no pueden describirse desde las inteligencias ya propuestas (como las inteligencias múltiples o la inteligencia emocional). De este modo, la imagen global de la inteligencia humana se puede completar con un análisis de la inteligencia espiritual, que incluye la dimensión espiritual en su conceptualización.

Torralba (2010), autor que ha trabajado el concepto de inteligencia espiritual, alerta acerca de que el sistema educativo actual está demasiado centrado en el desarrollo de competencias profesionales, que no tienen en cuenta la vocación individual y la educación integral. Por tanto, no siempre promueve el desarrollo equilibrado del estudiante. En cierto sentido, la discriminación empieza en la educación cuando ciertas formas de inteligencia son priorizadas sobre otras. En general, los modelos educativos han estado basados predominantemente en las inteligencias lingüísticas y lógico-matemáticas, quedando como accesorias otras inteligencias como la artística, insuficientemente considerada la inteligencia emocional y apenas contemplada la inclusión de la educación espiritual en las aulas. Torralba explica que la naturaleza del

ser humano no está terminada cuando nace, y por tanto, no está predeterminado por patrones biológicos. El ser humano puede desapegarse de sus instintos primarios, tomar distancia de sí mismo, reflexionar, guiar sus acciones de acuerdo a su escala de valores, decidir libremente y activar creativamente todos sus recursos para lograr un determinado objetivo. Toda esta estructura da significado a la propia vida y todas estas operaciones se basan en el factor de que todas las personas están dotadas de inteligencia espiritual (Espuny, 2010). Esta inteligencia es central y en torno a ella se articulan las demás (Zohar y Marshall, 2001).

En el capítulo 2 se ha argumentado que la corriente psicológica de la *Gestalt*, postulaba que el todo es más que la suma de sus partes (Perls, Hefferline y Goodman, 1965), teniendo así el conjunto una riqueza, una perspectiva y una magnitud de las que carecen las partes. Este principio revolucionario en la ciencia del s. XX provee una base para comprender la importancia de la dimensión espiritual (Zohar y Marshall, 2001). Se ha revisado como en la ciencia psicológica se pueden hallar perspectivas teóricas y de psicoterapia que integran la dimensión espiritual como factor clave en la salud mental, como la teoría del desarrollo moral de Kohlberg (Kohlberg y Ryncarz, 1990), quien incluyó esta dimensión autotranscendental como la séptima y más elevada etapa de desarrollo moral; la psicoterapia transpersonal (Davis, 2009) o la logoterapia de Victor Frankl (2004), basada en la premisa de que la búsqueda de sentido es la primera motivación de la vida de una persona.

Así, la espiritualidad tampoco es una dimensión accesoria en el Paradigma Ledesma Kolvenbach, sino que, de hecho, es considerada como el alma de la tridimensionalidad descrita. *Alma* como vía de comprensión de la verdad de la realidad

en su conexión con lo humano, como motivación del compromiso en la tarea de construir una sociedad más justa y humana (Agúndez , 2008).

Agúndez (2008) señala que la “Universidad, como *Universidad*, difícilmente podría sustraerse a la reflexión sistemática sobre una serie de interrogantes *radicales...*” (p. 624) y cita una provocadora cita de Busto que completa esta idea y que resulta ilustrativa de lo que aquí se pretende exponer:

Todo hombre y toda institución humana tienen, de hecho, sus opciones de sentido y sus compromisos éticos, sean éstos conocidos, explícitos, o no lo sean. Del mismo modo que no hay hombres creyentes y otros que no lo son, sino que todos los hombres somos creyentes; lo que pasa es que nuestras fés son distintas. Porque la fe es precisamente la opción de sentido de la existencia humana y la directriz que marca el compromiso ético. Nada es neutral en la vida del hombre. Ni la ciencia ni la tecnología. Mucho menos la educación o la formación. Ninguna universidad es neutral como no lo es ninguna investigación ni ningún programa universitario. (p. 624)

Así, la espiritualidad es algo transversal al ser humano, es algo común, no tiene por qué estar relacionada con un determinado credo. El modo de responder a estas necesidades espirituales (a buscar un sentido a la vida y al proyecto vital; sentirse parte de algo más grande que uno mismo...) son muy plurales y pueden ser articuladas de distintas maneras. Del mismo modo, la inteligencia espiritual, como otros tipos de inteligencia definidas, es una capacidad latente en todo ser humano, que empezará a desarrollarse y articularse en función de los estímulos externos. La interacción es fundamental para que se pueda desarrollar. Las consecuencias de la *atrofia* de esta

inteligencia pueden abarcar el vacío existencial, formas de fanatismo, formas de sectarismo o formas de nihilismo, que se pueden encontrar con demasiada frecuencia en la sociedad moderna (Torralba, 2010).

Cabe aclarar que la inteligencia espiritual no es una simple adición entre inteligencia y espiritualidad, sino que representa una combinación específica de las características de personalidad individuales, procesos neurológicos, cualidades espirituales e intereses. Como se ha señalado, favorece ir más allá del sí mismo y ayuda a vivir a un nivel más profundo de significado; facilita lidiar con cuestiones fundamentales como las asociadas con el bien o el mal, con la vida o a la muerte o con los orígenes profundos del sufrimiento humano, cuestiones que se tienden a racionalizar o bien a vivir como devastadoras emocionalmente en la cultura occidental. Además, ciertas habilidades relacionadas con la inteligencia espiritual, como la integridad, la autoconciencia, el razonamiento creativo, el sentido común o el preguntarse por qué, permiten abordar cuestiones más elementales, como la solución de problemas con respecto a relaciones interpersonales, o la toma de decisiones en distintas áreas de la vida. Es por ello que la inteligencia espiritual es transversal al resto de inteligencias, así como lo es la espiritualidad al ser humano (Hosseini, Elias, Krauss y Aishah, 2010; Zohar y Marshall, 2001).

Zohar y Marshall (2001) reflexionan que en la sociedad moderna la inteligencia espiritual es baja y que la cultura occidental es espiritualmente pobre, al estar caracterizada por el materialismo, la eficacia, la inmediatez, los puntos de vista limitados y la carencia de significados y compromiso, que se acentúan tras el declive de las creencias religiosas y las tradiciones, que suplían estas necesidades. En este sentido,

Torralba (2010) argumenta que el culto a la inmediatez, al usar y tirar, a la novedad, dificulta profundizar en el fondo de la vida. El cultivo de la espiritualidad requiere, entre otros aspectos, **el ejercicio del pensar**. Para estimular el ejercicio del pensar y la espiritualidad, es necesario suscitar la pregunta; la capacidad crítica; enseñar a tomar distancia y a poder tener espacios para pensar, tanto en soledad como con los demás; enseñar a asombrarse; enseñar a hacer de la vida un propio proyecto; enseñar a sentirse parte de un todo, a aportar.

La metodología del ApS provee la posibilidad de desarrollar la dimensión espiritual que tenemos todas las personas al ejercitar las habilidades descritas, a través de la profunda reflexión crítica que promueve; de la experiencia directa con necesidades de la comunidad a la que se pertenece y del desarrollo en valores asociado. De este modo, la experiencia de ApS promueve el cuestionarse el sentido de las cosas y la superación de la visión individualista de la propia existencia al sentir que se forma parte de la comunidad (y del mundo) y aumentar así el sentido de pertenencia a un todo más grande. El sentirse parte de un todo más grande implica consecuencias en el modo de obrar y relacionarse, ya que se percibe que si se daña una parte, se daña el todo, con lo que se daña a uno mismo. Asimismo, facilita dotar de un sentido y una coherencia a las acciones y, en definitiva, al proyecto vital.

De manera consistente con el Paradigma Ledesma-Kolvenbach y los principios del ApS, la UNESCO (1998), en su declaración mundial sobre la Educación Superior en el S. XXI, afirmaba que:

*La educación superior ha dado sobradas pruebas de su viabilidad a lo largo de los siglos y de su capacidad para transformarse y propiciar el cambio y el progreso de la sociedad. Dado el alcance y el ritmo de las transformaciones, la sociedad cada vez tiende más a fundarse en el conocimiento, razón de que la educación superior y la investigación formen hoy en día parte fundamental del desarrollo cultural, socioeconómico y ecológicamente sostenible de los individuos, las comunidades y las naciones. Por consiguiente, y dado que tiene que hacer frente a imponentes desafíos, la propia educación superior ha de emprender la **transformación y la renovación más radicales que jamás haya tenido** por delante, de forma que la **sociedad contemporánea, que en la actualidad vive una profunda crisis de valores, pueda trascender las consideraciones meramente económicas y asumir dimensiones de moralidad y espiritualidad más arraigadas.***

3.2.2. El Modelo de Aprendizaje de la Universidad de Deusto (MAUD)

El Modelo de Aprendizaje de la Universidad de Deusto (MAUD) recoge una serie de principios universitarios a los que las experiencias de aprendizaje-servicio se adecúan de manera excelente (Villa y Poblete, 2008, pp. 11-15):

- a) **Una universidad centrada en la persona del estudiante.** La formación se dirige a la persona en su conjunto, tanto a las dimensiones intelectual y profesional, como psicológica, moral y espiritual. Considera a cada persona como única e irrepetible e intenta desarrollar al máximo cada una de sus capacidades.

- b) *Una universidad que basa su aprendizaje en valores.*** La UD en su Proyecto Universitario, plantea valores tales como: *desarrollar personas libres y responsables, profesionales-solidarias, competentes-creativas, con sentido crítico y trabajo en equipo, éticas y creyentes*. Los valores entendidos como guías de orientación en el proceso de innovación pedagógica se remiten a tres ejes fundamentales: desarrollo personal y social; orientación al conocimiento; compromiso ético-social.
- c) *Una universidad que fomenta la creación de actitudes personales y sociales.*** El desarrollo integral universitario se fundamenta no sólo en las capacidades intelectuales, sino que las actitudes se convierten en un elemento clave para el éxito en el logro personal.
- d) *Una universidad que favorece un aprendizaje autónomo y significativo.*** Se enfatiza el desarrollo personal del alumno, que va incrementando su responsabilidad y compromiso a lo largo de su carrera. Uno de los objetivos más importantes de la UD es que cada estudiante llegue a convertirse en una persona autónoma y desarrolle el proyecto de realización personal más adecuado.
- e) *Una universidad que promueve el desarrollo de pensamiento.*** Desarrollar el pensamiento significa favorecer los diferentes tipos de pensamiento (p. ej., pensamiento reflexivo, lógico, analógico, analítico, sistémico, crítico, creativo, práctico, deliberativo). Se considera a los contenidos como los vehículos necesarios para este desarrollo intelectual pero sin convertirlos en su objetivo único.

- f) ***Una universidad que potencia la adquisición de competencias académico-profesionales.*** Las personas requieren adquirir destrezas y habilidades tanto instrumentales, interpersonales como sistémicas para su funcionamiento e integración socio-laboral. Estas competencias son elementos clave en el aprendizaje universitario que, además del dominio en la especialidad académica, incluye competencias que le enriquecen como persona y como futuro profesional.
- g) ***Una universidad que incorpora en su quehacer las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.*** Esta utilización ayuda a crear nuevos espacios virtuales que favorecen la autonomía de alumnos y multiplican las posibilidades educativas de interacción y creación.
- h) ***Una universidad que se transforma en organización que aprende.*** Se promueven procesos de innovación y autorrenovación permanente hacia una misión común y compartida basada en un compromiso colectivo con los valores que se desean potenciar.
- i) ***Una universidad que se compromete con la calidad de sus servicios y prestaciones.*** Para trabajar por la excelencia, es preciso introducir una cultura de la calidad en todos los ámbitos y sectores universitarios y un sistema de evaluación que permita detectar los fallos o limitaciones que puedan darse con el fin de posibilitar cambios y mejoras.
- j) ***Una universidad que lidera y favorece el desarrollo del liderazgo en profesores y alumnos.*** Es necesario fomentar un liderazgo que haga conscientes a todas las personas de la comunidad universitaria de las cuestiones importantes, potencie el

interés por el logro y el trabajo bien hecho, el aprendizaje y la formación continua y los ideales que nos hacen mirar más allá de los propios intereses.

- k) ***Una universidad que valora, desarrolla y fomenta la colaboración y el trabajo en equipo en sus propias estructuras.*** Favorece y practica la colaboración como un valor clave para el desarrollo personal e institucional a través de una dinámica de proyectos y trabajo en equipo.
- l) ***Una universidad que se compromete socialmente.*** La universidad debe crear oportunidades para que los estudiantes puedan conocer, participar y vivir de manera experiencial situaciones que les lleven a implicarse con los colectivos y personas desfavorecidos o en situación o riesgo de exclusión social, para aprender sobre la realidad y llegar a ser adultos solidarios en el futuro.
- m) ***Una universidad con carácter abierto y universal.*** La UD pretende ser una institución abierta al pensamiento y a nuevas ideas. Con un espíritu de servir a la sociedad a la que pertenece, promoviendo la conversación de su patrimonio cultural y manteniendo una apertura y visión universal que le conecte con las preocupaciones y problemas mundiales.
- n) ***Una universidad que se compromete con la búsqueda de la paz y el desarrollo de la dignidad humana de todas las personas.*** La consideración de la dignidad humana es el eje en torno al que se constituye la política universitaria. Sobre esta base, la UD colabora en la búsqueda de la paz y en la formación comprometida de sus estudiantes con estos principios.
- o) ***Una universidad que se ocupa y preocupa por los problemas sociales de los más desfavorecidos en su entorno próximo y lejano.*** Es un propósito

fundamental para la UD conocer, reflexionar y ayudar a proponer líneas de trabajo, investigación y cooperación sobre los problemas sociales más acuciantes en su entorno próximo y cercano.

Los principios descritos llevan a cuatro principios clave sobre los que se cimenta el MAUD (Villa y Poblete, 2008, p. 16):

- 1) Una organización, la Universidad, que aprende y está centrada en el estudiante.
- 2) Una organización que trabaja en equipo y valora la colaboración.
- 3) Una organización que lidera y potencia al personal.
- 4) Una organización que se compromete ética y socialmente.

El cumplimiento de los anteriores principios requiere de una formación integradora basada en competencias que abarquen las distintas facetas humanas, sociales, intelectuales y éticas. Una formación del estudiante centrada en primer lugar en su desarrollo como persona antes, incluso, que en su formación académica y profesional (Villa y Poblete, 2008). Así, de los principios citados se desprende el MAUD, que se representa en la figura geométrica de una pirámide (véase Figura 3). Las cuatro caras de esta pirámide simbolizan las cuatro características esenciales del modelo: Valores, Actitudes, Competencias y Modelo de Aprendizaje. Estas características favorecen el desarrollo de la autonomía y del aprendizaje significativo del estudiante.

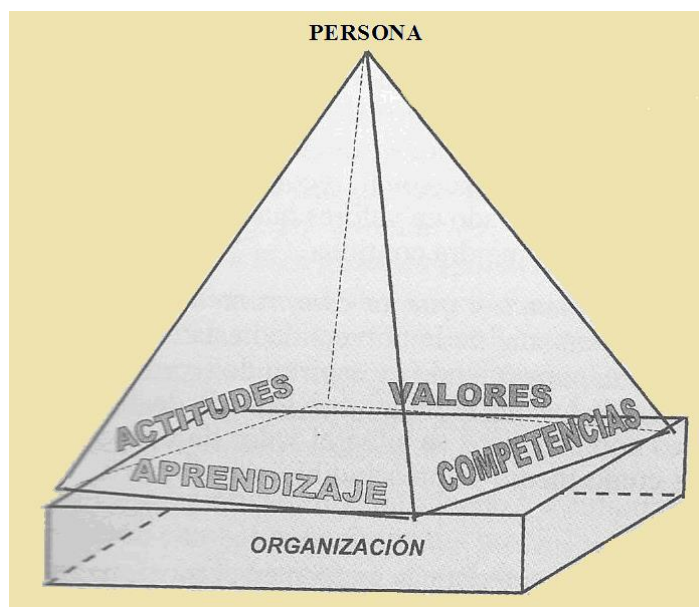


Figura 3. Representación gráfica del Modelo de Aprendizaje de la Universidad de Deusto. Adaptado de A. Villa y M. Poblete (Coords.) (2008). *Aprendizaje basado en competencias* (3ª ed.) (p.15). Bilbao: Mensajero.

Los **Valores** hacen referencia a los “ideales internos que mueven a la persona a actuar en función de sus prioridades en la vida”. Desde este punto de vista, la formación universitaria debe ser orientada a que los universitarios sean ante todo “*personas* y, por tanto, defiendan y postulen los valores que dignifican a todos los seres humanos como personas independientemente de cualquier otra variable que los diferencie” (Villa y Poblete, 2008, p. 21). En este modelo de aprendizaje, los valores se vertebran en torno al desarrollo personal y social de los estudiantes; la orientación al conocimiento (que los estudiantes no sólo aprendan, sino que aprendan a ser aprendices) y la responsabilidad ética-social (Villa y Poblete, 2008).

Las **Actitudes** se pueden definir como “una predisposición a actuar de un modo determinado ante un objeto (idea, persona, institución) con una cierta intensidad de un modo positivo o negativo. En este modelo, el objeto de la actitud es el *propio aprendizaje*” (Villa y Poblete, 2008, p. 19). Estas actitudes comprenden la actitud de autonomía, la responsabilidad personal y la colaboración, entendida esta última como una “disposición permanente a cooperar con los compañeros y con las personas que nos rodean” (Villa y Poblete, 2008, p. 20).

Las **Competencias** aluden al “buen desempeño en contextos diversos y auténticos basado en la integración y activación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores” (Villa y Poblete, 2008, pp. 23-24). Desde el modelo que aquí se presenta, las competencias se clasifican en tres categorías: competencias instrumentales (aquellas que tienen una función en el medio); competencias interpersonales (habilidades personales y de relación) y competencias sistémicas (destrezas y habilidades relacionadas con la totalidad de un sistema) (Villa y Poblete, 2008).

Estas características inciden en el aprendizaje, funcionamiento y el desarrollo de valores que los estudiantes experimentan. El aprendizaje significativo se da cuando los estudiantes perciben el mensaje en relación con su conocimiento previo y con su experiencia. De esta manera, se busca favorecer que el alumno construya y desarrolle el conocimiento conectando la materia con su propia perspectiva (Villa y Poblete, 2008).

Las experiencias de ApS suponen una oportunidad de expresión e integración de los principios que fundamentan el modelo pedagógico y, a su vez, este marco

pedagógico justifica y sienta las bases para la implantación e impulso de la metodología del ApS en la UD.

3.3. Sintonía entre el aprendizaje-servicio, el Paradigma Ledesma-Kolvenbach, el Modelo MAUD y el Espacio Europeo de Educación Superior-Programa Bolonia

Se ha podido observar como los principios y metodología del aprendizaje-servicio están en perfecta consonancia con las dimensiones del Paradigma Ledesma Kolvenbach, el Modelo MAUD y el Espacio Europeo de Educación Superior.

El ApS da expresión a la *utilitas*, *iustitia*, *humanitas* y *fides* y a los principios del Modelo de Aprendizaje MAUD, evitando que se queden en meras abstracciones. Así, el ApS permite integrar la excelencia académica y la utilidad práctica, con el ejercicio de la justicia social y con el desarrollo integral de las personas, incluyendo su espiritualidad, al promover la experiencia directa con otras realidades diferentes a la propia y la reflexión crítica para poder cuestionar valores e interrogarse el sentido que se le da a la propia acción personal y profesional y, de forma más amplia, al proyecto vital.

En una observación de la afinidad entre el Programa Bolonia y el Paradigma Ledesma Kolvenbach, Agúndez (2008) señala que las concreciones que se despliegan de las cuatro dimensiones del Paradigma no incluyen competencias en el sentido más estricto (que sean académicamente evaluables en sí mismas), sino que más bien apunta a “*orientaciones, sensibilidades, actitudes, valores...*, que sirven de base a opciones personales y constituyen una directriz y guía para el comportamiento personal y

profesional” (p.611). En este sentido, las dimensiones del Paradigma van más allá de las competencias. Agúndez (2008, p. 611) propone considerarlas como “meta-competencias” y propone que “ensamblar las *meta-competencias* en las competencias (genéricas y específicas) y estirar el perfil profesional hasta hacerle coincidir con el perfil personal, sería el modo de hacer realidad el modelo en el proceso educativo”.

El ApS, en el marco del Modelo de Aprendizaje de la UD y en consonancia con él, permite articular e integrar el modelo de aprendizaje basado en competencias que propone el Espacio Europeo de Educación Superior y las *meta-competencias* que del Paradigma se desprenden. El Programa Bolonia parte de la necesidad de lograr un determinado perfil profesional que exige algo más que “saber”, exige “saber hacer”, “saber estar”, “saber ser” o “saber vivir juntos” (Agúndez, 2008, p. 611). Esto es algo a lo que la metodología tradicional de enseñanza no ha podido responder, siendo necesaria la innovación educativa para poder recoger e integrar todas estas necesidades. Así, el ApS supone una innovación educativa que da respuesta a tales necesidades, articulando una metodología que permite integrar los referidos *saberes* en una única unidad de acción.

Capítulo 4

Efectos Positivos del Aprendizaje- Servicio en la Salud Integral

CAPÍTULO 4. Efectos Positivos del Aprendizaje-Servicio en la Salud Integral

“Ayudar al que lo necesita no sólo es parte del deber, sino de la felicidad”
José Martí

4.1. Introducción

4.2. Salud integral: salud física, psicológica y social.

4.3. Efectos positivos del aprendizaje-servicio en la salud

4.4. Mecanismos explicativos de los efectos positivos del aprendizaje-servicio en la salud

4.1. Introducción

En el presente capítulo, tras presentar el concepto de salud integral, se realiza una revisión y síntesis de la evidencia empírica disponible acerca de los efectos positivos del aprendizaje-servicio en la salud de las personas que lo practican. Posteriormente, se plantean posibles mecanismos explicativos de tales efectos.

4.2. Salud integral: salud física, psicológica y social

El concepto de salud ha sido dinámico a lo largo de la historia. La raíz etimológica de la palabra salud se remonta al término sánscrito *hal*, que significa “totalidad” (Mezzich, 2005). Del mismo modo, en lengua inglesa podemos observar que “*health*” (salud) tiene su origen en la palabra “*wholeness*” (totalidad). Esto sugiere una

concepción temprana de la salud como *integral*, en la que posiblemente se incluyeran aspectos tanto mentales como físicos. Sin embargo, a pesar de este origen, esta perspectiva no ha sido siempre dominante en la historia, obviándose durante mucho tiempo la integridad del concepto de salud (Morrison y Bennett, 2008).

Esta mirada integradora parece perder su predominio a partir de la revolución científica del siglo XVII, donde se desarrolló la medicina física y las explicaciones de la enfermedad empezaron a ser cada vez más orgánicas y fisiológicas, dejando poco margen para las explicaciones psicológicas o sociales y relegando el estudio de la mente al campo de la filosofía y la religión. Se erigía así un paradigma dualista en la cultura occidental, separando como independientes el cuerpo y la mente, sobre el que se desarrolló la ciencia médica moderna (Frutos y Royo, 2006; Girón-Daviña, 2010; Morrison y Bennett, 2008).

En el siglo XIX apareció el término *psicosomático*, para hacer referencia a aquellas enfermedades predominantemente somáticas en sus manifestaciones clínicas, donde los factores psicosociales representan un papel etiopatogénico relevante. Sin embargo, fue el desarrollo del movimiento psicoanalítico a principios del siglo XX el impulsor de los estudios sobre la incidencia de los aspectos psíquicos en el proceso de enfermar (Jiménez y Suárez, 2008). No obstante, hasta mediados del siglo XX la salud siguió considerándose predominantemente como la ausencia de enfermedad, limitándose fundamentalmente a aspectos biológicos. En la década de los cuarenta, con los cambios socioeconómicos, culturales y epidemiológicos, empieza a gestarse un nuevo concepto de salud que irá más allá y empezará a reconocer la integridad del concepto,

acercándose más a la realidad (Frutos y Royo, 2006; Girón-Daviña, 2010; Morrison y Bennett, 2008).

Este reconocimiento se concretó en la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta fundacional, en la que señala que ésta no consiste sólo en la mera ausencia de dolencia o enfermedad, sino también en la presencia de un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1948).

Si bien la definición de la OMS ha sido criticada por utópica al incluir el condicionante de “*completo* bienestar...” o por obviar su cualidad dinámica (no se trata de un concepto estático) supuso un hito al destacar la dimensión positiva de salud; al incluir su vivencia subjetiva y al reconocer la integración de las dimensiones tanto física, como psicológica y social de la salud, así como la influencia de los factores físicos, psicológicos y sociales en los procesos de salud-enfermedad. Posteriormente, se han propuesto otras definiciones, pero raramente excluyen alguna de estas dimensiones (León-Rubio y Expósito, 1995).

Desde la perspectiva de salud como integral, el concepto de salud psicológica o salud mental está implícito en el concepto de salud, no suponiendo conceptos disociables. Asimismo, la salud mental es más que la mera ausencia de trastorno mental. Se puede concluir entonces que la salud, es producto de las características biológicas, del entorno y de la estructura organizativa de su propia experiencia, y se manifiesta a través del comportamiento que será adaptativo o saludable en función de la interacción de estos aspectos. Además, es un proceso en continuo dinamismo a lo largo de la vida (Santacreu, 1991).

Esta conceptualización positiva y multidimensional de salud se refleja en la aparición de modelos teóricos que pretenden proporcionar un marco conceptual más comprensivo de la complejidad que acompaña a los procesos de salud-enfermedad, como el **modelo biopsicosocial** (Engel, 1977), cuya descripción se abordará en el capítulo 6 como modelo teórico de referencia de la presente tesis.

En conclusión, el término **salud integral** en esta tesis hace referencia a **salud bio-psico-social**, que integra las dimensiones de salud física o biológica, psicológica y social. No se hace referencia a la mera suma estas tres dimensiones o niveles, sino a la salud como fruto de estos tres niveles en interacción. Un cambio o desequilibrio en uno de los niveles, afecta a los demás, a todo el sistema. Se evita así el dualismo mente-cuerpo proponiendo su integración en un todo bidireccional.

4.3. Efectos positivos del aprendizaje-servicio en la salud

El aprendizaje-servicio ha recibido un creciente interés en los últimos años por parte de investigadores y educadores de distintas disciplinas académicas, lo que se refleja en la literatura que se ha publicado al respecto en los últimos años (p. ej., Billig, 2000; Billig y Eyler, 2003; Conway, Amel y Gerwien, 2009; Eyler, Giles, Stenson y Gray, 2001; Furco y Billig, 2002; Yorio y Ye, 2012) y en su progresiva implantación en los programas de educación superior (Kenworthy-U'Ren, 2008). La investigación inicial en el área ha sido en ocasiones poco rigurosa empíricamente, no obstante, en las últimas dos décadas cada vez más investigadores han empezado a explorar los efectos del ApS utilizando métodos cuantitativos y medidas pre y post-test (antes y después de

que los estudiantes realizasen el programa de ApS) evidenciando resultados prometedores (Billig, 2000; Simons y Cleary, 2006).

Así, la investigación realizada en el área ha evidenciado la eficacia de los Programas de ApS en producir efectos positivos en los estudiantes, que no se limitan a la mejora de la calidad de los aprendizajes. Se ha podido observar de manera consistente que pueden afectar al estudiante de manera integral, al contribuir a su desarrollo académico, personal, social, ético y cívico (véase Figura 4) (p. ej., Astin et al., 2000; Conway, Amel y Gerwien, 2009; Eyler et al., 2001; Yorio y Ye, 2012).

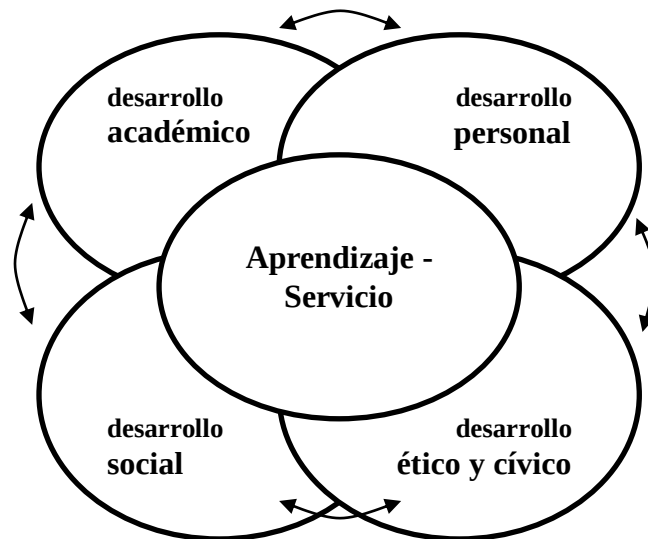


Figura 4. Efectos del aprendizaje-servicio en el desarrollo integral de los estudiantes.

Adaptado de F. L. Wilczenski y F. L. Coomey (2000). *A practical guide to service learning: Strategies for positive development in schools* (p. 13). New York, NY US: Springer Science + Business Media.

Conrad y Hedin (1981, 1989), ya en la década de los 80 investigaron los efectos de experiencias educativas basadas en el aprendizaje experiencial y el servicio comunitario (componentes del ApS), encontrando resultados en seis áreas, que coinciden con los objetivos para la educación en el contexto norteamericano propuestos por Goodlad (1984) y que recogen Furco y Billig (2002, p. 28):

- Área “académica”: Desarrollo del dominio de los estudiantes sobre los contenidos del curso, de las habilidades de pensamiento y de resolución de problemas, así como la mejora de actitudes hacia el centro educativo y el aprendizaje.
- Área “vocacional”: Desarrollo de habilidades para elegir una ocupación gratificante y reforzante, del conocimiento de las opciones profesionales, de actitudes positivas hacia el trabajo y de ideas realistas hacia el mundo profesional.
- Área “personal”: Desarrollo del autoconcepto, la autoestima, la resiliencia, el liderazgo, la independencia, la percepción de controlabilidad y de poder personal.
- Área “cívica y cultural”: Desarrollar la comprensión de la situación política, la participación en la vida cívica en la comunidad y la toma de conciencia del patrimonio cultural.
- Área “ética”: Desarrollo moral y de valores, de la habilidad para tomar la responsabilidad y tratar con las consecuencias de las acciones.
- Área “social”: Desarrollo de la comprensión interpersonal, de la habilidad para trabajar en equipo, de la apreciación por sistemas de valores diferentes, de la conciencia de otros y de la habilidad para cuidar de los otros.

En un metanálisis reciente sobre los efectos del ApS en variables personales, sociales y cognitivas de estudiantes de educación superior, Yorio y Ye (2012) encontraron efectos beneficiosos sobre el **desarrollo cognitivo** (haciendo referencia al desarrollo de tareas o habilidades y al logro académico, incluyendo medidas como habilidades de resolución de problemas, pensamiento crítico, habilidades de escritura, notas medias o desempeño durante el curso); el **desarrollo personal** (haciendo referencia a la percepción de sí mismo, incluyendo medidas como la identidad, autopercepción de fortalezas y debilidades, autoeficacia, autoestima, liderazgo, determinación y persistencia) y sobre el **desarrollo social** (incluyendo medidas como la sensibilidad a la diversidad y conciencia cultural, percepción de determinados colectivos en riesgo de exclusión social, valores éticos y morales, habilidades interpersonales, comprensión de las necesidades de la comunidad, comprensión de cómo ayudar a la comunidad, deseo de implicarse en futuras actividades de servicio). En el metanálisis solo se incluyeron estudios empíricos cuantitativos.

De manera consistente, en otro metanálisis sobre de los resultados hallados acerca del impacto del ApS sobre estudiantes de educación superior, Conway, Amel y Gerwien (2009), hallaron efectos beneficiosos de los programas de ApS sobre los resultados **académicos** (motivación académica, actitudes y conocimiento, aspectos cognitivos), **personales** (desarrollo moral, autoestima, autoeficacia, bienestar, desarrollo profesional, motivaciones para participar en actividades de voluntariado) y **sociales** (habilidades sociales, comprensión y tolerancia de la diversidad, creencias, conocimientos y actitudes sobre el colectivo con el que colaboran, creencias o actitudes hacia colectivos de exclusión social, responsabilidad social, participación ciudadana). Los mayores efectos encontrados fueron sobre los resultados académicos y sobre las creencias,

conocimiento y actitudes hacia el colectivo con el que colaboraron. Solo se incluyeron en el metanálisis los estudios que utilizaron diseños pre-post con medidas cuantitativas.

En 2001, Eyler et al. publicaron una extensa revisión de la literatura sobre los efectos de los programas de ApS a través de diferentes disciplinas en los estudiantes, facultades, instituciones y comunidades. La revisión, que comprendía estudios publicados entre 1993 y 2000, halló de manera consistente efectos positivos en los estudiantes, específicamente, en **variables de aprendizaje y académicas** (aprendizaje académico, habilidad para aplicar lo aprendido en el “mundo real”, notas medias, análisis de problemas, pensamiento crítico, desarrollo cognitivo), **variables personales** (desarrollo personal en aspectos como la autoeficacia, identidad, crecimiento espiritual y desarrollo moral; desarrollo interpersonal, como la habilidad de trabajo en equipo, liderazgo y habilidades de comunicación) y **variables sociales** (reducción de estereotipos, comprensión racial y cultural, responsabilidad social, competencias ciudadanas, compromiso con el servicio solidario, implicación en actividades de servicio posteriores).

Asimismo, se ha evidenciado cómo los efectos de los programas de ApS difieren de los obtenidos con actividades con el único componente de servicio solidario. Astin, et al. (2000), en un estudio con estudiantes de educación superior de distintas instituciones educativas, mostraron que los **efectos** positivos del ApS en el desarrollo cognitivo y afectivo de los participantes eran claramente **superiores que los efectos producidos por otras actividades de servicio solidario**.

Eyler, Giles y Braxton (1997), en un estudio con 20 centros educativos norteamericanos de educación superior y con una muestra de 1500 estudiantes, en el que

investigaron el impacto de ApS en el variables de **desarrollo personal, habilidades cívicas** y en el **aprendizaje**, encontraron que los estudiantes de ApS mejoraban en las tres áreas en comparación con los estudiantes cuyos clases no seguían la metodología de ApS.

Melchior y Bailis (2002) presentan una síntesis y discusión de los hallazgos obtenidos a través del estudio y evaluación de tres iniciativas nacionales de ApS en Estados Unidos, dirigidas a estudiantes de educación secundaria: *Serve-America*; *Learn and Serve*; *Active Citizenship Today (ACT)*. Estos estudios evaluaron el impacto de los programas de ApS en una amplia variedad de **actitudes cívicas y comportamientos**. El estudio *Serve-America* (evaluado entre los años 1992-1995), mostró resultados positivos en los estudiantes de secundaria en las actitudes hacia el bienestar social (p. ej., “*cuidar de las personas que están teniendo dificultades es responsabilidad de todos*”, p. 217), en las habilidades comunicativas, en la implicación en al menos una forma de servicio voluntario, en las horas totales de servicio desempeñadas, en el aumento de la dedicación horaria a los deberes escolares y en la reducción del absentismo escolar. El estudio *Learn and Serve* (evaluado entre los años 1992-1995), encontró un impacto positivo significativo en el liderazgo, la aceptación de la diversidad, la implicación en el servicio y las horas dedicadas al servicio, la implicación en la escuela, las notas académicas, la tasa de embarazos por parte de adolescentes y la tasa de arrestos policiales. El estudio del programa *ACT* (evaluado en el curso escolar 1996-97), solo arrojó resultados estadísticamente significativos en las habilidades de comunicación y de liderazgo.

A continuación se presenta una revisión de los resultados hallados en estudios concretos realizados en esta área con programas similares al que se realiza en la Universidad de Deusto. Los estudios que aquí se citan han empleado métodos cuantitativos y algunos de ellos han empleado medidas antes y después de realizar el programa, diseño que se empleará en el estudio empírico de la presente tesis. Para facilitar la exposición, los resultados se han organizado en las categorías de **desarrollo psicosocial, desarrollo ético o cívico y desarrollo académico o de aprendizaje**, atendiendo a las categorizaciones que se han realizado en la literatura con respecto a los hallazgos de los efectos del ApS sobre los estudiantes.

Impacto del aprendizaje-servicio en el desarrollo psicosocial

El aprendizaje-servicio ha sido asociado a efectos beneficiosos en diversas variables de desarrollo psicológico y social en los estudiantes (véase síntesis en Tabla 4). El desarrollo psicosocial implica estar en unas mejores condiciones para desenvolverse de una manera positiva con uno mismo, con las demás personas y con el entorno sociocultural en el que se vive.

Astin et al. (2000), en un estudio con alumnos de educación superior de distintas instituciones educativas, mostraron **efectos** positivos del ApS en **el desarrollo cognitivo y afectivo** de los participantes en comparación con los efectos producidos por otras actividades de servicio solidario.

Encinas (2008), en un estudio con alumnos de un programa de ApS de la Universidad de Deusto realizado en el curso 2006-07 (programa predecesor al que se expone en la presente tesis), halló que los estudiantes que realizaron el programa

puntuaron más alto en **actitudes y estrategias cognitivo-sociales** al acabar el curso, en comparación con alumnos del mismo curso que no eligieron hacer el programa.

Batchelder y Root (1994), en otro estudio con estudiantes de educación superior, encontraron efectos significativos en **variables cognitivas complejas**, incluyendo un mejor desempeño en la resolución de problemas así como una mayor conciencia de la multidimensionalidad y la variabilidad implicadas en los problemas sociales.

De manera consistente, otros estudios han encontrado que los programas de ApS promueven el desarrollo de las habilidades de **análisis y resolución de problemas o conflictos** (Astin y Sax, 1998; Eyler, Giles y Braxton, 1997; Eyler y Giles, 1999; Eyler, Root y Giles, 1998; Moely, Mercer, Ilustre, Miron y McFarland, 2002) y de **pensamiento crítico** (Astin y Sax, 1998; Astin et al., 2000; Eyler y Giles, 1999).

Asimismo, se han encontrado efectos positivos en variables personales como la **autoeficacia** (Astin et al., 2000; Eyler, Giles y Braxton, 1997; Simons y Cleary, 2006), la **confianza en uno mismo** (Astin y Sax, 1998; Astin et al., 2000); el **desarrollo de la identidad profesional** (Batchelder y Root, 2004), la **apertura a nuevas ideas** (Eyler Giles y Braxton, 1997) o las **actitudes frente a la salud** (Greene y Diehm, 1995).

Además, se ha encontrado que las experiencias de ApS promueven el desarrollo de **habilidades interpersonales** (Astin y Sax, 1998; Eyler y Giles, 1999), como la **empatía** (Eyler, Giles y Braxton, 1997) y el **liderazgo** (Astin y Sax, 1998; Astin et al., 2000; Moely et al. 2002).

Tabla 4

Evidencia empírica del impacto positivo del aprendizaje-servicio en el desarrollo psicosocial

Variables de desarrollo PSICOSOCIAL	Estudios
Desarrollo cognitivo	● Astin y Sax (1998)
Análisis de problemas	● Astin, Vogelgesang, Ikeda y Yee (2000)
Resolución de problemas o conflictos	● Batchelder y Root (2004)
Flexibilidad cognitiva	● Eyler y Giles (1999)
Pensamiento crítico	● Eyler, Giles y Braxton, (1997)
	● Eyler, Root, Giles (1998)
	● Moely, Mercer, Ilustre, Miron y McFarland (2002)
Desarrollo afectivo	● Astin, Vogelgesang, Ikeda y Yee (2000)
Autoeficacia	● Astin y Sax (1998)
Confianza en uno mismo	● Astin, Vogelgesang, Ikeda y Yee (2000)
	● Eyler, Giles y Braxton, (1997)
	● Simons y Cleary (2006)
Desarrollo de identidad profesional	● Batchelder y Root (2004)
Actitudes frente a la salud	● Greene y Diehm (1995)
Actitudes y estrategias cognitivo -sociales	● Encinas (2008)
Empatía	● Eyler, Giles y Braxton (1997)
Habilidades interpersonales	● Astin y Sax (1998)
Habilidades de liderazgo	● Astin, Vogelgesang, Ikeda y Yee (2000)
Habilidades comunicativas	● Eyler y Giles (1999)
	● Melchior y Bailis (2002)
	● Moely et al. (2002)
Menos conductas de riesgo	● Melchior y Bailis (2002)

Impacto del aprendizaje-servicio en el desarrollo ético y cívico

Con frecuencia, los estudios en el área de aprendizaje-servicio han explorado el efecto de estas experiencias en el desarrollo ético y de valores, así como en variables de desarrollo cívico, constatando un impacto positivo a este respecto en los estudiantes que participan en experiencias de ApS (véase síntesis en Tabla 5).

Diversos estudios con estudiantes de educación superior (Boss, 1994; Eyler, Giles y Braxton, 1997; Eyler y Giles, 1999; Gorman, 1994) han hallado un impacto positivo en el **desarrollo ético y de valores** de aquellos que han realizado programas de ApS. Por ejemplo, Gorman (1994), comparó el desarrollo moral de estudiantes universitarios de dos clases diferentes: una clase que empleaba la metodología del ApS (10-12 horas a la semana) y los estudiantes de una clase que no utilizaba la metodología. El autor encontró que los estudiantes que participaron en el programa de ApS presentaron puntuaciones significativamente mayores en el desarrollo moral que aquellos que no participaron. Boss (1994), en un estudio similar con medida pre y post-test con estudiantes universitarios, en el que una parte participaba en actividades de ApS (grupo experimental) y otra parte participaba en otro tipo de tareas (grupo de control), encontró un mayor razonamiento moral y desarrollo moral en los estudiantes que participaron en actividades de ApS. Batchelder y Root (2004) encontraron un incremento en el razonamiento prosocial y en la toma de decisiones prosociales en los estudiantes de ApS en comparación con estudiantes de clases tradicionales.

Estudios como el realizado por Astin y Sax (1998) o el de Eyler y Giles (1999) evidenciaron que los estudiantes que participaban en programas de ApS mejoraban sus **actitudes, habilidades** y su **comprensión** hacia temas sociales. Eyler, Giles y Braxton

(1997), en un estudio con estudiantes de educación superior con medidas antes y después de un programa de ApS, también encontraron efectos positivos en el desarrollo de actitudes y de la comprensión hacia temas sociales en el grupo de alumnos de ApS, en comparación con aquellos que no eligieron hacer el programa.

Astin et al. (2000) hallaron que la participación en estos programas se asociaba a la **elección de una profesión relacionada con el servicio** y a **planes de participar en actividades de servicio solidario en el futuro**. De manera consistente, Cohen y Kinsey (1994) observaron que participar en estos programas incrementaba la **motivación para participar en actividades de servicio solidario** y Eyler, Giles y Braxton (1997) comprobaron que participar en experiencias de ApS era un **predictor** de **voluntariado** posterior y de **participación política**.

Haski-Leventhal et al. (2010), en un estudio transcultural con 14 países, encontraron que participar en programas de ApS, tanto en el instituto como en la universidad, correlaciona positivamente con la práctica posterior de voluntariado, incluyendo frecuencia y tiempo dedicado a la actividad, lo que confirma los efectos en el compromiso social y ciudadano de los estudiantes.

Astin y Sax (1998), en un estudio longitudinal de cinco años con estudiantes universitarios, comprobaron que participar en experiencias de ApS mejoraba su **responsabilidad social**. Asimismo, Eyler y Giles (1999), en una investigación con una muestra de 1535 estudiantes universitarios, comprobaron que la responsabilidad social mejoraba en comparación con los estudiantes que no participaban en experiencias de ApS. Giles y Eyler (1994), en otro estudio con estudiantes universitarios que tenía como objetivo comprobar los cambios en la responsabilidad social y personal como resultado

de participar en una experiencia de ApS, hallaron mejoras significativas en las **creencias hacia la necesidad de involucrarse en servicio a la comunidad para poder mejorar aspectos sociales** (particularmente en liderazgo y política) y en su compromiso en participar en actividades de voluntariado.

En otro estudio con medidas pre y post programa de ApS con estudiantes universitarios, Moely et al. (2002) encontraron que aquellos que lo realizaron aumentaron su **implicación en la comunidad** y mejoraron sus **actitudes hacia la justicia social** en comparación con aquellos estudiantes que no realizaron el programa. Driscoll, Holland, Gelmon y Kerrigan (1996), en otro estudio con un programa de ApS universitario, también comprobaron que el ApS se asociaba a una mayor implicación de los estudiantes en la comunidad.

Asimismo, se ha comprobado que los programas de ApS promueven la **comprensión y tolerancia de la diversidad** (cultural, racial, política, etc.) (Astin y Sax, 1998; Conway, Amel y Gerwien, 2009; Driscoll et al., 1996; Eyler, Giles y Braxton, 1997; Markus, Howard y King, 1993) y modifican las **creencias, conocimientos y actitudes** sobre el colectivo con el que colaboran (Conway, Amel y Gerwien, 2009; Eyler y Giles, 1999; Giles y Eyler, 1994). Por ejemplo, Bringle y Kremer (1993), en un estudio con estudiantes que realizaban experiencias de ApS con el colectivo de tercera edad, comprobaron una mejora de sus actitudes y una reducción de los estereotipos hacia dicho colectivo. Greene y Diehm (1995) encontraron que los programas de ApS con el colectivo de tercera edad mejoraban las actitudes de los estudiantes sobre el envejecimiento y la salud.

Tabla 5

Evidencia empírica del impacto positivo del aprendizaje-servicio en el desarrollo ético o cívico

Variables de desarrollo ÉTICO o CÍVICO	Estudios
Actitudes hacia el bienestar social	● Melchior y Bailis (2002)
Actitudes de justicia social	● Eyler, Giles y Braxton (1997) ● Moely, Mercer, Ilustre, Miron y McFarland (2002)
Creencia de la necesidad de involucrarse en servicio a la comunidad para poder mejorar aspectos sociales	● Giles y Eyler (1994)
Modificación de creencias, conocimientos y actitudes sobre el colectivo con el que se colabora	● Bringle y Kremer (1993) ● Eyler y Giles (1999) ● Giles y Eyler (1994) ● Greene y Diehm (1995)
Dedicación horaria al servicio	● Melchior y Bailis (2002)
Desarrollo moral o de Valores	● Batchelder y Root (2004) ● Boss (1994) ● Eyler y Giles (1999) ● Eyler, Giles y Braxton, (1997) ● Gorman (1994)
Desarrollo de tolerancia racial, religiosa o cultural	● Astin y Sax (1998) ● Eyler, Giles y Braxton (1997) ● Markus, Howard y King (1993) ● Melchior y Bailis (2002)
Elegir una profesión relacionada con el servicio	● Astin, Vogelgesang, Ikeda, y Yee (2000)
Motivación para participar en actividades comunitarias	● Cohen y Kinsey (1994) ● Driscoll, Holland, Gelmon y Kerrigan (1996)
Implicación en la comunidad	● Moely, Mercer, Ilustre, Miron y McFarland (2002)
Planes de participar en actividades de servicio solidario en el futuro	● Astin, Vogelgesang, Ikeda, y Yee (2000)
Predictor de práctica posterior de servicio solidario	● Eyler, Giles y Braxton (1997) ● Haski-Leventhal et al. (2010)
Predictor de mayor participación política	● Eyler, Giles y Braxton (1997)
Realización de voluntariado	● Melchior y Bailis (2002)
Responsabilidad social	● Astin y Sax (1998) ● Eyler y Giles (1999) ● Giles y Eyler (1994)

Impacto del aprendizaje-servicio en el desarrollo académico o de aprendizaje

Uno de los aspectos más explorados en el área de aprendizaje-servicio es su efecto en la mejora de variables de aprendizaje y de resultados académicos (véase síntesis en Tabla 6).

Por ejemplo, Encinas (2008), Astin y Sax (1998) o Vogelgesang y Astin (2000), encontraron que aquellos alumnos que cursaban un programa de ApS obtenían mejores resultados académicos (notas medias más altas) en comparación con un grupo comparable de estudiantes que no lo cursaba. Vogelgesang y Astin (2000) hallaron además que los estudiantes de ApS mostraron mejores habilidades de escritura.

De manera congruente, Fredericksen (2000) y Strage (2000), en sendos estudios en los que comparaban estudiantes de ApS con estudiantes de clases tradicionales, encontraron una mejora de las calificaciones finales en los estudiantes de ApS en comparación con los que no cursaron la modalidad de ApS, no observando diferencias entre ambos grupos en los exámenes iniciales.

Otros estudios han hallado de modo consistente que los estudiantes que participan en experiencias de ApS mejoran el rendimiento y aprendizaje académico (Berson y Younkin, 1998; Markus, Howard y King, 1993; Simons y Cleary, 2005). Por ejemplo, Cohen y Kinsey (1994) hallaron mejoras en el aprendizaje y en la aplicación del aprendizaje adquirido. Concretamente, encontraron que los cursos con la metodología de ApS favorecía un mejor aprendizaje que los tradicionales, el desarrollo de una mayor relación de la teoría con el mundo real y un aprendizaje más significativo.

Tabla 6

Evidencia empírica del impacto positivo del aprendizaje-servicio en el desarrollo académico o de aprendizaje

Variables de desarrollo ACADÉMICO o de APRENDIZAJE	Estudios
Aprendizaje y aplicación de aprendizaje	• Cohen y Kinsey (1994) • Eyler y Gilles (1999)
Dedicación al trabajo extraescolar	• Melchior y Bailis (2002)
Habilidades de escritura	• Astin, Vogelgesang, Ikeda, y Yee (2000) • Volgegesang y Astin (2000)
Motivación académica	• Conway, Amel y Gerwien (2009)
Menor absentismo escolar	• Melchior y Bailis (2002)
Notas o rendimiento académico	• Astin y Sax (1998) • Berson y Younkin (1998) • Encinas (2008) • Fredericksen (2000) • Markus, Howard y King (1993) • Melchior y Bailis (2002) • Simons y Cleary (2005) • Strage (2000) • Volgegesang y Astin (2000)
Participación en clase	• Boss (1994)
Satisfacción con el curso, el instructor, las lecturas y el sistema de notas.	• Berson y Younkin (1998)

Mediadores o predictores de los efectos positivos del aprendizaje-servicio

No toda actividad de aprendizaje-servicio se desarrolla de acuerdo a criterios de calidad que garanticen su eficacia y permitan evaluar impactos estadísticamente significativos en los estudiantes. En este sentido, el consenso académico en los últimos

años apunta a señalar los siguientes criterios fundamentales de calidad para las prácticas de ApS (Tapia, 2008a, p. 27):

- *“Duración suficiente como para producir impacto en la comunidad y los estudiantes”*. Esta duración ha de tener al menos un semestre.
- *“Con una intensidad significativa”*. La intensidad se refiere a la frecuencia con que se realiza la actividad solidaria y a la cantidad de tiempo dedicado.
- *“Que presente rasgos programáticos bien definidos”*. Como ya se ha señalado anteriormente, un programa de ApS ha de estar adecuadamente planificado y articulado, debe caracterizarse por el protagonismo activo de los estudiantes, por la prestación de un servicio significativo para la comunidad y por contar con una planificación que establezca vínculos entre la actividad solidaria y los contenidos curriculares, así como espacios para la reflexión.

En este sentido, la literatura ha explorado la asociación entre las características del programa y los resultados de ApS (tipo de servicio, relación con los usuarios del servicio, relación con los centros donde se lleva a cabo el servicio, experiencia en clase, integración entre la materia y el servicio, reflexión, duración, frecuencia e intensidad de la experiencia, etc.), hallando mediadores y predictores de los efectos del ApS en los participantes (véase síntesis en Tabla 7).

Por ejemplo, Eyler y Giles (1999), en tres estudios con estudiantes de educación superior, observaron como la calidad del programa (incluyendo características como la **integración entre la materia y el servicio** o la **reflexión** oral y escrita) fue predictora de los efectos positivos en los participantes. Así, la inclusión de reflexión significativa en la experiencia de ApS fue predictora de mejores resultados de aprendizaje. Los

autores señalan que la reflexión permitió la integración de los contenidos y el servicio. Específicamente, hallaron que una mejor integración del aprendizaje académico y del servicio solidario se asoció a un mejor aprendizaje, un mejor análisis de los problemas, una mayor propensión a aplicar los conocimientos en dicho análisis y a un mejor desarrollo de estrategias prácticas para la acción comunitaria.

Con respecto a la **duración** y a la **intensidad**, la evidencia hallada sugiere que a mayor duración e intensidad del servicio, los efectos son mayores (Eyler y Giles, 1999; Eyler, Giles y Braxton, 1997). Haski-Leventhal et al. (2010) encontraron que participar en programas de ApS, tanto en el instituto como en la universidad, correlacionaba positivamente con la práctica posterior de voluntariado, incluyendo **frecuencia y tiempo dedicado a la actividad**.

Batchelder y Root (1994) hallaron que la **supervisión o tutorización directa** y factores académicos, tal como la instrucción, eran importantes mediadores del impacto de un programa de ApS. Comprobaron que la supervisión directa afectó a la complejidad de pensamiento y a la conciencia de múltiples soluciones, mientras que la calidad de la instrucción impactó positivamente en la toma de conciencia por parte de los alumnos de los obstáculos a solucionar y en el modo de abordar los problemas.

Furco (2003) ha encontrado que las **relaciones con el personal de las entidades donde los estudiantes realizan el servicio** están asociadas a los resultados positivos que éstos obtienen de la experiencia de ApS.

Otro factor asociado a los resultados obtenidos en prácticas de ApS es el **contacto directo con las personas destinatarias del servicio** (Kraft y Krug, 1994).

De manera consistente, otros autores señalan que los elementos de la calidad de la experiencia del servicio incluyen una adecuada implicación con la tarea, la posibilidad de hacer una **contribución real** y la **libertad para explorar los propios intereses**. Así, se ha encontrado de manera repetida que la posibilidad de hacer una contribución real a otras personas y a la comunidad promueve el desarrollo personal, social, el compromiso, las habilidades interpersonales y habilidades para la ejecución de tareas específicas (Gray et al., 1996; Eyler y Giles, 1999).

En general, la literatura apunta a que los **distintos tipos de servicio no conllevan diferencias significativas** para los resultados de los estudiantes (Eyler y Giles, 1999).

Por otro lado, además de las características del programa, **también pueden influir en los efectos del ApS algunos aspectos relacionados con los participantes**.

Dreuth y Dreuth-Fewell (2002) encontraron que la **satisfacción** del estudiante **con la experiencia de servicio** se establecía como un fuerte predictor de los resultados académicos. La satisfacción, a su vez, estuvo influenciada por la calidad de la experiencia de servicio de los estudiantes.

De manera consistente, Ngai y Ngai (2005) encontraron que la satisfacción con la experiencia del servicio y la reflexión en el aula fueron los predictores más fuertes de los efectos positivos del ApS.

Moely, Furco y Reed (2008) encontraron que las **preferencias** o las perspectivas desde las que los estudiantes conciben la experiencia de ApS eran también importantes en sus resultados. Específicamente, hallaron que los estudiantes que percibieron confluencia entre el paradigma bajo el que preferían el servicio (*servicio orientado a la*

ayuda directa a otras personas para resolver problemas inmediatos que puedan estar enfrentando; *servicio orientado al cambio social* para producir cambios en estructuras sociales más amplias; o una integración de ambos) y el servicio que finalmente realizaron, obtuvieron mejores resultados en las variables de aprendizaje y cívicas. Estos resultados son consistentes con otros estudios que han evidenciado el papel de la **motivación** de los estudiantes en los resultados de las experiencias de ApS (p. ej., Clary et al., 1998). A este respecto, Clary, Snyder y Stukas (1998) han estudiado la importancia de las motivaciones de las personas que realizan servicio solidario en sus efectos. Los autores afirman que es crítico que los valores prosociales y las actitudes que tienden a enfatizar las necesidades y problemáticas concernientes a los otros, sean unidas a los propios intereses, preocupaciones y problemáticas de las personas que realizan el servicio. **Este enfoque es coherente con el principio de reciprocidad que vertebra las experiencias de ApS**, esto es, que el servicio comunitario es un acuerdo de colaboración beneficioso tanto para el que presta el servicio como para el destinatario del mismo.

También en consonancia con el principio de reciprocidad que rige el ApS, están los hallazgos de Poulin (2013), quien encontró que los efectos positivos de las conductas de ayuda a otros estuvieron mediados por una **visión positiva de los otros**. Específicamente, estudió el papel que jugaba esta visión positiva de otros en los efectos protectores del servicio solidario en la relación entre estrés y mortalidad y distrés psicológico (malestar psicológico que incluye medidas de depresión, ansiedad y somatización). Poulin descubrió que las conductas de ayuda a otros reducían la asociación entre estresores vitales (como la pérdida de empleo, dificultades económicas, fallecimiento de un familiar, robos o enfermedades no mortales) y mortalidad, así como

entre los sucesos vitales estresantes y el distrés psicológico, pero sólo para aquellos participantes que tenían una visión positiva de los otros.

Además, se ha propuesto la **espiritualidad** como mediador de los efectos positivos del ApS. Hefner y Beversluis (2002) encontraron que una alta espiritualidad o afinidad religiosa se asoció a efectos más positivos del ApS.

Tabla 7

Evidencia empírica de las variables mediadoras o predictoras de los efectos positivos del aprendizaje-servicio

Variables mediadoras o predictoras	Estudios
Características del servicio	
Contacto directo con las personas destinatarias del servicio	● Kraft y Krug (1994)
Duración e intensidad del servicio	● Eyler y Giles (1999) ● Eyler, Giles y Braxton (1997)
Integración entre la materia y el servicio	● Eyler y Giles (1999)
Reflexión crítica	● Eyler y Giles (1999) ● Ngai y Ngai (2005)
Tutorización directa	● Batchelder y Root (1994)
Relaciones con el personal de las organizaciones	● Furco (2003)
Características de los estudiantes	
Espiritualidad	● Hefner y Beversluis (2002)
Motivación	● Clary et al. (1998) ● Clary, Zinder y Stukas (1998)
Preferencia de tipo de servicio	● Moely, Furco y Reed (2008)
Satisfacción con la experiencia de servicio	● Dreuth y Dreuth-Fewell (2002) ● Ngai y Ngai (2005)

El servicio solidario como promotor de salud. Antecedentes en la investigación en el área del voluntariado y de las actividades de ayuda a otros

En los apartados anteriores se ha señalado que el aprendizaje-servicio no debe confundirse con la prestación de servicios voluntarios. El voluntariado es una práctica de alto contenido de servicio a la comunidad que no supone necesariamente aprendizajes explícitos y sistematizados, aunque puedan suponer un buen punto de partida para elaborar proyectos de ApS (Rubio, 2008). No obstante, a pesar de las diferencias, también encontramos que ambas actividades tienen en común un componente fundamental: el servicio solidario. El servicio solidario ha sido relacionado en numerosas investigaciones con efectos beneficiosos en la salud de quien lo practica, tanto en su vertiente física como psicosocial (p. ej., Black y Living, 2004; Cheung y Kwan, 2006; Moen, Dempster-McCain y Williams, 1993; Oman, Thoresen y McMahon, 1999; Poulin, Brown, Dillard y Dylan, en prensa; Poulin, Brown, Ubel, Smith, Jankovic y Langa, 2013; Shmotkin, Modam y Blumstein, 2003; Thoits y Hewitt, 2001; Van Willigen, 2000). Por tanto, se abre aquí una línea teórica que conviene explorar. Como se expondrá a continuación, **la evidencia científica disponible apunta a que el servicio solidario impacta positivamente no solo en la salud de quien se beneficia de la ayuda, sino también en la persona que la proporciona.** Es más, existe evidencia empírica que indica que dar ayuda a otros es más beneficioso que recibirla (p. ej., Poulin et al., en prensa; Schwartz, Meisenhelder y Yunsheng, 2003; Schwartz y Sendor, 2000). Es pertinente entonces, tanto a efectos de aclarar las diferencias con ApS como de explorar los efectos beneficiosos en la salud del componente que comparten (el servicio solidario), detenerse en una breve revisión de la literatura relacionada con este campo.

Partiendo de la premisa de que ayudar a otros es beneficioso no solo para el que recibe ayuda sino también para el que lo practica, Wilson (2000) en una revisión sobre los beneficios de la práctica de voluntariado concluyó que se hallan **efectos positivos sobre la satisfacción de vida, autoestima, salud informada, logro académico y laboral, habilidad funcional y mortalidad**. Además, los resultados obtenidos en estudios con jóvenes sugieren que el voluntariado reduce la probabilidad de tener problemas de conducta, como el absentismo escolar o abuso de drogas.

En otra revisión realizada por Post (2005) en este ámbito, se concluye que existe una fuerte correlación entre el bienestar, la salud, la felicidad, la salud y la longevidad de personas que son emocional y conductualmente compasivas.

En un estudio longitudinal finalizado recientemente (Poulin et al., en prensa) se ha observado que la prestación de ayuda tangible a los demás protege la salud y alarga la vida. Han encontrado que el **aislamiento social y el estrés son predictores de mortalidad y morbilidad** y que **ayudar redujo la asociación entre estrés y mortalidad**. Esto es, las personas que habían ayudado a otros en los últimos años fueron menos propensas a morir que aquellos que no se habían implicado en acciones de ayuda. El estudio concluye que las personas que ofrecen ayuda a otras ven amortiguados los efectos negativos del estrés. Es decir, la prestación de ayuda a otras personas actúa como mediador de los efectos del estrés en la salud, específicamente, entre sucesos vitales estresantes y la mortalidad, disminuyendo sus efectos negativos. Asimismo, el estudio destaca que **ayudar a otros conlleva más beneficios para su salud que para las personas receptoras de la ayuda** y que no se ha logrado establecer una relación entre el hecho de recibir ayuda y la reducción de mortalidad tras exposiciones a

estresores. Estos resultados suponen una importante contribución a la comprensión de cómo las conductas de ayuda pueden promocionar la salud.

En definitiva, parece que al **ayudar a otros nos estamos ayudando a nosotros mismos**. Las conductas altruistas y el servicio solidario han sido relacionados empíricamente con la mejora en diversas variables de salud en la persona que realiza las conductas de ayuda. A continuación se hace una breve revisión de estos estudios. Para facilitar la exposición, se hará una separación entre los términos salud mental y salud física, considerada artificiosa desde la comprensión de la salud como un concepto integral (véase síntesis en Tabla 8).

- **Beneficios en la salud mental**

En la literatura se halla evidencia que vincula la práctica de servicio solidario con unos mejores indicadores de salud mental. Algunos autores han encontrado que esta práctica se asocia a menores niveles de ansiedad y depresión. Schwartz, Meisenhelder y Yunsheng (2003), en un estudio con población de un amplio rango de edad (13-98), investigaron si las conductas altruistas de interés social, como ayudar a otros, estaban relacionadas con una mejor salud. Hallaron que ayudar se asociaba a una mejor salud mental (medida por criterios de ansiedad y depresión) que recibir ayuda.

Musick y Wilson (2003), en un estudio con población de distintos grupos de edad, y Li y Ferraro (2005), en un estudio con población mayor, encontraron que la práctica de voluntariado producía una reducción de la sintomatología depresiva en las personas que lo practicaban.

Otros estudios han relacionado el voluntariado con mayores niveles de autoestima. MacNeela (2008), tomando como muestra población de entre 20 y 60 años, encontró un aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades de afrontamiento en las personas que realizaban voluntariado. De manera consistente, Cheung y Kwan (2006) observaron un aumento de la autoestima en un estudio con población anciana voluntaria.

También se ha hallado una relación entre la actividad voluntaria y un mayor bienestar psicológico. Piliavin y Siegl (2007), en un estudio longitudinal, hallaron que la práctica de voluntariado se asociaba a niveles mayores de bienestar psicológico (medido por escalas de dominio ambiental, crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación). En otro estudio longitudinal, Thoits y Hewitt (2001), hallaron que las horas de trabajo voluntario correlacionaban positivamente con las seis medidas de bienestar que emplearon: felicidad, satisfacción con la vida, autoestima, sensación de control, salud física y depresión. Otros estudios como el de Van Willigen (2000) o el de Cheung y Kwan (2006) han hallado que el voluntariado se asocia a una mayor satisfacción con la vida.

Black y Living (2004), en un estudio con personas voluntarias mayores de 18 años, en el que utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, encontraron diversos efectos beneficiosos sobre la salud mental y el bienestar: aumento del afecto positivo, de la confianza en sí mismos, de la sensación de logro y del desarrollo de habilidades. Las autoras señalan que el voluntariado contribuyó al bienestar emocional a través del aumento del contacto y apoyo social, el aumento del sentido de propósito en la vida, el

sentimiento de pertenencia a la comunidad y la ganancia de un rol adicional o recuperación de un rol perdido (en el caso de las personas jubiladas).

- **Beneficios en la salud física**

La literatura actual sugiere la existencia de una relación entre la práctica de servicio solidario y la salud física, especialmente en el colectivo de la tercera edad. Evidencia de este impacto positivo en la salud física se puede encontrar en estudios como en el de Moen, Dempster-McCain y Williams (1993). Estos autores, explorando la relación entre voluntariado y salud, realizaron un seguimiento de 30 años de la salud de 313 mujeres (con un rango de edad de 55 a 81 años). Encontraron que el 52% de las que no pertenecieron a ninguna organización de voluntariado, sufrieron más enfermedades, frente al 32% de las mujeres que sí pertenecieron a alguna organización.

De manera consistente, otros estudios han relacionado la práctica de voluntariado con una mejor salud percibida (Chuang y Kwan, 2006; Piliavin y Siegl, 2007; Van Willigen, 2000; Young y Glasgow, 1998), con mejor salud objetiva (Poulin y Holman, 2013) y con una mayor longevidad y un menor riesgo de mortalidad (Musick, Herzog y House, 1999; Oman, Thoresen y McMahon; 1999; Poulin et al., en prensa; Shmotkin, Blumstein y Modam, 2003). Por ejemplo, Oman, Thoresen y McMahon (1999) hallaron, tras controlar variables de salud, que aquellos que practicaban voluntariado tuvieron una tasa de mortalidad del 44% menor durante el periodo de estudio, en comparación con los que no lo practicaban. Shmotkin, Blumstein y Modam (2003), en un estudio con población de edad avanzada, hallaron que el voluntariado se asociaba a una mejor salud (concurrente) y con un riesgo de mortalidad más bajo (prospectivamente). Musick, Herzog y House (1999), en un estudio con personas

mayores de 65 años, encontraron que el voluntariado tenía un efecto protector entre aquellos que lo habían practicado durante cuarenta horas o menos durante el año anterior.

Tabla 8

Evidencia empírica del impacto positivo del servicio solidario en la salud

Variables de salud	Estudios
Beneficios en la salud mental	
Autoestima	• Cheung y Kwan (2006) • MacNeela (2008)
Ansiedad	• Schwartz, Meisenhelder y Yunsheng (2003)
Bienestar psicológico	• Black y Living (2004) • Piliavin y Siegl (2007) • Thoits y Hewitt (2001)
Confianza en sí mismo, sensación de logro, desarrollo de habilidades	• Black y Living (2004)
Depresión	• Li y Ferraro (2005) • Musick y Wilson (2003) • Schwartz, Meisenhelder y Yunsheng (2003)
Satisfacción con la vida	• Cheung y Kwan (2006) • Van Willigen (2000)
Beneficios en la salud física	
Enfermedades físicas	• Moen, Dempster-McCain y Williams (1993)
Mortalidad y longevidad	• Musick, Herzog y House (1999) • Oman, Thoresen y McMahon (1999) • Poulin et al. (en prensa) • Shmotkin, Blumstein y Modam (2003)
Salud percibida y salud objetiva	• Moen, Dempster-McCain y Williams (1993) • Shmotkin, Blumstein y Modam (2003) • Poulin y Holman (2013)

- **Efecto diferencial del servicio solidario sobre otras conductas de ayuda**

En la literatura revisada se han encontrado evidencias de que el servicio solidario tiene efectos beneficiosos sobre el bienestar físico y psicológico, por encima de los efectos de otro tipo de conductas de ayuda o de actividades sociales.

Por ejemplo, Li y Ferraro (2005), en un estudio que examinaba la relación entre la práctica de voluntariado y la depresión en la tercera edad, incluyeron una medida de “voluntariado informal”, definida como “la asistencia privada y no organizativa a amigos, vecinos y parientes que viven fuera del hogar”. Los autores **hallaron un efecto beneficioso del voluntariado formal en la depresión, que no encontraron en el caso del voluntariado informal.**

Shmotkin, Blumstein y Modam (2003), hallaron que el voluntariado en población mayor se asocia a un mejor funcionamiento cognitivo, emocional, social y en salud física, además de a un riesgo de mortalidad más bajo, en comparación con otras actividades u ocupaciones sociales. Los autores argumentan que el voluntariado en la tercera edad había sido repetidamente interpretado en la relación a la teoría de la actividad (que sostiene que las actividades en general están asociadas con el bienestar y la reducción de mortalidad), existiendo, sin embargo, evidencias de que el voluntariado tiene características propias que han sido específicamente relacionadas con un efecto protector en la salud.

En esta línea, Piliavin y Siegl (2007) también hallaron que **la práctica de voluntariado tiene un efecto más beneficioso sobre el bienestar psicológico y la salud percibida que otras formas de ocupación social.**

- **Factores mediadores o predictores**

Se han investigado posibles factores que puedan mediar en los efectos del servicio solidario en la salud (véase síntesis en Tabla 9).

Hay evidencia que indica que el **tipo de servicio solidario** que se practica puede mediar en los efectos de esta práctica. Específicamente, se ha encontrado que es el que implica una ayuda directa a las personas el que produce mayores beneficios sobre la persona voluntaria. Por ejemplo, Dávila y Díaz (2005) hallaron que los voluntarios socioasistenciales muestran una mayor satisfacción vital que los ambientales.

También se ha hallado que el **tiempo dedicado al voluntariado** y sus efectos beneficiosos están relacionados. Dávila y Díaz (2005) encontraron una relación positiva entre la satisfacción vital y el tiempo previo de voluntariado, con independencia de la edad.

Piliavin y Siegl (2007) observaron en un estudio sobre los beneficios del voluntariado que la práctica para más de un tipo de organización (diversidad) y a mayor implicación continua en éstas (consistencia), llevaba a efectos más positivos sobre el bienestar psicológico, aunque no hallaron un efecto positivo tan claro sobre la salud percibida. De manera consistente, Thoits y Hewitt (2001), hallaron que las horas de trabajo voluntario correlacionaban positivamente con medidas de bienestar y salud.

Sin embargo, otros autores advierten de que la sobreimplicación en las conductas de ayuda puede no solo impedir que se den los efectos beneficiosos de esta práctica, sino también tener efectos perjudiciales en la salud. Schwartz et al. (2003) encontraron que sentirse abrumados por las demandas de los demás estaba asociado con una peor

salud mental percibida. De hecho, los autores advierten que este efecto era incluso más fuerte que el efecto positivo de ayudar a otros. Post (2005), en su revisión sobre **los beneficios de las conductas de ayuda** sobre la salud, concluye que éstos **se dan siempre y cuando la persona no esté abrumada por las tareas de ayuda**.

Piliavin y Siegl (2007) también encontraron que a menor **integración social** de la persona voluntaria, mayores eran los efectos positivos sobre su salud. Fengler (1984), en un estudio con población mayor de 65 años, halló que las personas que presentaban mayor déficit de recursos, como vivir solo, vivir en una ciudad o un mal estado de salud, fueron los que se beneficiaron más de la participación en actividades formales de voluntariado. En consonancia con estos hallazgos, Musick et al. (1999) comprobaron que los efectos protectores del voluntariado eran mayores para aquellos que informaron de menores niveles de interacción social informal y que vivían solos. De manera congruente con estos resultados, otros estudios han evidenciado que se benefician más de la práctica de voluntariado aquellos que **parten de un peor estado de salud** (Fengler, 1984; Musick, Herzog y House, 1999; Poulin, 2013).

Sin embargo, también se ha encontrado que las personas que más se benefician de la práctica de servicio solidario son las personas que tienen un mayor contacto social adicional al voluntariado. Oman (2007) informa de los resultados de varios estudios que indican que los beneficios del voluntariado dependen de los niveles de los otros contactos sociales que tienen los voluntarios, resultando el voluntariado más efectivo entre personas que tienen más contactos sociales (quedar con amigos, actividades religiosas, etc.).

Otro factor que la literatura señala como imprescindible para que se dé el efecto beneficioso del voluntariado es el tipo de **motivación**, de manera que esta actividad sea libremente elegida, tenga un propósito y sentido para la persona que lo practica (Black y Living, 2004). Konrath, Fuhrel-Forbis, Lou y Brown (2012), en un estudio con población de tercera edad en el que examinaron los efectos de las motivaciones para el voluntariado con el riesgo de mortalidad, encontraron que la práctica de voluntariado redujo la mortalidad sólo cuando estaba motivado por **motivos de orientación al otro**. Aquellos que realizaron voluntariado por motivos orientados a uno mismo tuvieron un riesgo de mortalidad similar al de aquellos que no hicieron voluntariado. Por motivos “orientados a uno mismo”, los autores hacen referencia a aquellos que implican una recompensa personal como la mejora del ánimo o la autoestima, evadirse de los propios problemas, aprender una nueva habilidad, desarrollo de la carrera profesional, etc. Los motivos “orientados a otros” hacen referencia a motivos que incluyen el deseo de ayudar a otra persona, esto es, considerar las otras personas como justificación primaria para ayudar. De este modo, la orientación a uno mismo enfatiza las dimensiones individuales mientras que la orientación a los otros subraya las dimensiones relacionales. Los autores discuten que las motivaciones orientadas hacia los demás, pueden estar asociadas a una mejor salud, al ayudar a promocionar el sentido que se le da a la vida, así como a hacer más duradero el bienestar originado desde el servicio orientado a algo que trasciende la individualidad, de manera que uno se siente parte importante de la sociedad. En este sentido, se ha propuesto el concepto de “*mattering*” (“*importancia*”), concepto introducido por Rosenberg y McCullough (1981), que hace referencia a la percepción de que somos parte importante del mundo que nos rodea. Se

ha encontrado que el impacto de voluntariado puede estar mediado por este concepto (Piliavin y Siegl, 2007).

Lo anterior es coherente con el hallazgo de Poulin (2013), cuyo estudio evidenció que los efectos positivos de las conductas de ayuda a otros estuvieron mediados por una **visión positiva de los otros**. Es decir, los efectos positivos sólo se encontraron en aquellos participantes que tenían una visión positiva de otras personas.

En cuanto a la **edad**, algunos estudios (Dávila y Díaz, 2005; Van Willigen, 2000) sugieren que los efectos beneficiosos en población mayor pueden ser más acusados o diferentes de los que se encuentran en personas más jóvenes, hecho que limita la generalización de los datos obtenidos en los distintos grupos de edad.

Van Willigen (2000), en un estudio que tenía como objeto examinar si el impacto del voluntariado en el bienestar psicológico y físico es distinto en población mayor y joven, encontró que los voluntarios de más edad experimentaron un mayor incremento a través del tiempo en la satisfacción con la vida como resultado de sus horas de voluntariado. Además, encontró que éstos experimentaron mayores cambios positivos en la salud percibida que los voluntarios más jóvenes. El autor señala que la diferencia podría residir en el tipo de voluntariado que realizan personas jóvenes y mayores o, lo que le parece más probable, en el contexto en el que lo realizan y en el significado que le dan.

En consonancia con estos resultados, Dávila y Díaz (2005) señalan que ciertas investigaciones muestran que el bienestar psicológico entre los voluntarios de mayor edad es muy alto. Estas autoras encontraron que los niveles de satisfacción vital

experimentados por los voluntarios evaluados en su estudio (media de edad de 35 años, con un rango de 16 a 81 años) eran similares a los encontrados en otros sectores poblacionales.

Es pertinente señalar que la investigación sobre los efectos de la práctica de voluntariado en la salud física se ha centrado principalmente en población de la tercera edad. Dávila y Díaz (2005) opinan que el hecho de que buena parte de los estudios que encuentran una vinculación entre salud y actividad voluntaria se haya centrado en este colectivo, se debe a que el voluntariado se asume como un rol especialmente importante entre las personas de la tercera edad, ya que se considera que este tipo de actividad les protege del declive físico y de la inactividad del retiro laboral, además de suponer una oportunidad de crecimiento personal. Puesto que el voluntariado puede reducir los sentimientos de pérdida que con frecuencia acompañan el paso al retiro laboral (Musick y Wilson, 2003), Dávila y Díaz (2005) opinan que puede conllevar más beneficios para las personas mayores que para cualquier otro grupo de edad.

No obstante, el hecho de que varias investigaciones hayan encontrado efectos positivos en la salud física y psicológica en voluntarios de otros grupos de edad más jóvenes (p. ej., MacNeela, 2008; Piliavin y Siegl, 2007; Thoits y Hewitt, 2001), sugiere que sí se dan estos efectos, aunque posiblemente sean en algún grado cuantitativa o cualitativamente distintos en los diferentes grupos de edad. Por tanto, es necesario ampliar la investigación en grupos de edad que se encuentran en otros momentos del ciclo vital.

Tabla 9

Evidencia empírica de las variables mediadoras o predictoras de los efectos positivos en la salud del servicio solidario o las actividades de ayuda a otros

Variables mediadoras o predictoras	Estudios
Ayuda directa a las personas	● Dávila y Díaz (2005)
Diversidad (más tipos de voluntariado) y consistencia (implicación continuada)	● Piliavin y Siegl (2007)
Edad	● Dávila y Díaz (2005) ● Van Willigen (2000)
Estado de salud inicial	● Flenger (1984) ● Musick, Herzog y House (1999) ● Piliavin y Siegl (2007) ● Poulin (2013)
Motivación	● Black y Living (2004)
Motivos de orientación al otro	● Konrath, Fuhrel-Forbis, Lou y Brown (2012)
No sobrecarga en las tareas de ayuda	● Post (2005) ● Schwartz, Meisenhelder, Yunsheng y Reed (2003)
Tiempo dedicado al voluntariado	● Dávila y Díaz (2005)
Visión positiva de los otros	● Poulin (2013)

4.4. Mecanismos explicativos de los efectos positivos de la práctica de aprendizaje-servicio en la salud

Como se ha revisado en apartados anteriores, se ha evidenciado que las prácticas de aprendizaje-servicio pueden tener efectos beneficiosos en el desarrollo psicosocial, académico, ético y cívico. Además, se señalado como las conductas prosociales y de ayuda otros, así como las prácticas de servicio solidario (componentes clave de las prácticas de ApS), se han relacionado con mejor salud tanto física como psicológica y social. Así, podría concluirse que las experiencias de ApS pueden ser un agente protector y promotor de salud, aunque, como cualquier otro (p. ej., buena alimentación,

práctica de ejercicio físico, buen nivel educativo, etc.) no es garante de buena salud en sí mismo. No obstante, los mecanismos para estos efectos protectores y promotores de salud de las acciones prosociales y solidarias no están del todo claros.

Se pueden identificar mecanismos explicativos de estos efectos desde el nivel macro, basados en la integración en la sociedad, hasta mecanismos a nivel micro, que aluden a aspectos inmunológicos (Dávila y Díaz, 2005).

Es posible que las personas con un mejor estado de salud previo tengan una mayor probabilidad de emprenderse en actividades formales de ayuda al otro, y esto puede explicar parcialmente la mejor salud de las personas que lo practican. Sin embargo, también se ha observado que las personas que realizan conductas de ayuda generalmente informan sentirse bien con ellas mismas, y esto implica correlatos psicológicos medibles. Por ejemplo, los estudios con marcadores biológicos proveen una base sólida para afirmar que las emociones relacionadas con los comportamientos altruistas causan una mejor salud. Estos estudios toman medidas antes y después de comenzar actividades de prestación de servicios solidarios, e indican cambios en el sistema inmune, resultando éste fortalecido (Post, 2005).

En esta línea, Oman et al. (1999) aluden a que ciertos mecanismos como la mejora de la autoestima y los estados de ánimo o emocionales positivos, como ejemplo de efectos beneficiosos de la práctica de servicio solidario en el bienestar psicológico, podrían influenciar al cuerpo a través de vías psico-neuro-inmunológicas, lo que reforzaría el sistema inmune (Dávila y Díaz, 2005).

Entre los factores psicológicos, algunos de los que han mostrado tener una influencia especialmente relevante en los procesos de salud-enfermedad son los estados emocionales, las características de personalidad, los modos de afrontamiento, la controlabilidad y las conductas relacionadas con la salud (Jiménez y Suárez, 2008; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2010).

A continuación se revisarán algunos factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden explicar los efectos de las conductas prosociales o solidarias y, específicamente, de las prácticas de ApS en la salud.

La psiconeuroinmunología

La psiconeuroinmunología (PNI), un campo científico interdisciplinar que estudia los mecanismos de interacción y comunicación entre el cerebro y los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino, proporciona apoyo empírico y mecanismos explicativos de las relaciones halladas entre diversos factores psicosociales en los procesos de salud-enfermedad (Klinger et al., 2005; Ramos, Rivero, Piqueras, García y Oblitas, 2008). En una extensa revisión sobre la PNI en el proceso salud-enfermedad, Klinger et al. (2005) encontraron evidencia de que el cerebro modula las respuestas inmunes y a la vez el sistema inmunológico puede influir en el sistema nervioso central.

Ambos sistemas, el inmunológico y el central, están estrechamente vinculados. Estos sistemas en interrelación influyen en el desarrollo y la actividad de los fagocitos (célula del sistema inmunológico que puede rodear y matar a los microorganismos y eliminar las células muertas), de las células T (célula que destruye a las células infectadas por virus), células B (actúa en la destrucción de los antígenos y proporcionan

inmunidad a largo plazo contra patógenos que ya se han encontrado anteriormente) y de las células NK (células que circulan por la sangre atacando a las células cancerosas y a las células infectadas por virus). Asimismo, afectan a los linfocitos (un tipo de glóbulo blanco que juega diversos papeles en el sistema inmune, como la producción de anticuerpos y otras sustancias que luchan contra las infecciones y las enfermedades, incluye a las células T y B). El incremento de la adrenalina como respuesta al estrés a corto plazo, estimula la producción de fagocitos y el aumento de células NK, pero disminuye el de células T, por acción del cortisol. Se suele admitir que el estrés crónico dificulta la eficacia del sistema inmune, dificultando la capacidad de prevenir la infección (Morrison y Bennett, 2008).

Se ha comprobado en condiciones empíricas de laboratorio, como la conducta de ayuda lleva a reducciones en respuestas fisiológicas al estrés (Floyd et al., 2007). En la búsqueda de los mecanismos biológicos implicados en la asociación positiva hallada entre conductas prosociales o de ayuda a otros y salud, y, específicamente, en el hallazgo del papel moderador de las conductas de ayuda en la asociación entre estrés y salud, Poulin y Holman (2013) han explorado la función de la neurohormona oxitocina como un mecanismo biológico subyacente del efecto amortiguador del estrés en la salud física. Para ello, realizaron un estudio longitudinal midiendo el comportamiento de ayuda a otros, el acontecimiento de estresores vitales y la presencia de enfermedades físicas diagnosticadas. Los resultados indicaron que el comportamiento de ayuda a otros medió entre las asociaciones de los sucesos vitales estresantes y la aparición de nuevas enfermedades entre las personas con determinados genotipos del gen receptor de la oxitocina, y no en otros. Estos resultados indican que la función de la oxitocina puede afectar significativamente a la salud y podría explicar las asociaciones entre la conducta

prosocial y la salud. Así, los resultados sugieren que al preocuparse por los demás, se desactivan las respuestas de estrés del organismo y se liberan hormonas como la oxitocina, que restablecen la función fisiológica normal. Los autores informan de que la oxitocina juega un importante papel en la motivación del cuidado parental y relacionan la oxitocina con lo que se ha denominado en la literatura como “sistema conductual de cuidado” (*caregiving behavioral system*), que engloba un conjunto de emociones, cogniciones y estados fisiológicos que desarrollan la facilitación las acciones para favorecer a otros valorados o significativos. La activación de este sistema lleva a un estado emocional de preocupación empática, así como a una reducción del estrés fisiológico por la activación del sistema nervioso parasimpático y de neurotransmisores como la oxitocina, la prolactina y los opiáceos endógenos.

Algunos autores han explicado los efectos positivos del voluntariado a través de la activación del sistema conductual de cuidado. Poulin (2013) indica que evidencia reciente sugiere que muchos de los beneficios del voluntariado pueden surgir del papel amortiguador del estrés de este sistema. La investigación que se ha realizado sobre este sistema apunta a que su activación sería específica para aquellos que valoran el bienestar de aquellos a los que ayudan. Por tanto, este sistema predice la conducta de ayuda hacia miembros de la familia, amigos o a personas significativas o percibidas como similares a uno mismo. En ausencia de relación previa, el percibir a una persona como buena y confiable facilita la preocupación empática. Asimismo, las personas con un apego seguro, que tienen visiones positivas de los otros y de sí mismos, son más propensos que otros a tener una preocupación empática hacia extraños. Esto es consistente con el hallazgo de que los efectos positivos del voluntariado en la salud se limitan a los casos en que las personas que ayudan tienen una visión positiva de las

personas receptoras de la ayuda (Poulin, 2013). Lo anterior encaja con la reciprocidad que caracteriza a las experiencias de ApS, en las que se enfatiza la superación de los prejuicios a través de la reflexión crítica y la experiencia directa y el considerar al otro como alguien valioso, *que me ayuda a aprender y a desarrollarme, y que además forma parte de la comunidad de la que yo formo parte* de modo que *ayudando a los demás, estoy ayudando a toda la comunidad* y por tanto, *me estoy ayudando a mí mismo*. Esta perspectiva autotranscendental, que tiene que ver con la percepción de pertenencia a algo que va más allá de uno mismo (lo cual está asociado a la espiritualidad a la que se ha hecho referencia anteriormente), podría contribuir a la visión positiva de los otros, variable que se ha evidenciado como mediador de los efectos positivos del ApS.

En síntesis, la perspectiva científica de la PNI postula que la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales altera la respuesta inmunológica, reforzándola o debilitándola, protegiendo o predisponiendo así a la aparición de enfermedad. Asimismo, evidencia la presencia de mecanismos biológicos subyacentes que pueden explicar el factor protector de las conductas de ayuda. Además, la investigación reciente en PNI ha comenzado a sentar las bases empíricas que establecen relaciones entre estado de ánimo e inmunidad, y a su vez la influencia sobre el estado de ánimo de variables como la desesperanza, la soledad o el apoyo social, entre otras (Morrison y Bennett, 2008; Poulin y Holman, 2013).

Estados emocionales

Los estados emocionales positivos que resultan de las conductas de ayuda al otro podrían explicar parcialmente los efectos beneficiosos en la salud. Se ha descrito como las conductas de ayuda que se dan en las prácticas de servicio solidario están asociadas

a estados emocionales positivos (p ej., Black y Living, 2004; Thoits y Hewitt, 2001; Van Willigen, 2001). A su vez, los estados emocionales positivos han sido asociados en la literatura a efectos beneficiosos en la salud (p. ej., Danner, Snowdon y Friesen, 2001; Fredrickson, 2003; Richman et al., 2005; Xu y Roberts, 2010). Por ejemplo, Fredrickson (2003), en una revisión sobre este ámbito, encontró que las emociones positivas aumentaron la resistencia psicológica y física. Encontró, además, que cuando las personas se sienten bien, su modo de pensar se vuelve más creativo, integrador, flexible y abierto a la información.

De manera consistente, los estados emocionales negativos intensos, frecuentes o persistentes han sido relacionados con una peor salud. Numerosos estudios han encontrado que las emociones negativas (enfado, ansiedad, tristeza) están asociadas a trastornos tanto a nivel físico como psicológico (Piqueras et al., 2010).

Las aportaciones recientes de la neurociencia, han posibilitado una mejor comprensión del funcionamiento cerebral de las emociones. Por ejemplo, se sabe que las emociones activan determinadas respuestas fisiológicas (sudoración, aceleración cardíaca, tensión muscular, etc.), o que la disminución de serotonina puede provocar estados depresivos. La investigación en torno a la PNI indica cómo las emociones afectan al sistema inmune, de manera que las emociones negativas continuadas lo debilitan, mientras que las emociones positivas, lo refuerzan (Alzina, 2006). Así, se puede considerar que las emociones positivas pueden mediar en la relación entre las conductas de ayuda y sus efectos protectores en la salud.

Una explicación complementaria a la que ofrece la PNI respecto a los efectos protectores o perjudiciales de los estados emocionales en la salud, tiene que ver con sus

propiedades motivacionales para llevar a cabo conductas saludables (p. ej., ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y no saludables (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.) (Piqueras et al., 2010; Richman et al., 2005). Así, reacciones emocionales negativas (como la ansiedad, tristeza o ira) intensas, frecuentes o persistentes se han asociado a conductas perjudiciales para la salud (p. ej., tabaquismo), y estas conductas se relacionan con mayor probabilidad de enfermedad (p. ej., relación positiva entre tabaquismo y cáncer). Asimismo, emociones positivas pueden llevar a una mayor probabilidad de conductas saludables, estando éstas relacionadas con una mejor salud (Cano-Vindel y Tobal, 2001).

Competencia psicosocial

La literatura evidencia que el desarrollo de la competencia psicosocial promueve la resiliencia (p. ej., Bear, Manning y Izard, 2003; Zins et al., 2004). Se ha revisado como las experiencias de aprendizaje-servicio ayudan a los estudiantes a ser psicosocialmente competentes (p. ej., Conway, Amel y Gerwien; 2009; Eyler y Giles, 1999; Yorio y Yee, 2012), esto es, a estar en unas mejores condiciones para desenvolverse de una manera positiva consigo mismas, con los otros y con el entorno sociocultural. Asimismo, el ApS permite establecer redes sociales que ayuden a las personas a activar sus recursos personales y grupales para afrontar su futuro en clave proactiva (Mendía y Moreno, 2010). De este modo, las prácticas de ApS favorecen el desarrollo de la autonomía personal de los participantes, dotándoles de recursos de afrontamiento y reforzando así su autoestima al sentirse útiles, capaces y valiosos para los demás, lo que, a su vez, redunda en estados de ánimo positivos.

El desarrollo de la competencia psicosocial implica el desarrollo de los aspectos emocionales. Éstos suponen factores determinantes de la adaptación de las personas a su entorno, lo que se refleja en los resultados obtenidos a través de la investigación en el área del desarrollo de la inteligencia emocional. Por ejemplo, la inteligencia emocional se ha asociado al bienestar psicológico (p. ej., Ferragut y Fierro, 2012; Fierro, 2006b), al desarrollo de conductas adaptativas y saludables, a la disminución de conductas antisociales o de riesgo (p. ej., consumo de sustancias) o al desarrollo de unas mejores relaciones interpersonales (Pacheco y Berrocal, 2004).

En un metanálisis de los resultados obtenidos con estudiantes que participaron en programas de aprendizaje social y emocional en la escuelas, Durlak et al. (2011) encontraron una clara evidencia empírica que indica una mejora de las habilidades sociales y emocionales, las actitudes, el comportamiento y el rendimiento y éxito académico en comparación con los estudiantes que no participaron en programas promotores de aprendizaje social y emocional. Asimismo, se ha relacionado la inteligencia emocional con el rendimiento académico en estudiantes universitarios (Pérez y Costa, 2007) y se ha encontrado que la inteligencia emocional se asocia al bienestar psicológico o felicidad (Ferragut y Fierro, 2012; Fierro, 2006b) no hallándose relación entre el bienestar y la inteligencia intelectual (Fierro, 2006b). Además, en un estudio que tenía como objetivo examinar las conexiones entre inteligencia emocional, las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios, se encontraron asociaciones positivas significativas entre diferentes aspectos de la inteligencia emocional, las relaciones interpersonales y la empatía (Pacheco y Berrocal, 2004). En otro estudio con adolescentes, Zavala y López (2012) han encontrado una asociación negativa entre la inteligencia emocional y los trastornos de alimentación, el abuso de

sustancias, la predisposición a la delincuencia, la impulsividad, la ansiedad, la depresión y las tendencias suicidas.

Por ejemplo, Goleman (2008) cita un estudio desarrollado en Estados Unidos con más de 233000 estudiantes de todo el país por investigadores de la Universidad de Loyola y la Universidad de Illinois. Se concluyó que los estudiantes jóvenes que recibieron una enseñanza promotora de las habilidades sociales y emocionales, mejoraron en todas las medidas de comportamiento positivo, como la disciplina en clase, la atención o el gusto por la escuela, siendo menos propensos a tener comportamientos anti-sociales y al consumo de sustancias. Entre estos estudiantes, hubo una disminución del número de estudiantes ansiosos o aislados. Es más, **el estudio mostró que los resultados positivos eran mayores entre los estudiantes en riesgo, más propensos al fracaso escolar.**

Los datos sugieren que enseñar a los estudiantes habilidades como la empatía, la autoconciencia o cómo manejar las emociones negativas les hace mejores aprendices y les facilita una mejor adaptación social. Ante la pregunta de cómo pueden contribuir las habilidades emocionales a la adaptación social y académica, Goleman (2008) cita a Richard Davison, un neurocientífico que ha mostrado que cuando los centros cerebrales de estrés son activados, afectan al funcionamiento de las áreas implicadas en la memoria, atención y aprendizaje. Es decir, del modo en que nuestro cerebro está conectado, nuestras emociones pueden mejorar o inhibir la habilidad para aprender. También mejoran el sentir por la neuroplasticidad (el hecho de que experiencias repetidas moldean el cerebro). Por ejemplo, cuanto más practique una persona la auto-

disciplina, empatía y la cooperación, más se fortalecen los circuitos subyacentes a estas habilidades esenciales para la vida.

Jiménez y López-Zafra (2011), en un estudio que tenía como objetivo analizar si la inteligencia emocional está relacionada con actitudes sociales en una muestra de estudiantes adolescentes, así como explorar la influencia de ambas variables en la adaptación social, encontraron que las **actitudes prosociales** como la **ayuda**, la **colaboración** y la **dimensión intrapersonal de atención emocional** eran **predictores** de la **adaptación social** de los estudiantes, medida a través de las evaluaciones de los profesores. El ApS impulsa las referidas actitudes y conductas, lo que podría explicar sus efectos positivos en la adaptación social de los estudiantes de ApS.

Morales y López-Zafra (2009), en una revisión sobre los posibles factores explicativos del efecto del desarrollo de habilidades emocionales y sociales en la adaptación social y académica, señalan que la adaptación implica la habilidad de emplear y regular emociones para facilitar el pensamiento, incrementar la concentración, controlar la conducta impulsiva y rendir en condiciones de estrés. Además, señalan que puede aumentar la motivación intrínseca, la capacidad de motivarse a sí mismo, que es uno de los elementos clave que se incluye en la mayoría de las concepciones de inteligencia emocional. Otro mecanismo de actuación puede ser la facilitación de la interacción social. La expresión y regulación de emociones podría facilitar expectativas positivas sobre la interacción social, así como el uso de estrategias de interacción social efectivas. Un último mecanismo explicativo sobre cómo puede influir la competencia emocional y social en el rendimiento, es el autoconcepto

académico y las percepciones de eficacia o control, lo que se abordará en siguientes apartados.

Afrontamiento

El afrontamiento es un factor asociado a los procesos de salud-enfermedad que está directamente relacionado con la competencia psicosocial. Asimismo, se ha revisado como la práctica de aprendizaje-servicio promueve el desarrollo de habilidades de afrontamiento (p. ej., Arratia, 2008; Black y Living, 2004; Conway, Amel y Gerwien, 2009).

La literatura ha evidenciado una asociación entre los estilos de afrontamiento desadaptativos y un mayor deterioro de salud, así como con comportamientos disfuncionales (Herrera y Guarino, 2008). Por ejemplo, Park y Adler (2003) concluyen, tras una revisión en el área, que el estilo de afrontamiento que utilizan las personas influye en la percepción de la propia salud. Además, estos autores encontraron en un estudio con alumnos universitarios con medidas a principio y final de curso, que aquellos que utilizaron estrategias de afrontamiento activas en lugar de estilos de evitación, informaron de un menor deterioro de salud y obtuvieron un mayor éxito académico.

El afrontamiento es el elemento esencial que emplean las personas para hacer frente al estrés, y en definitiva, para adaptarse a las situaciones. Es sabido que el estrés, en un grado severo o crónico, juega un papel fundamental en los procesos de salud-enfermedad, ya que debilita el sistema inmune y aumenta la vulnerabilidad a enfermar tanto a nivel físico como psicológico (Klinger et al., 2005; Ramos et al., 2008).

El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación y los recursos de la persona para responder a tales demandas. Así, el afrontamiento ha sido definido como una respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla o neutralizarla. Según la teoría transaccional del estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1987), la magnitud de la discrepancia entre demandas y recursos (físicos, psíquicos y sociales) que percibe la persona determina el estrés que experimenta (Molina-Jiménez, Gutiérrez-García, Hernández-Domínguez y Contreras, 2008; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993). Así, el modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1987) se basa en la interacción entre la persona y la situación estresante, añadiendo elementos subjetivos al concepto de estrés. De este modo, el concepto no se limita sólo a las respuestas biológicas de activación que tienen lugar en el organismo, sino que también tiene en cuenta los factores psicosociales. Específicamente, el modelo postula que la respuesta de estrés consta de tres fases: se da una situación estresante, interna o externa, que es interpretada como amenazante (en función de los recursos con los que cuenta la persona para afrontarla) y se produce la activación fisiológica del organismo.

De este modo, las personas realizan una evaluación cognitiva mediante la cual se valora el significado de lo que está ocurriendo. Lazarus (1993) diferencia tres tipos de evaluación ante una situación (Ramos et al., 2008):

- *Evaluación primaria:* Se produce ante demandas internas y externas. Esta evaluación actuaría como primer mediador psicológico del estrés y daría lugar a evaluaciones del tipo amenaza, daño/pérdida, desafío o beneficio.

- *Evaluación secundaria*: La persona valora sus propios recursos para afrontar la situación. La respuesta de estrés estaría muy mediatizada por el resultado de esta evaluación. La emoción resultante puede ser de placer, miedo o ira. La tristeza aparecería cuando se ha producido una pérdida o se siente impotencia para superar un obstáculo, cuando tras el esfuerzo no se consigue refuerzo o se percibe que no hay control.
- *Re-evaluación*: Implica cambios en la primera evaluación efectuada, tras incorporar nuevos datos del entorno o de la propia persona y de las soluciones puestas en marcha frente a los problemas presentados.

Así, parece existir una relación recíproca entre los estados emocionales, el afrontamiento y los procesos de estrés. Folkman y Lazarus (1988) sostienen que el afrontamiento actúa como mediador de los estados emocionales, de manera que si la persona valora que las demandas de la situación exceden ampliamente sus recursos, se darán emociones negativas y niveles altos de estrés. En cambio, la valoración de la situación como reto o desafío se asociará a emociones positivas y a niveles moderados o leves de estrés. Asimismo, Fredrickson y Joiner (2002) hallaron evidencia de la reciprocidad en la relación entre el afrontamiento y los estados emocionales, de manera que las emociones positivas favorecen el desarrollo de recursos de afrontamiento, y el afrontamiento favorece determinadas emociones.

Además, siguiendo a Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993), los recursos de afrontamiento con que cuenta la persona pueden ser “físicos” (entorno físico de la persona y características biológicas de su organismo), “psicológicos” (estados afectivos y cognitivos, esquemas de acción y repertorios comportamentales), “culturales”

(creencias, normas, valores, símbolos o atribución causal sobre la enfermedad y salud, influenciados por el contexto cultural de la persona); “estructurales” (obligaciones de rol y medida en que la persona se siente comprometida con él) y “sociales” (procesos de interacción social, entorno social que rodea a estos procesos interactivos y las características de los sistemas de apoyo social, como ingresos, residencia, satisfacción con el empleo o la red de apoyo social disponible).

En cuanto a los tipos de respuestas de afrontamiento, en general, se pueden distinguir respuestas de evitación o aproximación; afrontamiento orientado a la solución del problema o a la reducción/manejo de las emociones asociadas a la situación estresante y afrontamiento comportamental, cognitivo u afectivo.

La eficacia adaptativa del tipo de afrontamiento empleado dependerá de las características de la situación de la persona. Concretamente, de su resultado en los diferentes niveles (biológico, psicológico y social), del momento temporal y del contexto. Así, puede ser que determinada respuesta de afrontamiento pueda tener efectos positivos en el bienestar psicológico y, sin embargo, tener un impacto negativo a nivel fisiológico. Asimismo, puede que determinado tipo de afrontamiento sea adaptativo a corto plazo, y sin embargo, acarrear consecuencias negativas a largo plazo. Además, la eficacia de la estrategia de afrontamiento empleada dependerá del contexto (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993).

A su vez, la manera en que cada persona afronta los desafíos ambientales diarios está determinada por diversos factores genéticos, ambientales, físicos, la experiencia previa o el apoyo social, entre otros (Molina-Jiménez et al., 2008), actuando como factores de vulnerabilidad o como factores protectores de salud.

Por tanto, el afrontamiento juega un papel fundamental en los procesos de salud-enfermedad, ya que sería el resultado del proceso de adaptación general de una persona (Santacreu, 1991). Así, los efectos de la respuesta adaptativa se manifiestan en los tres niveles; biológico, psicológico y social:

- A nivel biológico, los procesos de estrés, en un grado severo o prolongado, debilitan el sistema inmune al inducir desórdenes en la inmunorregulación en las cadenas de citocinas, aumentando la vulnerabilidad a enfermar y alterando la evolución de los procesos de salud-enfermedad (Klinger et al., 2005).
- A nivel psicológico, el afrontamiento adaptativo está relacionado con salud a nivel emocional y con estabilidad y equilibrio psicoafectivos (Morejón-Sabio, 1995).
- A nivel social, el afrontamiento adaptativo conlleva salud a este nivel, llevando a buenas relaciones interpersonales y a un funcionamiento saludable en los ambientes sociales claves: pareja, familia, trabajo, amigos, etc. (Morejón-Sabio, 1995).

De este modo, la práctica de ApS puede tener efectos beneficiosos en la salud integral al favorecer el desarrollo de habilidades de afrontamiento (p. ej., Black y Living; Conway, Amel y Gerwien, 2009; Mcneela, 2008).

Apoyo social e integración social

El **apoyo social**, tal como sucede con los recursos personales de afrontamiento, puede actuar como amortiguador del estrés y del riesgo que éste produce en la salud de

las personas, así como ser un factor promotor y protector de salud (Rodríguez-Marín y López-Roig, 1993).

El aumento de apoyo social ha sido asociado a la práctica de servicio solidario (p. ej., Black y Living, 2004; Musick et al., 1999; Piliavin y Siegl, 2007). Desde una perspectiva multidimensional, el apoyo social puede definirse como una transacción interpersonal que incluye al menos uno de los siguientes aspectos: preocupación emocional; ayuda instrumental; información acerca del contexto o valoración de los otros (House, 1981, citado en Rodríguez-Marín y López-Roig, 1993). En la investigación acerca de las influencias sociales en la salud mental, el apoyo social ha sido uno de los factores más estudiados (Barrón y Sánchez, 2001). Así, se ha evidenciado el papel del apoyo social como moderador del estrés en la salud (p. ej., Barrón y Chacón, 1990; Guarino y Sojo, 2011) o la relación del apoyo social en variables de salud como el bienestar psicológico (p. ej., Vivaldi y Barra, 2012) y el bienestar subjetivo (p. ej., Quevedo y Abella, 2010). Asimismo, ha sido establecido como un predictor del sentido *de importancia a otros* (Rayle y Chung, 2008) (*mattering* en voz inglesa, que se abordará posteriormente en el presente apartado) concepto que se ha relacionado a su vez con mejor salud psicosocial (p. ej., Dixon y Kurpius, 2008; Dixon, Scheidegger y McWhirter).

Por ejemplo, Guarino y Sojo (2011) encontraron que el apoyo social percibido actuó como moderador para predecir una mejor salud general y menor presencia de somatización en una muestra de personas desempleadas, de tal manera que amortiguó los efectos de una mayor duración del desempleo sobre estos indicadores de salud. De manera consistente, Quevedo y Abella (2010) hallaron que las personas con mayor

percepción de apoyo social se sienten más satisfechas con su vida, muestran más satisfacción con la pareja, están más ajustadas psicológicamente y tienen más emociones positivas y menos negativas. Feldman et al. (2008), en un estudio que tenía como objetivo evaluar el estrés académico, el apoyo social y su relación con la salud mental y el rendimiento académico en estudiantes universitarios, encontraron que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. En las mujeres, la mayor intensidad del estrés se asoció al menor apoyo social de los amigos, mientras que en los hombres se relacionó con un menor apoyo social por parte de personas cercanas, y un menor apoyo en general. Ambos presentaron mejor rendimiento cuando el estrés académico percibido fue mayor y el apoyo social de las personas cercanas fue moderado.

Los hallazgos de los estudios citados apoyan la importancia del apoyo social percibido como factor amortiguador ante las experiencias de estrés. Sánchez (1998) señala que tradicionalmente ha habido dos hipótesis principales de investigación con respecto a los efectos del apoyo social en la salud, contando ambas con abundante respaldo empírico. Una es la hipótesis de efectos directos, que sostiene que el apoyo social tiene un efecto en la salud y el bienestar, independientemente del estrés. La hipótesis del efecto de amortiguación, en cambio, establece que el apoyo social actúa como moderador de otros factores que influyen en el bienestar y, específicamente, de los acontecimientos vitales estresantes.

La práctica de **ApS favorece el desarrollo de redes sociales de apoyo**, a través del aumento del contacto social (con las personas a las que se presta ayuda, con otros

voluntarios, con los trabajadores de los centros donde se realizan los servicios solidarios, con otros estudiantes, etc.) y a través del desarrollo de habilidades sociales que favorecen la cantidad y calidad en el contacto social. Cabe recordar que el ApS desarrolla proyectos en el contexto de la comunidad, por lo que necesita y facilita las relaciones entre grupos, organizaciones e individuos para su desarrollo. De este modo, se incrementa el capital relacional de las personas que intervienen, se facilita la complementariedad de los recursos y se ofrece la posibilidad de que cada vez más personas, grupos y organizaciones reconozcan el valor y la competencia de la persona promoviendo procesos de inclusión social y de refuerzo de autoestima (Mendía y Moreno, 2010). De este modo se favorece la integración en la comunidad del estudiante.

En este sentido, la **integración social** ha sido considerada como un factor clave en la salud mental de las personas y hace referencia a la relación entre la persona y la sociedad. Por ejemplo, Barrón y Sánchez (2001) presentan un modelo de salud mental como fenómeno social y psicológicamente determinado en el que la integración social es un factor clave para la salud mental y la alienación de la comunidad promueve el deterioro psicológico. Los autores muestran en su estudio la contrastación empírica de este modelo.

Sánchez (1998) y Barrón y Sánchez (2001) llaman la atención sobre la importancia de distinguir los conceptos de apoyo social e integración social, que algunos autores han utilizado indistintamente. Según su conceptualización, la integración tiene un carácter socioestructural y la definen como los estados normativos, simbólicos y materiales en los cuales se ve inmersa la persona, que le vinculan con un proyecto colectivo y reglamentan su conducta. Se hace así comprensible, predecible y controlable el mundo

cotidiano. De este modo, la integración social se relaciona con el apoyo social, pero no son equivalentes.

La asociación entre estructura social y salud mental ha sido fundamental para diversos autores relacionados con la salud, y específicamente con la salud mental.

En la introducción de la presente introducción se ha citado a Foulkes (1957), creador del grupoanálisis, cuya visión de la salud mental enfatiza su base en lo social, considerando la enfermedad mental como consecuencia de las alteraciones en las relaciones interpersonales o en la integración en la comunidad. Desde la perspectiva del grupoanálisis, la persona enferma está más aislada de la sociedad que la persona sana y, a la vez, más fijada en las relaciones tempranas con la familia. Señalaba que, aunque la enfermedad mental afecta al individuo, éste es sólo un punto nodal de una compleja red de interacciones que está alterada. Por ello, consideraba al grupo como el lugar natural para el tratamiento psicoterapéutico ya que permite representar la comunidad en la sala de tratamiento. El concepto grupoanalítico de Foulkes del tratamiento del grupo por el grupo, está a la base de las comunidades terapéuticas democráticas, que emplean la integración comunitaria como factor clave en el proceso terapéutico de pacientes psiquiátricos y que han demostrado impactar positivamente en la evolución de los mismos (Guimón, Maruottolo, Mascaró y Boyra, 2007; Maruottolo et al., 2012). Esta perspectiva considera que la mejora en la estructura social de la comunidad (en la que los pacientes y terapeutas se involucran activamente desde una perspectiva democrática no asistencialista o paternalista) queda plasmada en el avance psíquico de cada paciente (Maruottolo, 2012).

Lo anterior permite extraer dos conclusiones fundamentales: la integración en la comunidad es un factor clave en la salud y el cuidado de la comunidad conlleva el cuidado de todas las personas que forman parte de ella, ya que *la salud* de la comunidad quedará reflejada en el psiquismo de las personas que forman parte de ella. El ApS integra ambas finalidades: el desarrollo de los individuos y la mejora de la comunidad (la comunidad desde el nivel más *micro* al más *macro*: la comunidad que representa la clase, la comunidad del conjunto del centro educativo, la comunidad en la que se realiza el servicio y la comunidad en su sentido más global).

Controlabilidad

La controlabilidad es uno de los factores psicológicos que más se ha investigado en los procesos de salud-enfermedad, evidenciando su relación con dichos procesos. (Herrera y Delgado, 2008). Además, se encuentra estrechamente vinculada a las estrategias de afrontamiento y a las creencias de salud. Por ejemplo, se ha identificado la controlabilidad como un principio organizador clave en la naturaleza de los efectos del estrés, de modo que la exposición a estresores teniendo la habilidad para controlarlos no tiene los efectos adversos que se observan en el caso de la exposición al mismo tipo de estresores sin la habilidad para controlarlos. Cuando no se tiene o *no se percibe que se tiene* la habilidad para controlar los eventos, se activa el sistema neuroendocrino perjudicando a varios componentes del sistema inmune (Wiedenfeld et al., 1990). Así, se ha encontrado que la controlabilidad está asociada a los niveles de ansiedad y de depresión. Cierta grado de controlabilidad y de falta de controlabilidad energiza para el afrontamiento, sin embargo, un elevado nivel de percepción de incontrolabilidad del medio se ha asociado a depresión (Delgado, Herrera y Lamyau

2006; Herrera y Delgado, 2008). Se ha sugerido que **la controlabilidad tiene efectos indirectos sobre la ansiedad y depresión, a través del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas y el incremento de la percepción de eficacia** (Johansson et al., 2001).

El término de controlabilidad dispone de diferentes acepciones. Una de las aproximaciones más conocidas es la de *locus de control* propuesta por Rotter (1966), que postula la existencia de un *locus de control externo* (percepción de que los eventos obedecen a influjos no personales, como resultado del azar, la suerte, las decisiones de otros, etc.; implica una percepción de no control de la propia vida) y un *locus de control interno* (percepción de que los eventos están relacionados directamente con los propios comportamientos; implica la percepción de que se puede controlar la propia vida).

Un ejemplo de la relación del locus de control con la salud la aportan Zdanowicz, Janne y Reynaert (2004), quienes en un estudio que buscaba examinar las diferencias del locus de control de la salud en población joven sana y población con trastornos mentales, encontraron que los jóvenes del grupo sin enfermedad mental tenían un mayor locus de control interno que los jóvenes con trastorno mental, que mostraban un locus de control externo mayor. Los autores concluyen que los jóvenes que padecen trastornos mentales tienen un nivel de interiorización más bajo en el locus de control de la salud, que se expresa en un menor sentido de responsabilidad personal y un alto nivel de dependencia de los demás.

Así, un locus de control interno favorece que la persona valore el propio esfuerzo, habilidades y la responsabilidad personal, mientras que un locus de control externo promueve que se devalúen, ya que subyace la percepción de que los eventos no pueden

ser controlados por esfuerzo y dedicación propios, y tanto los méritos como las responsabilidades son atribuidos principalmente a otras personas.

La incontrolabilidad percibida puede provocar ***indefensión aprendida***. La indefensión aprendida es un constructo psicológico que consiste en la creencia de que los estímulos son independientes a la propia conducta y por tanto incontrolables (Maier y Seligman, 1975; Seligman, 1975; Seligman y Maier, 1967). Este fenómeno psicológico ampliamente demostrado origina deterioros motivacionales, emocionales, cognitivos y de autoestima, en la medida en que la persona se da cuenta de que la conducta voluntaria tiene poco o ningún efecto sobre las consecuencias que se busca obtener o evadir.

La teoría de la indefensión aprendida surgió de los experimentos de Overmier y Seligman (1967), quienes descubrieron que tras someter a animales a descargas eléctricas sin posibilidad de escapar de ellas, dejaban de emitir ninguna respuesta evasiva aunque, por ejemplo, la jaula hubiese quedado abierta. Es decir, habían aprendido a sentirse indefensos y a no luchar contra ello. Posteriormente, se ha comprobado el fenómeno de indefensión aprendida en humanos (p. ej., Hiroto, 1974; Maldonado-López y Ruíz-Caballero, 1982; Montero-Burgos, 1990; Romero, López y Díez, 1988; Yelá-Bernabé, 1995). Así, la indefensión conlleva la sensación subjetiva de no poder hacer nada y la ausencia de respuesta a pesar de que existan oportunidades reales de cambiar la situación aversiva, evitando las circunstancias desagradables o mediante la obtención de recompensas positivas.

Una reformulación posterior de esta teoría (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) incluyó las atribuciones causales como determinantes de la indefensión aprendida en

humanos. De este modo, se buscó explicar por qué unas personas desarrollan indefensión aprendida y otras no ante la misma falta de contingencia entre acciones y resultado. Específicamente, esta reformulación de la teoría añade la percepción que tiene la persona de si la incontrolabilidad del mundo es debida a una falta o carencia propia o no, si la causa de la incontrolabilidad es estable o transitoria y si es global o específica, como se desarrollará al abordar el concepto de depresión en el capítulo 5.

Los efectos de la indefensión aprendida serán más o menos severos en función del estilo atribucional que tenga la persona en relación con las causas atribuibles a la no contingencia. En la medida en que se perciba la incontrolabilidad como consecuencia de una carencia personal, más probable será el desarrollo de la indefensión aprendida. Asimismo, los efectos serán mayores si uno tiende a pensar que la no contingencia es debida a factores estables o de carácter global, mientras que los efectos serán menores o transitorios si uno tiende a atribuir el fenómeno a factores inestables o de carácter más específico. La estabilidad y la especificidad, junto al locus de control explicarían diferentes síntomas de indefensión entre diferentes personas ante una misma situación vital (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989).

En definitiva, la motivación para ejercer el control personal sobre el propio destino surge de las expectativas que las personas tienen sobre el grado de poder del que disponen para producir los efectos deseados y prevenir los efectos indeseables. Conforme la persona intenta controlar los acontecimientos que enfrenta, aprende expectativas. Estas expectativas aprendidas afectan a la motivación de la persona para ejercer control sobre los sucesos futuros. La indefensión aprendida es el estado psicológico que resulta cuando una persona espera que los sucesos de su vida sean

incontrolables (Reeve, 2003). Es **posible que las experiencias de ApS promuevan un desarrollo del locus de control interno** a través de la constatación de que las acciones que se realizan son útiles para la comunidad, que tienen un impacto directo transformador en otras personas y en sí mismos que se vivencian directamente. Así, las experiencias de ApS pueden mostrar que las propias acciones pueden cambiar las cosas, aumentando la propia percepción de control sobre el medio y el sentimiento de autoeficacia y autoestima. Asimismo, dificulta caer en la pasividad por la creencia *de que no hay nada que yo pueda hacer para cambiar las cosas al no depender de mí*, creencia y sentimiento que, en última instancia puede favorecer un estado de indefensión.

Autoeficacia

En relación con la controlabilidad, está el constructo psicológico de autoeficacia, propuesto por Bandura (1977a, 1986), que ha sido asociado positivamente con las prácticas de aprendizaje-servicio (p. ej., Astin et al., 2000; Eyler, Giles y Braxton, 1997; Simons y Cleary, 2006) y con los procesos de salud-enfermedad (p. ej., Wiedenfeld et al., 1990; Villamarín-Cid, 1990).

La autoeficacia percibida hace alusión a la capacidad que la persona cree tener para ejercer control sobre su motivación, comportamiento y sobre su ambiente social. Es decir, la capacidad percibida de hacer frente a situaciones específicas, que involucra la creencia acerca de las propias capacidades para organizar y llevar a cabo acciones para alcanzar determinados resultados (Bandura, 1986). Por tanto, la autoeficacia constituye un proceso que guía la selección de metas (la intencionalidad), la cantidad de esfuerzo que la persona va a invertir en lograr el objetivo y la persistencia de la misma.

La teoría de autoeficacia contempla dos conceptos: la expectativa de autoeficacia y la expectativa de resultado. La de autoeficacia hace referencia a la creencia de la persona acerca de poseer o no las habilidades requeridas para ejecutar una acción. La de resultado alude a la creencia de que esa acción efectivamente conduce a ese resultado. Tanto las expectativas de autoeficacia como de resultado intervienen en la habilidad de una persona para afrontar situaciones. Estas expectativas están influenciadas por creencias sociales y culturales, por la autoestima de la persona, por factores ambientales y por el condicionamiento del deseo (Hurtado y Nascimento, 2010). Parece que el afecto depresivo puede estar generado por una combinación de altas expectativas de resultado y bajas expectativas de eficacia y que las personas en un estado de depresión se perciben a sí mismas como menos eficaces en alcanzar sus metas personales que las personas que no están en un estado depresivo (Villamarín-Cid, 1990).

Asimismo, se ha evidenciado la relación entre la autoeficacia percibida y conductas de salud específicas. Hurtado y Nascimento (2010) citan diversos estudios en los que se ha asociado la percepción de autoeficacia con aspectos como la elección vocacional, el comportamiento saludable, el funcionamiento físico, la consecución de metas, el manejo de enfermedades crónicas, el consumo de drogas, la actividad sexual, la práctica de ejercicio físico, la pérdida de peso o la habilidad de recuperarse de los problemas de salud o evitar potenciales riesgos para la misma. De este modo, altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento de la persona y su bienestar.

En el marco del contexto educativo, pero siendo posiblemente extrapolable a otras áreas, se ha sugerido que el papel mediacional de la autoeficacia en la conducta se

desarrolla a partir de la *experiencia de domino* (las personas que logran buenos resultados desarrollan una fuerte confianza en sus capacidades en el área en cuestión), de la *experiencia vicaria* (observaciones de los efectos producidos por las acciones de otros), de las *persuaciones sociales* (mensajes que se reciben de otras personas que favorecen las creencias de autoeficacia, otras personas pueden convencerte de que puedes hacer algo) y de los *estados fisiológicos* asociados con la ansiedad, tensión o fatiga y estados de ánimo (el estado emocional influye en la estimación de la propia confianza al realizar una acción) (Contreras et al., 2005; Pajares, 2002).

Además, se ha comprobado que la autoeficacia opera como un mediador cognitivo del estrés. La ineficacia percibida en el control de los estresores psicológicos está acompañada por altos niveles de estrés subjetivo y activación autonómica. La variabilidad de manifestaciones de estrés ante estresores similares es consistente con el hallazgo de que las reacciones de estrés son menores cuando las personas afrontan estresores dentro del rango de su autoeficacia percibida. Además, se ha encontrado que el desarrollo de una alta autoeficacia percibida ante estresores fóbicos tiene un efecto potenciador del sistema inmune, mientras que un bajo desarrollo de autoeficacia se asocia en las primeras fases a la aceleración cardíaca, a la activación de cortisol y a la consiguiente inmunosupresión (Wiedenfeld et al., 1990). A la luz de los resultados observados en la literatura, parece que una falta de controlabilidad y eficacia lleva en unas primeras fases a un incremento de la respuesta de ansiedad, mientras que a medio y largo plazo la falta de controlabilidad y eficacia puede asociarse a síntomas depresivos.

Por otro lado, parece que la autoeficacia posee una dirección compleja y bidireccional con la ansiedad. La baja percepción de autoeficacia se asocia con la

obtención de pobres resultados académicos y éstos, a su vez, pueden producir ansiedad como una respuesta emocional debido a la incapacidad de enfrentar determinados eventos académicos. Asimismo, estados psicológicos como temor o inseguridad pueden relacionarse con un bajo concepto de autoeficacia, aumentando los niveles de ansiedad.

Según Contreras et al. (2005), la autoeficacia está altamente asociada al rendimiento académico y la ansiedad media en esta asociación. En un estudio con adolescentes, los autores observaron que la autoeficacia está asociada directamente con el rendimiento académico general y no con la ansiedad. Sin embargo, al examinar por áreas de conocimiento, hallaron que tanto la autoeficacia como la ansiedad resultan ser significativas para la predicción del rendimiento académico. Así, observaron una asociación positiva directa entre el rendimiento académico general y la autoeficacia, además de una relación inversa entre autoeficacia y ansiedad rasgo y estado. Estos resultados sugieren que la ansiedad podría ejercer un efecto indirecto en el rendimiento académico debido a su relación con la autoeficacia, quien lo ejerce de manera directa. Es decir, las personas que tienen una percepción de baja autoeficacia generan mayores niveles de ansiedad y esta interacción entre baja autoeficacia y alta ansiedad se relacionaría directamente con un bajo rendimiento académico. De igual forma, las personas que presentan percepción de alta autoeficacia muestran bajos niveles de ansiedad y esta interacción se asociaría de forma directa con alto rendimiento académico.

En general, una percepción de alta autoeficacia no sólo refuerza el nivel académico y el sentido de logro, sino que proporciona bienestar. Altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento de la persona. Las personas

con seguridad en sí mismas y sus capacidades, se acercan a las tareas difíciles percibiéndolas como desafíos para ser superados en lugar de considerarlos como amenazas que deben ser evitadas (Bandura, 1997). De este modo, el ApS puede ser una fuente de satisfacción importante para los estudiantes, si se les permite poner a prueba sus capacidades y habilidades, favoreciendo la percepción de control sobre las situaciones y mejorando así las expectativas de autoeficacia, su autoconcepto y su autoestima.

Orientación al proceso en lugar de al resultado

El aprendizaje-servicio supone una experiencia orientada principalmente hacia el proceso en lugar de al resultado. Se busca que el estudiante (además de las personas con las que participan en el servicio y la comunidad en su conjunto) se enriquezca con el proceso, no focalizando así los objetivos simplemente en el resultado, en la producción de unos trabajos, en la obtención de unas calificaciones o unos créditos académicos.

La orientación hacia el proceso puede favorecer la experiencia de *flujo* (flow) que propone Mihaly Csikszentmihaly (1997, 2000) y que se ha propuesto como uno de los factores explicativos del bienestar psicológico (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). El *fluir* alude a una experiencia caracterizada por sentimientos positivos, como la sensación de bienestar, alegría o felicidad, y que está asociada a la realización de determinadas actividades, durante las cuales la atención y concentración están plenamente sobre ellas.

En el área de investigación del bienestar psicológico, las teorías de la actividad sostienen que éste es consecuencia de la actividad humana, más que del alcance de un

fin (Diener, 1984). La teoría de Csikszentmihaly supone una teoría de la actividad. De acuerdo a esta teoría, las actividades son vistas como placenteras cuando el desafío se ajusta al nivel de las habilidades de la persona. En este sentido, el ApS permite equilibrar las propias habilidades de los estudiantes con los desafíos que han de enfrentar. Si una actividad es demasiado fácil, surgirá aburrimiento; si es muy difícil, surgirá ansiedad. Cuando la persona está implicada en una actividad que requiere una intensa concentración y en la que sus habilidades y el desafío de la tarea son similares, entonces se da la experiencia placentera de *flujo*.

Por otro lado, la psicología contemporánea, reconociendo la importancia para la salud mental de la perspectiva de proceso y de la atención o conciencia plena en lo que se está realizando, ha incorporado el *mindfulness* como terapia psicológica de tercera generación. Una de las características principales de las terapias de conducta de tercera generación es que adoptan una perspectiva más vivencial y optan por elegir estrategias de cambio más indirectas, en contraste con las anteriores que eran más directas (Martínez y Pacheco, 2012; Vallejo, 2006). La palabra anglosajona *mindfulness* no tiene un término específico en castellano y se ha traducido como *conciencia plena* o *atención plena*. En psicoterapia, se utiliza como técnica para incrementar la conciencia y responder de manera más hábil a los procesos mentales que inciden en el desarrollo de trastornos psicopatológicos y otros problemas emocionales o conductuales (Martínez y Pacheco, 2012), y se utiliza en diversos ámbitos como técnica de meditación y de filosofía vital. La actitud vital del *mindfulness* consistiría en mantener la propia atención y conciencia en contacto con la realidad que se está viviendo en el presente, en la presencia reflexiva en el momento actual. Supone una capacidad universal, que todas las personas pueden desarrollar.

Martínez y Pacheco (2012, p.112) señalan cinco componentes básicos del *mindfulness*:

- “Atención al momento presente”: Habilidad para centrarse en el momento presente, en lugar de en el pasado o el futuro.
- “Apertura a la experiencia”: Observación directa de las cosas sin prejuicio, como si fuera la primera vez que se observan. Conlleva también la apertura a la experiencia negativa, permitiéndose observarla para conocerla más.
- “Aceptación”: Sin prejuicio, para ser plenamente conscientes de la realidad.
- “Dejar pasar”: No quedarse atrapado a otros pensamientos, sensaciones o deseos, ni identificarse con el pensamiento para darse cuenta de que los pensamientos no son fieles reflejos de la verdad o de la realidad.
- “Intención”.

Se ha evidenciado en la literatura como el *mindfulness* impacta positivamente en diversas variables de salud psicológica, tanto en población clínica (p. ej., Miró et al., 2011; Pena-Garijo, Ferreira y Carmona, 2011) como no clínica (p. ej., Mañas, Justo y Martínez, 2011), y también en variables de salud física (p. ej., De la Fuente, Franco y Salvador, 2010). Asimismo, se ha encontrado como el *mindfulness* impacta en algunos aspectos de desarrollo personal. Por ejemplo, De la Fuente, Granados y Justo, (2010) hallaron como un programa de entrenamiento en *mindfulness* (diez sesiones semanales de hora y media de duración) con profesores de diversos niveles educativos y disciplinas, incrementó la autoestima e inteligencia emocional percibida.

En base a los estudios anteriores, se puede deducir que la experiencia de ApS se puede convertir en un referente de cómo a uno le gustaría vivir la propia vida. Una vida

centrada más en el proceso que en el resultado, que permita detenerse sobre las cosas en lugar de pasar rápidamente sobre ellas; que permita poner la atención sobre lo que acontece en cada momento y poder así disfrutar de ello (o sufrirlo para poder elaborarlo preservando así la salud psicológica). El *flujo* supone una experiencia de *fluir* en la actividad, donde se pierde en cierto modo la noción del tiempo porque lo que importa es lo que se está haciendo en ese momento. Es a su vez un concepto muy relacionado con la motivación intrínseca, en la que se internalizan y se hacen propios los motivos por los cuales llevar a cabo una actividad, y que conceptualmente sería lo opuesto a la motivación extrínseca, que está condicionada a presiones externas, recompensas, premios o castigos. Es la motivación intrínseca la que se asocia al disfrute de la actividad, al bienestar y a la persistencia en ella. Esto es muy importante para comprender la importancia de que los estudiantes de ApS hagan suyos los motivos de realizar el servicio, lo cual es posible a través de la reflexión crítica, de la mayor horizontalidad entre docente-alumno, y del paso de la postura paternalista a una postura colaboradora y recíproca.

Sensibilidad emocional

La *sensibilidad emocional* ha sido un constructo propuesto recientemente y definido por Guarino (Herrera y Guarino, 2008, p. 186) como la “capacidad de los individuos para identificar rápidamente emociones, tanto propias como ajenas, al igual que la habilidad para reaccionar ante las emociones expresadas por otros”. La sensibilidad egocéntrica negativa describe la “tendencia de las personas a reaccionar negativamente con respuestas emocionales de aprehensión, rabia, desesperanza, vulnerabilidad o autocrítica ante las demandas ambientales y situaciones estresantes”

(Herrera y Guarino, 2008, p 186). En un estudio que tenía como objetivo explorar la sensibilidad emocional en relación con la salud percibida, Guarino (2005) investigó el rol moderador de la sensibilidad emocional en la relación de estrés y enfermedad en un grupo de estudiantes venezolanos en proceso de adaptación a la universidad. Encontró que la sensibilidad emocional interpersonal predijo significativamente los cambios en el autoinforme de síntomas físicos. Los cambios en los síntomas psicológicos solo fueron explicados por la sensibilidad egocéntrica negativa, y sólo para el grupo masculino.

Las experiencias de ApS favorecen el desarrollo emocional y salir del propio punto de vista y del propio egocentrismo, para empatizar con otras personas, otras realidades, y poder situarse en otras perspectivas. Por lo que el constructo de sensibilidad emocional y este hallazgo aporta un posible factor explicativo de los efectos positivos del ApS.

Mattering (Sentirse importante para los demás)

El concepto de *mattering* (importancia) fue introducido por Rosenberg y McCullough en 1981, y hace referencia a la percepción de que somos parte importante del mundo que nos rodea. De modo que percibir que se es reconocido e importante para otros, forma parte de la experiencia de *importar a los otros*. Importar a otros supone una necesidad básica de todas las personas para sentirse significativo e importante en las vidas de otras personas. Así, *mattering* se ha considerado como un constructo global a través del cual se percibe la propia relevancia interpersonal en relación con otros específicos (como la gente en general, los miembros de la familia o los amigos) o con respecto a la sociedad en general. La importancia interpersonal percibida se refiere a ser importantes para otras personas específicas, y está determinada por las percepciones de

las personas sobre cuánto importan a otros significativos en sus vidas. La importancia percibida con respecto a la sociedad, implica las percepciones individuales de que se importa a otros, pero en un contexto más amplio como el país, ciertas instituciones u organizaciones o la comunidad. Esta última dimensión del concepto de *mattering* es particularmente relevante para comprender los efectos del aprendizaje-servicio, que precisamente promueve el sentirse parte importante de la comunidad y la sociedad (Dixon, 2007; Rosenberg y McCullough, 1981).

La investigación empírica en torno a este concepto ha evidenciado su asociación con una mayor autoestima (Taylor, 2001), apoyo social (Rayle y Chung, 2008), bienestar psicológico (Taylor, 2001), menores niveles de depresión y ansiedad (Dixon y Kurpius, 2008; Dixon, Scheidegger y McWhirter, 2009; Taylor, 2001) o de estrés académico (Rayle y Chung, 2008), habiendo emergido en la última década como un importante constructo psicosocial (Dixon, 2007).

Piliavin y Siegl (2007) han encontrado que el impacto del servicio solidario en el bienestar está mediado por el sentido de *mattering*. Además, las autoras proponen varias teorías e hipótesis explicativas señaladas por otros autores. Entre ellas, resulta particularmente útil la distinción realizada por Ryan y Deci (2001) entre bienestar hedónico y eudaimónico. El primero toma como medidas los conceptos de satisfacción de vida y felicidad, sentirse bien con la situación de uno en la vida. El segundo es definido en términos de significado y autorrealización, esto es, no solo sentirse bien, sino además sentirse bien consigo mismo. Implicarse en actividades sociales o hobbies produciría bienestar hedónico; sin embargo, las actividades orientadas al otro como el servicio solidario, produciría bienestar eudaimónico, es decir, la persona puede disfrutar

con la actividad en sí misma pero también sentir satisfacción por estar contribuyendo a la sociedad. Según las autoras del estudio, es esta **focalización “fuera de uno mismo” lo que produce un mayor beneficio a la salud mental**, debido quizás en parte al aumento de la autoestima y a la sensación de *importancia*.

Reflexión crítica

Se ha revisado cómo la reflexión crítica es un componente fundamental del aprendizaje-servicio. Además, se ha señalado como ha sido establecida en la investigación como variable mediadora de los efectos positivos del ApS (Eyler y Giles, 1999; Ngai y Ngai, 2005).

Existe literatura que sugiere que la reflexión escrita puede tener efectos beneficiosos tanto personales como educacionales para los estudiantes. Por ejemplo, Pennebaker (1997) ha aportado evidencia de los beneficios de la reflexión en la salud a nivel tanto emocional como físico. Específicamente, encontró beneficios en la salud y bienestar de personas que realizaban ejercicios de reflexión escrita, especialmente en aquellas que construían historias que contenían pensamiento causal, introspección, y auto-reflexión. Lo anterior sugiere que las actividades de reflexión que promueven el significado personal así como la exploración académica significativa de las experiencias, encuentran en el ApS un marco potencial para producir beneficios en la salud además de intelectuales (Billig y Eyler, 2003).

Espiritualidad

Se han revisado en los capítulos 2 y 3 los conceptos de espiritualidad y de inteligencia espiritual, enfatizando su relevancia en el desarrollo de las personas. Se ha expuesto como la espiritualidad tiene que ver con la capacidad de trascender al sí mismo y vivenciar la pertenencia a un contexto más amplio y la conexión con los demás. Asimismo, implica la capacidad para cuestionarse el sentido de la existencia, para dotar de sentido y significado al mundo, a las propias experiencias y al proyecto vital. Se ha indicado, además, como la inteligencia espiritual no es accesorio, sino es central para articular las inteligencia racional y emocional, e implica habilidades como la capacidad de ser flexible; de autoconciencia; de afrontar el sufrimiento; de reflexionar el sentido ético y actuar de acuerdo él; de tener una visión holista en la que se busquen las relaciones entre los elementos; de cuestionarse las cosas y de buscar respuestas fundamentales, entre otras (Torrallba, 2010; Zohar y Marshall, 2001).

Se ha argumentado como la metodología del aprendizaje-servicio provee la posibilidad de usar y desarrollar estas habilidades a través de la reflexión crítica, de la formación en valores y de la experiencia directa con necesidades de la comunidad, con la que se participa. La experiencia de ApS promueve el cuestionarse el sentido de las cosas; el salir del *ensimismamiento* a estar en una mejor conexión consigo mismo y con los otros y sentir que se forma parte de algo que va más allá de uno mismo, como la comunidad o la sociedad. Además, facilita desarrollar un sentido y una coherencia a las acciones y al proyecto vital. Así, se ha encontrado que la **espiritualidad se asocia a efectos más positivos del ApS** (Hefner y Beversluis, 2002), de modo que puede ser uno de los factores que medie en los efectos del ApS en la salud.

La investigación en torno a espiritualidad y salud ha evidenciado asociaciones positivas entre espiritualidad y diversas variables de salud tanto psicológica como física en diferentes grupos de edad y tanto en hombres como en mujeres (p. ej., McIntosh et al., 2011; Oman y Thoresen, 2005).

Por ejemplo, McIntosh et al. (2011), en un estudio nacional (EEUU) longitudinal, exploraron el rol que ha tenido la espiritualidad y la religión en la salud mental y física en las personas que han sufrido el trauma colectivo de los atentados terroristas del 11-S. Los autores encontraron que la espiritualidad fue predictora de un afecto positivo mayor y menos enfermedades infecciosas. Asimismo, hallaron que la religiosidad y la espiritualidad predijeron de manera independiente la salud después del trauma colectivo (habiendo controlado las variables de salud inicial), lo que confirma que espiritualidad y religiosidad no son medidas intercambiables.

Holt et al. (2012) señalan el importante papel que juega la espiritualidad en el afrontamiento del cáncer. Específicamente, lo han investigado en población afroamericana, a través del estudio de las propiedades psicométricas iniciales de instrumentos específicos que miden el papel de la espiritualidad en el afrontamiento del cáncer. Los ítems que exploraban la espiritualidad reflejaban las conexiones con uno mismo, con los otros, con Dios y con el mundo. Los instrumentos mostraron unas óptimas propiedades psicométricas.

Bennett y Shepherd (2013), en un estudio con mujeres australianas (de entre 18 y 78 años de edad), investigaron la influencia de la espiritualidad en la depresión, encontrando correlaciones negativas significativas entre las dos medidas. Sin embargo, también encontraron que aquellos que informaron de una alta espiritualidad también

puntuaron alto en apoyo social. Estos resultados sugieren que el apoyo social puede ser un mediador de la influencia de la espiritualidad en los niveles de depresión.

Marques, Lopez y Mitchell (2013), han investigado longitudinalmente la relación entre la espiritualidad y la práctica religiosa con la satisfacción con la vida en adolescentes de Portugal. Los resultados indicaron una fuerte asociación entre espiritualidad y satisfacción con la vida, que no se encontró en relación a la práctica religiosa. Por otro lado, Kyle (2013) encontró que el bienestar espiritual, y específicamente las creencias espirituales, pueden actuar como factor protector moderador del riesgo suicida en población joven.

Desarrollo de identidad

Una de las explicaciones a por qué la promoción de la espiritualidad promueve la salud puede estar relacionada con aspectos identitarios, lo que es particularmente relevante en adolescentes y adultos jóvenes. La adolescencia y el inicio de la edad adulta es un periodo clave de conformación de la **identidad** y la personalidad (Erikson, 1968). El desarrollo de la identidad ha sido asociado a las experiencias de aprendizaje-servicio (Eyler et al., 2001; Yorio y Yee, 2012). El ApS posibilita considerar la propia búsqueda de objetivos y significado en la vida, y moverse en la dirección de los objetivos que son personalmente significativos. Ciertos trastornos psicológicos que se caracterizan por una identidad no adecuadamente desarrollada, suelen conllevar síntomas de falta de significado y vacío existencial. Así, la promoción de habilidades espirituales puede ayudar a conformar una identidad más integrada y sólida (Hosseini et al., 2008). Cabe destacar que es necesario que haya una crisis de identidad para poder llegar a cierta resolución y a la estabilidad de una identidad desarrollada. En cierto

modo, es posible que el ApS ayude a desarrollar aspectos identitarios a través del cuestionamiento de valores y significados; de la integración de aspectos escindidos mediante de la reflexión crítica y el consiguiente incremento de autoconciencia. Es decir, el ApS posibilita una crisis de valores, creencias, significados y sentido que uno tiene sobre sí mismo y el mundo, para poder resignificarlos y reconstruirlos de una manera más desarrollada, más integrada y sana.

Conclusiones

Se ha realizado una revisión y propuesta de posibles mecanismos explicativos de los efectos positivos del aprendizaje-servicio (véase síntesis en Tabla 10). A pesar de que se han presentado por separado, es relevante concebirllos como mecanismos o procesos interrelacionados.

Así, los efectos positivos en la salud de la práctica del ApS podrían explicarse parcialmente en base a la interacción de los recursos de afrontamiento, competencia psicosocial, percepción de controlabilidad, autoeficacia, orientación al proceso, apoyo social, integración social, sentirse importante para la comunidad, reflexión crítica, desarrollo de espiritualidad y a los estados emocionales positivos que se derivan de lo anterior. Estos estados emocionales reforzarían el sistema inmune a través de vías psiconeuroinmunológicas. Además, estos estados positivos pueden aumentar la probabilidad de realizar más conductas saludables, lo que conllevaría efectos protectores sobre la salud. Los mecanismos citados pueden actuar como amortiguadores del estrés y del riesgo que este produce en la salud de las personas, incidiendo directamente en los procesos de adaptación a nivel biológico, psicológico y social, y es esta adaptación general de la persona al medio en estos tres niveles la que, en última

instancia, determina los procesos de salud-enfermedad. Asimismo, es posible que las prácticas de ApS por parte de adolescentes y jóvenes promuevan el desarrollo y conformación de la identidad, lo que se asocia a un psiquismo sano, y por tanto a una mejor salud integral.

Tabla 10

Posibles mecanismos explicativos de los efectos positivos del aprendizaje-servicio en la salud integral

Mecanismos explicativos
Psiconeuroinmunología
Estados emocionales
Competencia psicosocial
Afrontamiento
Apoyo social
Integración social
Controlabilidad
Autoeficacia
Orientación al proceso en lugar de al resultado
Sensibilidad emocional
Sentido de importancia a otros
Reflexión crítica
Espiritualidad
Desarrollo de la identidad

Capítulo 5

Variables de Salud Integral Objeto de Estudio

CAPÍTULO 5. Variables de Salud Integral Objeto de Estudio

“La educación no cambia el mundo, cambia a las personas que van a cambiar el mundo”
Paulo Freire

5.1. Introducción

5.2. Bienestar subjetivo

5.3. Depresión

5.4. Ansiedad

5.5. Adaptación social

5.6. Salud percibida

5.1. Introducción

Como se ha podido observar en el capítulo anterior, la investigación en torno a los efectos positivos de los programas de aprendizaje-servicio se ha centrado en el desarrollo académico, intelectual, personal, social o cívico de los estudiantes (p. ej., Arratia, 2008; Conway, Amel y Gerwien; Deeley, 2010). Los aspectos psicosociales que más frecuentemente han recibido atención por parte de los investigadores en el campo del ApS se limitan a variables personales como el desarrollo cognitivo e intelectual, habilidades interpersonales o desarrollo ético y competencias cívicas, habiendo recibido poca atención otras variables psicológicas y de corte más clínico y ninguna atención variables de salud física. Lo anterior tiene que ver con que la investigación sobre el ApS se ha desarrollado fundamentalmente desde el ámbito educativo. El presente estudio

pretende investigar el impacto de estos Programas en la salud desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud en general, y desde el modelo biopsicosocial en particular. Es por ello que se han seleccionado cinco variables de salud integral correspondientes a sus tres dimensiones psicológica, social y física. Éstas son: Bienestar Subjetivo; Depresión; Ansiedad; Adaptación Social y Salud Percibida (a nivel físico y a nivel mental). A continuación se hará una revisión de cada uno de estos conceptos.

5.2. Bienestar subjetivo

Evolución histórica del estudio de bienestar subjetivo

El bienestar psicológico subjetivo es un tema de estudio que ha suscitado un gran interés en la investigación en el campo de la psicología en los últimos años. El interés por el estudio de los factores que favorecen el bienestar de las personas se enmarca en el auge de la psicología positiva de los años 60, como reacción al énfasis en la tradición psicológica en centrarse en el estudio de variables y factores negativos relacionados con la enfermedad, olvidando el estudio de los factores promotores de salud. Así, el término de bienestar psicológico surge en Estados Unidos y se va precisando a partir del desarrollo de las sociedades industrializadas y del interés por las condiciones de vida. Cuestiones como por qué algunas personas se sienten más satisfechas con sus vidas que otras, o cuáles son los factores relacionados con el bienestar psicológico, son las que dieron origen a muchos de los estudios sobre esta temática (Garaigordobil, Aliri y Fontaneda, 2008).

Los primeros estudios sobre el bienestar psicológico se centraban en identificar los factores externos (sociodemográficos o ambientales) que afectan de manera consistente a la felicidad (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Esta aproximación se basa en la idea de que hay necesidades humanas básicas y universales, y si las circunstancias de una persona le permiten cubrir estas necesidades, entonces será feliz (Wilson, 1967).

Un ejemplo de este primer enfoque lo encontramos en una revisión realizada por Warner Wilson (1967). Basada en los datos disponibles en aquella época, concluyó que una persona feliz es una persona “joven, sana, bien educada, bien remunerada, extrovertida, optimista, libre de preocupaciones y religiosa, con una alta autoestima, aspiraciones modestas y con una alta inteligencia” (p. 294).

Posteriormente, los investigadores del área se han ido interesando cada vez más en los procesos psicológicos subyacentes del bienestar, en lugar de en los factores externos, como las características demográficas o ambientales que correlacionan con él. El hecho de que no se hayan identificado factores externos que afecten fuertemente al bienestar ha motivado este cambio de enfoque (Diener et al., 1999).

De modo que la investigación actual, para explicar la variabilidad individual en el bienestar psicológico, enfatiza el estudio de las estructuras internas que determinan como los eventos y las circunstancias son percibidas. Así, se observa una preferencia en la literatura psicológica actual por utilizar la denominación de bienestar subjetivo en lugar de términos como felicidad (Diener y Ryan, 2009).

Prieto, Diener, Tamir, Scollon y Diener (2005) identifican tres aproximaciones al bienestar subjetivo que se dan en la investigación actual. Cada aproximación ofrece una conceptualización del bienestar subjetivo, y requiere distintos tipos de medidas:

- 1) La primera aproximación considera el bienestar subjetivo como una evaluación global de la vida y de sus facetas. Según esta aproximación, el conocimiento sobre el bienestar subjetivo requiere el acceso a los juicios globales de las personas sobre su satisfacción con la vida. La investigación según esta perspectiva a menudo implica el uso de extensas encuestas en los que los individuos tienen que informar sobre su satisfacción con dominios como el trabajo o las relaciones sociales (Diener et al., 2005).
- 2) Una segunda aproximación estudia el bienestar subjetivo como una recolección de experiencias emocionales pasadas. Desde esta perspectiva, los investigadores miden las evaluaciones de las personas sobre sus vidas preguntando sobre sus emociones durante un cierto periodo de tiempo del pasado (p. ej., última semana, último mes, etc.). En lugar de centrarse en una evaluación global de la satisfacción, este enfoque se centra en el recuerdo de emociones pasadas. (p. ej., Bradburn, 1969).
- 3) Una tercera aproximación enfatiza las experiencias emocionales a lo largo del tiempo, considerando que el bienestar subjetivo es resultado de una suma de reacciones emocionales que se dan a través del tiempo. La investigación desde esta perspectiva suele utilizar medidas de emociones que los individuos experimentan en la actualidad, varias veces al día, durante un periodo de tiempo.

El investigador obtiene la medida de bienestar subjetivo calculando la media entre las distintas medidas realizadas (p. ej., Fleeson, 2001).

Falta de acuerdo conceptual

En la revisión de la literatura sobre este término, se observa una falta de acuerdo en su delimitación conceptual debido a la complejidad que presenta su estudio, al estar determinado por múltiples factores y al centrarse los distintos investigadores en diferentes componentes del término. Esta dificultad ha llevado a que en la literatura psicológica actual se manejen indistintamente términos como el bienestar subjetivo, bienestar psicológico, felicidad o satisfacción con la vida (p. ej., Bradburn, 1969; Diener, 1984; Diener et al., 1999; Veenhoven, 1988).

Además, tampoco está claramente definida su vinculación con otras categorías de corte sociológico o sociopsicológico, tales como la calidad de vida, desarrollo económico y nivel de vida, condiciones de vida y estilo de vida (García-Viniegras y González-Benítez, 2000).

Ryan y Deci (2001) han propuesto una organización de los estudios sobre el bienestar psicológico en dos grandes tradiciones: la “hedónica”, relacionada fundamentalmente con la felicidad, y la tradición “eudaemónica”, relacionada con el desarrollo del potencial humano. La tradición hedónica correspondería al estudio del bienestar subjetivo, y la eudaemónica se centraría en el estudio del bienestar psicológico (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002). Ambas áreas de estudio estarían relacionadas, pero bienestar subjetivo y bienestar psicológico constituirían constructos independientes.

El estudio del bienestar psicológico ha centrado su interés en el desarrollo personal, en el estilo y la manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir las propias metas, suponiendo una tradición de estudio más reciente (Blanco y Díaz, 2005). El bienestar subjetivo, en cambio, se inscribe dentro de un marco fundamentalmente emocional que ha recibido diversas denominaciones (Blanco y Díaz, 2005): felicidad (p. ej., Argyle, 1999), satisfacción con la vida (p. ej., Veenhoven, 1988), y afectos positivo o negativo (p. ej., Bradburn, 1969). Uno de los principales autores de esta tradición, Diener (1984), prefiere utilizar la denominación de “bienestar subjetivo” ya que la “felicidad” es un término ambiguo que puede referirse tanto a emociones y estados de ánimo positivos que se pueden experimentar en un momento dado (afecto positivo), como a la satisfacción de vida, no resultando un término útil para una comunicación precisa en la literatura científica. En cambio, el bienestar subjetivo es un término que se ha intentado delimitar conceptualmente (Diener y Ryan, 2009).

Se observa una preferencia en la literatura psicológica actual por utilizar el concepto de bienestar subjetivo en lugar del término felicidad. Así, en la presente tesis optamos por utilizar el término de bienestar subjetivo (BS), por la ambigüedad conceptual que presentan los otros términos contemplados.

Definición y características de bienestar subjetivo

Siguiendo a Diener y Diener (1995), las conceptualizaciones que se han realizado sobre bienestar pueden agruparse en torno a tres categorías:

- 1) La que considera el bienestar como una virtud o gracia, propia de planteamientos religioso-filosóficos.

- 2) La que enfatiza la predominancia de los afectos positivos sobre los negativos. Un ejemplo pionero de esta perspectiva la encontramos en Bradburn (1969), con el desarrollo de su Escala de Balance Afectivo, que sostiene que la felicidad resulta del juicio global que la persona hace al comparar sus sentimientos positivos (afecto positivo) con los negativos (afecto negativo).
- 3) La que conceptualiza el bienestar como la valoración de la persona de su propia vida en términos positivos. Esta agrupación haría referencia a la “satisfacción con la vida”.

Son las dos últimas aproximaciones en las que se ha basado principalmente la investigación científica del área de BS (García, 2002).

Los primeros estudios científicos en torno al tema se centraron en los correlatos sociodemográficos que suponían hacía a una persona sentirse feliz (Wilson, 1967). Posteriormente, autores como Diener (1984), Stones y Kozma (1985) o Veenhoven (1988) subrayan la necesidad de estudiar los procesos psicológicos que subyacen al bienestar, considerando el elemento subjetivo como esencial.

Un ejemplo representativo y que goza de un amplio consenso en la actualidad es la definición ofrecida en la revisión de Diener et al. (1999, p. 277), en la que conceptualiza el BS como “una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales, las satisfacciones de dominio y los juicios globales de la satisfacción con la vida”.

De modo que se realiza una concepción integradora de BS considerándolo, desde el punto de vista psicológico, como la evaluación que hacen las personas de su vida, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones) (García-Viniegras y González-Benítez, 2000). Es decir, **el término de BS hace referencia al grado en que las personas manifiestan estar subjetivamente satisfechas con su vida en general o con dominios específicos de ella.**

En la literatura científica actual se observa un amplio consenso en definir el BS como un área general de interés científico más que un constructo específico, siendo su ámbito de estudio multidisciplinario (Diener et al., 1999).

- Características del bienestar subjetivo

En una aproximación conceptual al área de estudio de BS, Diener (1984) señala tres características atribuibles al término, que han de entenderse sólo como parcialmente definitorias del mismo:

- 1) Su carácter subjetivo, puesto que reside sobre la propia experiencia de la persona.
- 2) Su dimensión global, ya que incluye la valoración de la persona en todas las áreas de su vida.
- 3) La apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.

- Estructura del bienestar subjetivo

La mayor parte de los autores distinguen dos dimensiones básicas del BS: una **dimensión cognitiva**, referida a la satisfacción con la vida (en general o con áreas específicas de la misma), y una **dimensión afectiva**, relacionada con la frecuencia e intensidad en que se dan los afectos positivo y negativo (p. ej., Diener 1984; Diener et al., 1999; García, 2002; Veenhoven, 1988).

No obstante, otros autores relevantes en el área proponen ampliar estas dimensiones. Así, Ryff y Keyes (1995) proponen las siguientes: crecimiento personal, autoaceptación, sentido en la vida, relaciones positivas con los otros, autonomía y control sobre su entorno, enfatizando el crecimiento personal y su adaptación al ambiente social.

A pesar de las controversias existentes en torno a la estructura del BS, se observa un amplio consenso entre los autores en distinguir tres componentes del BS (p. ej., Diener, 1984; Diener et al., 1999; Diener y Ryan, 2009; García, 2002; Lucas, Diener y Suh, 1996):

- Un **componente cognitivo**, que representa los juicios sobre la satisfacción con la vida, en general o con dominios específicos de la misma. Las satisfacciones de dominio hacen referencia a las valoraciones cognitivas de facetas específicas de la vida como el trabajo, el matrimonio, la familia o el tiempo libre. La satisfacción global de la vida representa la valoración cognitiva que la persona hace de su vida como un todo.

- Dos **componentes afectivos**, relacionados con las experiencias emocionales actuales producto de las evaluaciones o reacciones a los eventos externos: el **afecto positivo** y el **afecto negativo**.

En la Tabla 11 se muestran los componentes del bienestar subjetivo recogidos en la revisión de Diener et al. (1999).

Tabla 11

Componentes del bienestar subjetivo

Reacciones emocionales		Juicios cognitivos	
Afecto positivo	Afecto Negativo	Satisfacción global con la vida	Satisfacción con dominios específicos de la vida
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés	La visión de otros significativos sobre la propia vida	Finanzas
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

Nota. Adaptado de E. Diener, E. M. Suh, R. E. Lucas y H. L. Smith (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Se ha discutido sobre si el afecto positivo y negativo son dos dimensiones independientes o son dos polos de una misma dimensión. Por ejemplo, Bradburn (1969) propuso una conceptualización de dos factores del bienestar psicológico como dimensión unitaria, con la felicidad o alegría en un lado del continuo y la tristeza o depresión por otro. Posteriormente numerosos investigadores han mostrado, utilizando

una amplia variedad de medidas y procedimientos, que las dimensiones positiva y negativa del bienestar parecen ser independientes la una de la otra y que, además, parecen estar influidas por factores diferentes (Stallings, Dunham, Gatz, Baker y Bengtson, 1997).

Así, Lucas et al. (1996), usando una aproximación de múltiples medidas, mostraron que el afecto positivo, el afecto negativo y la satisfacción con la vida son constructos relacionados pero independientes.

Diener y Ryan (2009) concluyen que, aunque es difícil demostrar si los afectos positivo y negativo son independientes en un momento dado de la experiencia individual, estos componentes afectivos se vuelven más divergentes a medida que el marco temporal se expande.

Puesto que la mayoría de los investigadores del BS están interesados en las experiencias afectivas a medio plazo más que en experiencias momentáneas, Diener et al. (1999) afirman que es adecuado incluir medidas tanto de afecto positivo como de afecto negativo en la investigación.

Teorías psicológicas del bienestar subjetivo

A continuación, se realiza una revisión sintetizada de las principales teorías psicológicas del BS, tomando como referencia las revisiones de Diener y sus colaboradores (Diener, 1984; Diener et al., 1999; Diener y Ryan, 2009).

- Teorías de arriba-abajo y de abajo-arriba

Las **teorías de abajo-arriba** (*bottom-up*) sostienen que los momentos positivos y negativos que comprenden la vida de una persona se suman para producir el BS que la persona percibe (Diener y Ryan, 2009). De modo que este enfoque se centra en identificar los **factores externos** o necesidades que influyen en el BS de la persona, tales como las características sociodemográficas o los sucesos vitales (García, 2002).

En cambio, las **teorías de arriba-abajo** (*top-down*) postulan que hay una propensión en la persona a experimentar el mundo de una determinada manera y que ésta afectará a cómo reacciona ante los sucesos vitales y, en definitiva, a las interacciones de la persona con el mundo (Diener, 1984; Diener et al., 1999, Diener y Ryan, 2009). Por tanto, este enfoque se centra en identificar los **factores internos** que determinan cómo una persona percibe sus circunstancias vitales, independientemente de cómo sean objetivamente. Así, una persona con una actitud más positiva puede experimentar o interpretar cierto evento como “más feliz” que una persona con un punto de vista más negativo, haciendo que sea la actitud positiva más que los eventos objetivos el factor causal del bienestar. Uno de los modelos de arriba-abajo más empleados en la explicación de las fuentes de BS es la teoría de las discrepancias múltiples de Michalos (1985) (García, 2002). Esta teoría sostiene que el BS es una función lineal positiva de las discrepancias percibidas entre lo que tiene la propia persona y lo que tienen los demás, lo que esperaba tener ahora o en el futuro y lo que necesita o cree merecer.

Los estudios iniciales en torno al BS estuvieron guiados por la perspectiva “abajo-arriba”, sin embargo, la escasa varianza explicada por los factores externos objetivos

llevó a que los investigadores investigaran desde la perspectiva “arriba-abajo”, identificando las variables internas que llevan a las personas a experimentar bienestar (Diener et al., 1999; García, 2002).

- Teorías de punto final

Las teorías de “punto final” o finalistas sostienen que se experimenta bienestar al alcanzarse algún fin, como puede ser alguna necesidad u objetivo (Diener y Ryan, 2009). En función del fin buscado, se distingue entre teorías de la necesidad y teorías del objetivo o de las metas.

Las teorías del objetivo sostienen que las personas reaccionan de manera positiva cuando progresan hacia las metas u objetivos que buscan y reaccionan negativamente cuando fracasan en alcanzarlas (Diener et al., 1999). Las metas se basan en deseos específicos de los que la persona es consciente y su alcance provoca BS (Diener, 1984). Un ejemplo de esta perspectiva lo encontramos en el modelo de autoconcordancia (Sheldon y Elliot, 1999), según la cual la persona busca intencionadamente unas metas y la felicidad se alcanza cuando se cumplen.

Las teorías de la necesidad sostienen que hay necesidades aprendidas o innatas que la persona busca satisfacer, y de las que puede ser o no ser consciente. Postulan que su satisfacción tendrá como consecuencia bienestar y, a la inversa, que la persistencia de necesidades insatisfechas provocará malestar (Diener, 1984). Un ejemplo de esta perspectiva la podemos encontrar en la teoría de Maslow (1948) con su jerarquía de necesidades, que intenta ordenar qué aspectos deben ser satisfechos para alcanzar el bienestar.

- Teorías de la actividad

Las teorías de la actividad sostienen que el bienestar es una consecuencia de la actividad humana, más que del alcance de un fin, como postulan las teorías finalistas. Ejemplos de estas actividades son las aficiones y la interacción social (Diener, 1984). Un ejemplo representativo es la teoría del flujo de Csikszentmihalyi (2000). Según esta teoría, las actividades son vistas como placenteras cuando el desafío se ajusta al nivel de las habilidades de la persona. Si una actividad es demasiado fácil, surgirá aburrimiento; si es muy difícil, surgirá ansiedad. Cuando la persona está implicada en una actividad que requiere una intensa concentración y en las que las habilidades de la persona y el desafío de la tarea son similares, entonces se da una experiencia placentera que el autor denomina “*flujo*”.

- Teorías del placer-dolor

Las teorías del placer-dolor se basan en la idea de que existe una relación entre el bienestar y el malestar, de manera que es necesaria una vivencia de carencia de bienestar previo o de malestar para experimentar una mayor sensación de BS. Según esta aproximación, si los deseos o metas de una persona estuvieran completamente satisfechos, podría resultarle imposible alcanzar una óptima vivencia de bienestar (Diener, 1984).

Uno de los hallazgos que muestra apoyo a esta perspectiva, es que las personas que experimentan alegría más intensa también son las que experimentan más emociones negativas. Otro aspecto que sugiere la existencia de esta relación tiene que ver con la inversión o implicación psicológica con la meta u objetivo, de manera que a mayor sea

la implicación, mayor será el grado de bienestar o malestar que se experimente (Diener, 1984).

Un ejemplo de teoría que sugiere que el placer y el dolor están muy relacionados es la teoría del proceso oponente de Solomon (1980), según la cual la pérdida de algo bueno produce malestar y la pérdida de algo malo produce bienestar. Una persona se habituará a un objeto bueno o malo, y por tanto la exposición repetida al mismo conllevará menos bienestar o malestar. No obstante, el afecto opuesto tras la pérdida del objeto será mayor tras el proceso de habituación (es decir, la retirada de un objeto bueno tras la habituación producirá un mayor malestar que si no se hubiera dado la habituación al mismo; y al contrario, la pérdida de un objeto malo producirá un mayor bienestar si se ha dado un proceso de habituación).

- Teorías cognitivas

Las teorías cognitivas enfatizan el papel de los procesos cognitivos en determinar el BS de una persona.

Así, el modelo AIM (atención, interpretación y memoria) sugiere que las personas que experimentan un alto bienestar tienden a centrar su atención en los estímulos positivos, a interpretar los eventos de manera positiva y a rememorar los eventos pasados con un sesgo de memoria positivo (Diener y Ryan, 2009).

- Teorías de la personalidad

La investigación en el campo del BS evidencia que la personalidad es uno de los predictores más fuertes y consistentes del mismo. Se han desarrollado diversas teorías

para explicar las relaciones halladas entre la personalidad y el BS, que postulan lo siguiente (Diener et al., 1999):

- 1) La existencia de una *predisposición temperamental* para el bienestar, cuya principal evidencia deriva de los estudios genético-conductuales.
- 2) La existencia de determinados *rasgos y disposiciones cognitivas* asociadas al bienestar. Entre los distintos rasgos, son la extroversión y el neuroticismo los que presentan una relación más fuerte y consistente con el bienestar (p. ej., Costa y McCrae, 1980; Diener y Lucas, 1999). En algunos estudios la extraversión se ha mostrado como predictora del bienestar (p. ej., Lucas y Fujita, 2000), mientras que el neuroticismo lo ha hecho del afecto negativo (Fujita, Diener y Sandvik, 1991). Chico (2000) ha encontrado que el neuroticismo muestra una alta correlación tanto con el afecto positivo como negativo.
- 3) La existencia de *interacciones entre la personalidad y el ambiente*, que sostienen que la influencia de rasgos en las emociones están moderadas por el ambiente de la persona.

En base a lo anterior, se puede afirmar que existe relación entre ciertos rasgos de personalidad y medidas de BS.

- Teorías evolucionistas

Las teorías evolucionistas subrayan el valor evolutivo del BS y postulan que los sentimientos de placer y de bienestar están provocados por aquello que favorece la supervivencia del ser humano. Señalan las ventajas adaptativas provenientes del

bienestar y, específicamente, del papel de las emociones positivas como motivadores que impulsan el comportamiento adaptativo (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Fredrickson, 2003; Fredrickson y Joiner, 2002; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2010). Según esta aproximación, las ventajas adaptativas de las emociones positivas que contribuyeron al éxito evolutivo de las especies, continúa siendo una ayuda en la supervivencia del ser humano.

- Teorías de la adaptación y el afrontamiento

Las teorías de la adaptación del BS sostienen que las personas tienen la capacidad evolutiva de adaptarse a las condiciones que se dan con cierta continuidad. Estas condiciones pueden ser externas o internas, y positivas o negativas. Por tanto, es posible ajustarse, en algún grado, tanto a las circunstancias positivas como a las negativas, de manera que el sistema emocional reacciona fuertemente ante eventos nuevos, disminuyendo estas reacciones con el tiempo. La habituación a las nuevas circunstancias retornará el nivel de BS a la *línea base* o al *nivel típico de BS*, que parece estar muy influenciado por el temperamento (Diener et al., 1999). Un ejemplo de esta perspectiva lo encontramos en la teoría del proceso oponente Solomon (1980), a la que se ha hecho referencia en el apartado de teorías del placer-dolor.

Las teorías de la adaptación deben ser diferenciadas de las teorías del afrontamiento. Éstas enfatizan el papel activo del individuo en lugar de los procesos biológicos automáticos, como en la habituación. Las teorías de afrontamiento sostienen que ciertas estrategias de afrontamiento se relacionan con un mayor nivel de BS (Diener et al., 1999).

- Teorías de la comparación

Las teorías de la comparación sostienen que el BS es resultado de las comparaciones que las personas hacen entre sus condiciones actuales reales y distintos estándares, tales como otras personas (teorías de la comparación social), condiciones del pasado, aspiraciones y niveles ideales de satisfacción, necesidades u objetivos (Diener y Ryan, 2009).

Un ejemplo pionero de esta aproximación es la teoría de las discrepancias múltiples de la satisfacción propuesta por Michalos (1985) según la cual, cómo ya se ha expuesto en el apartado de teorías de arriba-abajo, los juicios de satisfacción se basan en las discrepancias entre las condiciones reales de la persona y los estándares mencionados.

Conclusiones

Aunque se hallan controversias en torno a su delimitación conceptual, la mayoría de los autores entienden el bienestar subjetivo como una amplia categoría de fenómenos que incluye una dimensión cognitiva y otra afectiva. La dimensión cognitiva hace referencia a la evaluación de la satisfacción vital en general y de dominios específicos de la vida. La dimensión afectiva hace referencia a las respuestas emocionales, e incluye las variables de afecto positivo y afecto negativo.

El estudio del bienestar subjetivo ha evolucionado a lo largo de las últimas décadas, cambiando el foco de estudio de los factores externos o situacionales que afectan al bienestar, a la influencia de los procesos individuales internos del individuo.

El hecho de que en la literatura científica actual se observe consenso en considerar el bienestar subjetivo como un área general de interés científico de estudio multidisciplinar, más que un constructo específico, es consistente con la existencia de numerosas teorías que lo explican parcialmente. Esta diversidad teórica sugiere la necesidad de articular un marco teórico global integrador que facilite la comprensión del concepto, teniendo en cuenta aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales.

5.3. Ansiedad

Antecedentes del concepto de ansiedad y de su clasificación

Desde una perspectiva histórica, el término de ansiedad tiene un uso reciente, habiendo sido un elemento incluido en el concepto tradicional de *neurosis*.

El término *neurosis* fue acuñado por primera vez por el médico escocés William Cullen en 1769, quien consideró que las *neurosis* (que comprendían manifestaciones como el nerviosismo, estado de ánimo deprimido, irritabilidad, etc.) eran trastornos producidos por la alteración del sistema nervioso (Pailhez y Bulbena, 2009; Sandín y Chorot, 2008). Posteriormente, Sigmund Freud utiliza este término para denominar a las alteraciones en las que predominaba la angustia y desarrolla el concepto de *neurosis*, haciendo que éste comprendiera los procesos de defensa contra la ansiedad además de los propios síntomas de malestar emocional (Echeburúa, 1992; Sandín y Chorot, 2008). Así, en función de síntomas y defensas, establece un sistema de clasificación de distintos tipos de *neurosis* que tiene una importante influencia en los sistemas de clasificación posteriores. De este modo, Freud contribuyó al desarrollo de la

psicopatología de la ansiedad, conceptualizándola en términos de una *teoría de señal de peligro*, describiéndola como una reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa o amenaza, conceptualización integrada en las vigentes en la actualidad. Posteriormente, el término de ansiedad apareció por primera vez en las clasificaciones en la europea Clasificación internacional de las enfermedades (CIE) en su séptima revisión, publicada en 1955 (Sandín y Chorot, 2008).

No obstante, hubo una pérdida de la vigencia del término neurosis, relacionada con sus implicaciones etiológicas de tipo psicodinámico y con su escasa especificidad como etiqueta diagnóstica (Echeburúa, 1992). Así, la psiquiatría norteamericana, con el objeto de centrarse en criterios clínicos y descriptivos, prescindió del término de neurosis a partir de la aparición de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) en 1980 (Pailhez y Bulbena, 2009). De este modo, en el DSM-IV-TR (versión previa al recién creado DSM-V, pero que aún sigue siendo una referencia) las neurosis quedan recogidas en tres apartados de trastornos: los de ansiedad, los somatoformos y los disociativos (APA, 2002).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud mantuvo el término de neurosis en su categorización, abandonando, no obstante, este concepto como un principio fundamental de clasificación. Así, en la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima revisión) las neurosis se agrupan bajo el epígrafe “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, debido a su relación histórica y a que muchos de ellos se asocian con la presencia de estrés psicológico (OMS, 2003).

Definición de ansiedad

Existe un amplio consenso en considerar el estado ansiedad como una respuesta emocional que se pone en marcha ante la percepción subjetiva de amenaza, peligro o resultado incierto y que se manifiesta en tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), generando un estado de alerta general en el individuo que le prepara para enfrentarse a la situación, pudiendo mejorar así su adaptación al entorno o, por el contrario, dificultarla si la respuesta emocional se experimenta excesivamente intensa, frecuente o duradera (Albarracín, Rovira, Carrera y Rejas, 2008; Conde, Orozco, Báez y Dallos, 2009; Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2009; Sandín y Chorot, 2008).

Como ocurre con otras emociones, el conjunto de respuestas emitidas por los organismos en los estados de ansiedad tiene una importancia evolutiva para la especie al favorecer la adaptación, ya que tiene una función preparatoria para poder dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, siendo así un recurso fundamental de protección contra peligros físicos, psicológicos y sociales. Asimismo, estas reacciones son de carácter universal, con relativa independencia de la cultura y poseen un importante substrato biológico. Además de la función adaptativa, la ansiedad como emoción consta de una función motivacional, ya que dirige y energiza la conducta motivada, y de una función de comunicación social (Becerra-García et al., 2007; Piqueras et al., 2010). Además, la respuesta de ansiedad puede ser evocada tanto por estímulos estresantes externos como por estímulos internos, tal como un pensamiento o una imagen (Conde et al., 2009).

El estado de ansiedad ha sido separado conceptualmente de la ansiedad como rasgo de la personalidad. Spielberg (1966, 1972) introdujo la distinción entre **ansiedad- rasgo** y **ansiedad-estado**. La ansiedad-estado hace referencia a un estado emocional transitorio mientras que la ansiedad-rasgo hace referencia a una propensión relativamente estable a la ansiedad, por la que difieren las personas en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, por tanto, su ansiedad-estado (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1982).

Así, la ansiedad-estado, como estado emocional, es inmediata, variable y modificable en el tiempo, conlleva una combinación de sentimientos de tensión, nerviosismo, cogniciones negativas y está asociada a cambios fisiológicos. Los niveles altos de ansiedad-estado son vividos como intensamente molestos, de manera que si la persona no puede evitar los estresores o estrés que los genera, movilizará habilidades y recursos de afrontamiento necesarios para hacer frente a la situación amenazante. En caso de que los niveles de ansiedad-estado sean demasiado elevados, la persona puede poner en marcha mecanismos de defensa para reducir este estado emocional, a través de la modificación o distorsión de la percepción de la situación o su valoración y la consiguiente disminución de la activación fisiológica. De este modo, si el proceso defensivo funciona, las circunstancias serán percibidas y valoradas como menos amenazantes, produciéndose una reducción de los estados de ansiedad. En cambio, la ansiedad-rasgo, como tendencia o rasgo de personalidad relativamente estable, no se manifiesta directamente en la conducta sino que ha de ser inferida por la frecuencia en que una persona experimenta aumentos en su estado de ansiedad. Así, **las personas con un alto grado de ansiedad-rasgo tienden a percibir y evaluar un rango mayor de situaciones como más amenazantes** y tienen una predisposición mayor a padecer una

ansiedad-estado más elevada con mayor frecuencia. Por lo tanto, ambos tipos de ansiedad están interrelacionados, y esta interrelación puede explicar el motivo por el cual la ansiedad-estado puede variar tanto entre diferentes personas ante una situación similar, como en la misma persona, al sentir ansiedad en cierta situación y no en otra. Con respecto a la ansiedad como rasgo de personalidad, cabe suponer que la variabilidad es pequeña y por su influencia, las diferencias entre personas en ansiedad-estado habrían de mantener cierta estabilidad (Ries, Castañeda, Campos, Del Castillo, 2012; Spielberg, 1972). Estudios como el de Ries et al. (2012) apoyan empíricamente la independencia conceptual de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, así como la interacción entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, al confirmar que la ansiedad-rasgo es predictora de la ansiedad-estado.

Spielberg, Gorsuch y Lushene (1982) desarrollaron un instrumento para la medida de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo (*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, State-Trait Anxiety Inventory, STAI*)), que ha demostrado una amplia validez de constructo y capacidad para distinguir los componentes de estado y rasgo (véase apartado 8.3 del capítulo 8). Este instrumento es uno de los más utilizados para obtener medidas de ansiedad (Ries et al., 2012).

Componentes de la ansiedad

La ansiedad como una respuesta emocional se manifiesta en tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) parcialmente independientes (Conde et al., 2009; Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008). Siguiendo a Sandín y Chorot (2008), se puede considerar que la ansiedad consta de tres componentes básicos que se organizan en torno a las dimensiones cognitivo-subjetiva (experiencia), fisiológica-somática

(activación fisiológica y cambios corporales) y motor o conductual. A continuación se describe brevemente el contenido de cada sistema de respuesta:

- **Cognitivo-subjetivo:** Este componente está relacionado con la experiencia interna de la persona e incluye variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad (Sandín y Chorot, 2008). Así, en este nivel la respuesta de ansiedad se manifiesta en pensamientos negativos, ideas o imágenes, relacionados con sentimientos de malestar, preocupación, anticipación de peligro o amenaza, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos, etc.
- **Fisiológico-Somático:** Este componente hace referencia a la activación de diferentes sistemas fisiológicos, principalmente el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino, que se activan ante la identificación de una amenaza, dando lugar a respuestas inmediatas tales como el aumento de la tasa cardiaca, tasa respiratoria, sudoración, tensión muscular, síntomas gástricos, etc. (Piqueras et al., 2008). La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, contribuyendo así a la conformación del estado subjetivo de ansiedad (Sandín y Chorot, 2008).
- **Motor-conductual:** Corresponde a los componentes observables de la conducta, consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica. Implica respuestas como la expresión facial, movimientos o posturas corporales, dificultades en la expresión verbal, hiperactividad, paralización motora, además de respuestas instrumentales de evitación o escape (Sandín y Chorot, 2008).

Categorización de los trastornos de ansiedad

La delimitación entre niveles normales o adaptativos de ansiedad y niveles desadaptativos o ansiedad patológica puede resultar difícil de establecer. Como se ha señalado, las respuestas de ansiedad tienen un valor adaptativo, de modo que un cierto grado de ansiedad es deseable y necesario en el funcionamiento cotidiano.

Así, se considera que existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, poseyendo ambas la misma fenomenología (cogniciones, neurofisiología y respuestas motoras de defensa o ataque) (Piqueras et al., 2010). Serían niveles elevados en parámetros como la ocurrencia, intensidad y duración de la respuesta de ansiedad lo que puede dar lugar a interferencias en la vida cotidiana de las personas, generando un profundo malestar y conformando así posibles trastornos de ansiedad (Conde et al., 2009; Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008).

Por tanto, la ansiedad se puede tornar en clínica en las siguientes situaciones (Piqueras et al., 2010):

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten.
- Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

La ansiedad, en sus diversas manifestaciones, constituye el elemento sintomatológico central de los denominados trastornos de ansiedad en los sistemas de clasificación actuales (Sandín y Chorot, 2008). Pero la ansiedad, además de ser el principal síntoma en este tipo de trastornos, es un síntoma presente en muchos otros trastornos psicológicos, como por ejemplo, los trastornos afectivos, diversos trastornos somatomorfos, diversos trastornos psicóticos, trastornos del control de impulsos, etc. (APA, 2002). Siguiendo a Piqueras et al. (2010), se puede afirmar que la ansiedad es un elemento central en psicopatología y en buena parte de otros problemas relacionados con la salud.

No obstante, en este apartado se abordarán específicamente los trastornos de ansiedad recogidos en los principales sistemas de clasificación actuales en el ámbito de la salud mental, el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2003). Ambas recogen unos criterios similares para establecer un diagnóstico de trastorno de ansiedad y hacen una clasificación de los distintos tipos de trastornos de ansiedad basados en conjuntos de criterios específicos.

- **Clasificación DSM-IV-TR y CIE-10**

Los síndromes clínicos cuyo elemento sintomático central es la ansiedad han sido agrupados según el DSM-IV-TR en la categoría de trastornos de ansiedad. La CIE-10, los incluye en el grupo de “Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos”.

En la Tabla 12 se muestran las correspondencias en la clasificación de los trastornos de ansiedad entre el DSM-IV-TR y CIE-10 (APA, 2002; OMS, 2003).

En términos generales, se observan las mismas categorías diagnósticas en los dos sistemas nosológicos, aparte de las diferencias cualitativas y cuantitativas que existen en los criterios concretos de diagnóstico. No obstante, se observan algunas diferencias fundamentales que conviene destacar.

La CIE-10 separa los trastornos de ansiedad categorizados en el DSM-IV-TR en los grupos que se pueden observar en la Tabla 13 (OMS, 2003). Se puede apreciar como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) no son recogidos en la CIE-10 como trastornos de ansiedad, como sí sucede en el DSM-IV-TR. En su lugar, el TEPT es clasificado por la CIE-10 en el grupo de las “Reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación”, mientras que el TOC conforma una categoría separada con varios tipos, en función de la predominancia de las obsesiones, compulsiones o ambos. Otra diferencia a destacar es que el DSM-IV-TR no recoge el trastorno mixto de ansiedad y depresión, que sí recoge la CIE-10 y que correspondería con un trastorno de ansiedad no especificado en el DSM-IV-TR. Por último, cabe señalar el trastorno de ansiedad por separación, que en ambas clasificaciones se recogen en el grupo de trastornos de inicio habitual en la infancia (grupo de “Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia”, en la CIE-10 y “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, en el DSM-IV-TR) (APA, 2002; Echeburúa, 1992; OMS, 2003; Sandín y Chorot, 2008).

Tabla 12

Correspondencias en la clasificación de los trastornos de ansiedad tipificados en el DSM-IV-TR y en la CIE-10.

DSM-IV-TR “Trastornos de ansiedad”	CIE-10* “Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos”
Trastorno de angustia 300.01 Sin agorafobia 300.21 Con agorafobia	F41.0 Trastorno de pánico - Tipo moderado - Tipo grave
300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de Angustia	F40.0 Agorafobia
300.29 Fobia específica - Tipo animal - Tipo ambiental - Tipo sangre-inyecciones-daño - Tipo situacional - Otro tipo	F40.2 Fobia específica
300.23 Fobia social - Tipo generalizado - Tipo no generalizado	F40.1 Fobia social
300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo	F42 Trastorno obsesivo-compulsivo - Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas - Con predominio de actos compulsivos - Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos - Otros trastornos obsesivo-compulsivos - Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación
309.81 Trastorno por estrés postraumático Tipo agudo Tipo crónico	F43.1 Trastorno de estrés post-traumático
308.3 Trastorno por estrés agudo	F43.0 Reacción de estrés aguda
300.02 Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
293.84 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
300.00 Trastorno de ansiedad no especificado	F41.2 Trastorno mixto de ansiedad-depresión

* Se ha modificado el orden para facilitar la comparación con el DSM-IV-TR

Tabla 13

*Clasificación CIE-10 de los trastornos de ansiedad en la categoría**“Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos”*

CIE-10
F40 Trastornos de ansiedad fóbica F40.0 Agorafobia F40.1 Fobia social F40.2 Fobia específica
F41 Otros trastornos de ansiedad F41.0 Trastorno de pánico F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada F41.2 Trastorno mixto de ansiedad-depresión
F42 Trastorno obsesivo compulsivo
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. F43.0 Reacción a estrés agudo F43.1 Trastorno de estrés post-traumático F43.2 Trastorno de adaptación

Aspectos epidemiológicos de los trastornos de ansiedad

A pesar de las diferencias halladas en los diferentes estudios, se ha mostrado que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes entre los diferentes trastornos mentales recogidos en las clasificaciones actuales (APA, 2002; Baumeister y Härter, 2007; Kessler et al., 2005). Datos procedentes de estudios epidemiológicos estadounidenses sugieren que aproximadamente un 28% de la población ha tenido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Kessler et al., 2005) y que en torno a un 18% lo ha padecido en los últimos doce meses (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005).

De manera consistente, Baumeister y Härter (2007), en una revisión sobre la prevalencia anual de los trastornos mentales en la población general con datos de

Alemania, Holanda, Australia y Estados Unidos, han encontrado que los trastornos de ansiedad (5.6%-18.1%) son los más prevalentes junto a los trastornos del estado de ánimo (6.6%-11.9%).

No obstante, la prevalencia varía en función del trastorno específico. Según la APA (2002), los datos hallados en los estudios epidemiológicos indican que los trastornos de ansiedad más prevalentes de forma global en la población general son la fobia específica, con un rango entre el 10-11'3%, seguido de la fobia social, con un rango entre el 3-13%, y del trastorno de ansiedad generalizada, con una tasa en torno al 5%. El TEPT arroja tasas muy distintas en función de diversos parámetros o contextos, por lo que se ha encontrado un rango que oscila entre el 1-14%. El TOC presenta una tasa en torno al 2'5% y el trastorno de angustia (con o sin agorafobia) presenta una tasa entre el 1'5-3'5%; no obstante, se ha encontrado que aproximadamente entre un tercio y la mitad de las personas diagnosticadas de un trastorno de angustia presentan también agorafobia, de modo que el trastorno de ansiedad menos prevalente parece ser el trastorno de angustia sin agorafobia. Aunque con ligeras variaciones, estos datos parecen consistentes con los hallados en otras revisiones (Baumeister y Härter, 2007; Kessler et al., 2005).

Respecto a la distribución por sexos, los trastornos de ansiedad son, en general, más prevalentes en las mujeres. No obstante, se observan diferencias en función del trastorno. Así, en el trastorno de ansiedad generalizada y en el trastorno obsesivo-compulsivo no se observan diferencias en la tasa de prevalencia en función del sexo. En cambio, en los demás trastornos la mujer presenta un mayor riesgo, especialmente en el caso de las fobias específicas y en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Respecto a la edad de comienzo, también oscila en función del trastorno. En general, las fobias específicas y la fobia social tienen un comienzo más temprano que los demás trastornos de ansiedad, además del trastorno de ansiedad por separación (APA, 2002).

Su curso también depende del trastorno, que puede ser crónico o intermedio en función del mismo. En general, se ha observado que la cronicidad de su curso se halla por delante de los trastornos del estado de ánimo y de las adicciones (APA, 2002; Piqueras et al., 2010).

Por lo que se refiere a España, la prevalencia anual de la cifra de personas que en el último año han tenido algún trastorno de ansiedad asciende al 5'9% de la población (Cano-Vindel, 2004).

Teorías psicológicas de los trastornos de ansiedad

A continuación, se realiza una revisión sintetizada de modelos explicativos destacados de los trastornos de ansiedad.

- Teorías conductistas

En general, las teorías conductistas sostienen que los síntomas clínicos de ansiedad son patrones de conducta inadaptativos aprendidos, adquiridos y mantenidos por procesos de condicionamiento clásicos u operantes. No obstante, existen importantes variaciones entre ellas. A continuación se hace un breve recorrido histórico recogiendo algunas de las teorías conductistas clásicas más influyentes en este enfoque. Desde la perspectiva del **condicionamiento clásico**, la ansiedad puede ser entendida como una respuesta emocional condicionada. Watson y Rayner (1920), aplicando los principios

del condicionamiento clásico pavloviano a una situación experimental de aprendizaje de miedo (inducción de una fobia a las ratas en un niño de 11 meses, el “*pequeño Albert*”), establecieron el primer modelo de condicionamiento de la ansiedad y, más concretamente, de las fobias específicas.

Según este modelo, cualquier situación o estímulo inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos. Así, la repetición de la asociación entre los estímulos condicionados (EC) y los estímulos incondicionados (EI), incrementará la fuerza de la respuesta condicionada (RC) de miedo. Además, los autores mostraron que las reacciones de miedo fóbico se ven favorecidas cuando la intensidad de miedo inducido por los EI es elevada y que la propiedad para elicitar ansiedad puede generalizarse a otros estímulos neutros similares a los EC (Sandín, 2008; Watson y Rayner, 1920).

No obstante, el modelo de Watson y Rayner ha recibido importantes críticas (p ej., Eysenck, 1981; Seligman, 1971; Rachman, 1977, 1991), que se sintetizan a continuación (Pailhez y Bulbena, 2009; Sandín, 2008):

- No todo estímulo puede condicionarse a respuestas de ansiedad.
- No es imprescindible el carácter traumático de la situación de condicionamiento, y no toda experiencia traumática lleva a un condicionamiento del miedo.
- El modelo no explica la no-extinción de la respuesta condicionada de miedo en ausencia de reforzamiento. De hecho, en ocasiones las fobias pueden incrementarse en ausencia de reforzamiento.

Ante las debilidades del modelo de condicionamiento clásico para explicar el mantenimiento de las fobias, surge una nueva aproximación teórica que incluye los principios del **condicionamiento operante**, representada por el modelo bifactorial mediacional propuesto por Mowrer (1939).

Según este modelo, mediante un procedimiento de condicionamiento clásico se aprende una respuesta condicionada de ansiedad ante estímulos que anticipan eventos aversivos, que es reforzada por la reducción de la ansiedad que se produce mediante la conducta de evitación o escape de los estímulos temidos (Mowrer, 1939, 1940). Es decir, desde esta perspectiva, las conductas de evitación son una estrategia para reducir el miedo, por lo que se refuerza esta conducta sin extinguirse.

Las limitaciones principales que presenta este modelo se resumen a continuación (Sandín, 2008):

- No explica la resistencia a la extinción de respuestas de evitación en ausencia de miedo.
- No explica la existencia de miedo en ausencia de respuestas de evitación del estímulo incondicionado.
- Establece una analogía entre el componente de evitación, que comprende conductas adaptativas que no implican conflicto con la conducta de aproximación, y las conductas fóbicas, que sí son desadaptativas e implican un conflicto con las conductas de aproximación.

Como intento de salvar las limitaciones de las teorías de condicionamiento clásico y operante anteriores, las **teorías de la preparación** sostienen que los humanos estamos

biológicamente preparados para aprender a tener respuestas de ansiedad ante estímulos que amenazaron la supervivencia de la especie en su historia evolutiva. Lo anterior explica la rápida adquisición de cierto tipo de fobias comunes, así como su selectividad, su carácter irracional y su alta resistencia a la extinción (McNally, 1987; Seligman, 1970, 1971), propiedades que las teorías clásicas de aprendizaje no pueden explicar. Seligman (1971) combinó el concepto evolutivo de preparación (Seligman, 1970) y los principios de condicionamiento en su teoría de adquisición del miedo. Según el autor, el organismo puede estar *preparado*, *no preparado* o *contrapreparado* evolutivamente para aprender a asociar ciertos estímulos con respuestas de ansiedad, lo que se refleja en el número de veces que es necesario aparear el EC y el EI para que se produzca el condicionamiento. Así, en contraposición con la premisa de equipotencialidad que sostienen las teorías de condicionamiento clásico (cualquier estímulo puede asociarse de forma semejante), el autor postuló que el organismo está preparado filogenéticamente para asociar ciertos estímulos con relativa facilidad (p. ej., arañas, serpientes, oscuridad, espacios abiertos, etc.) y otros con relativa dificultad (p. ej., ramos de flores, etc.) (Eysenck, 1981; McNally, 1987, Öhman y Mineka, 2001; Sandín, 2008).

El considerado tercer gran modelo de condicionamiento es el **modelo de incubación de la ansiedad** propuesto por Eynseck (1981). Esta perspectiva postula que la ansiedad se adquiere y mantiene de acuerdo a los principios de condicionamiento que se dan en situaciones donde los EI, y consecuentemente los EC, proveen el *drive*/motivación y las RC y las RI son similares. Así, la sola presentación del EC no va seguida de falta de reforzamiento, ya que la RC es similar o idéntica a la RI, de modo que se refuerza la asociación EC-RC. Esto explicaría la resistencia a la extinción de

algunas fobias. A este incremento en el refuerzo Eysenck le llamó incubación (Eysenck, 1981).

- Teorías cognitivas

Las teorías cognitivas sostienen que es necesario recurrir a los procesos cognitivos para explicar los mecanismos involucrados en los fenómenos psicopatológicos de los trastornos de ansiedad. La cognición puede ser definida como cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya percepción, detección, identificación, comparación etc. (Piqueras et al., 2010).

Beck, uno de los autores pioneros en el desarrollo del modelo cognitivo influenciado por el auge de las teorías cognitivas, sostiene que los estados emocionales y las consiguientes conductas están determinados por las cogniciones que la persona tiene sobre una situación (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Es decir, que no son los estímulos externos los que en última instancia determinan las emociones, sino la manera en que la persona los percibe e interpreta. En esta percepción e interpretación actuarían pensamientos distorsionados a través de errores en el procesamiento de la información (sesgos cognitivos), que tendrían a la base una serie de supuestos y de creencias o esquemas cognitivos. De esta manera, estímulos externos inocuos pueden ser experimentados de forma negativa. Además, el autor propone que cada trastorno emocional posee una especificidad del contenido cognitivo. Posteriormente, se ha evidenciado la existencia de esta especificidad cognitiva en los distintos trastornos de ansiedad (Hollander y Simeon, 2004). En lo referente a la ansiedad, las cogniciones estarían relacionadas con percepciones de peligro o amenaza futuros. Así, desde el modelo cognitivo, la ansiedad sería considerada como un estado emocional vinculado a

pensamientos negativos que implica la evaluación cognitiva que una persona hace acerca de la situación que percibe como amenazadora.

La evidencia ha mostrado la existencia de sesgos cognitivos en la respuesta de ansiedad. Ésta sugiere que muchos procesos cognitivos, como la atención selectiva y la continua ejecución de preocupaciones o rumiaciones, son procesos controlados e influenciados por la actividad cognitiva (p. ej., las creencias). Así, en la actualidad, las teorías y modelos cognitivos que abordan la ansiedad se centran tanto en el contenido de las cogniciones (p. ej., preocupaciones) como en el proceso, es decir en cómo se interpreta la información del entorno y cuáles son los sesgos cognitivos que actúan en esta actividad (Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2009).

- Teorías psicodinámicas

Las teorías psicodinámicas consideran que los trastornos de ansiedad son producto de un conflicto inconsciente que conduce a la generación de síntomas por un empleo inadecuado de los mecanismos de defensa. Así, un conflicto psíquico inconsciente es reactivado, muchas veces en respuesta a un estímulo externo y actual, y, aún cuando la persona trata de mantener el mecanismo de represión, no logra el control completo de los impulsos rechazados. Estos impulsos, por tanto, continúan tendiendo a su descarga y amenazando irrumpir en la conciencia, dando lugar así a la producción de señal de alarma. La persona no es consciente de la causa de su ansiedad pero sí de sus síntomas, a través de los cuales se manifiesta (Coderch, 1982).

Conclusiones

A pesar de que la revisión haya sido en base a modelos psicológicos, desde una perspectiva biopsicosocial, cabe destacar que la etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial y que en ella juegan un papel fundamental los aspectos biológicos y sociales en interacción con los factores psicológicos revisados.

5.4. Depresión

Concepto de depresión

Las primeras referencias conceptuales y clínicas del término *melancolía* fueron realizadas por Hipócrates (siglo IV a. C), que acuñó este término para designar a los “estados de inhibición y tristeza, provocados por un exceso o alteración de la bilis negra” (Vallejo, 2011; Vázquez y Sanz, 2009).

Los conceptos modernos sobre los trastornos depresivos no cristalizaron hasta el siglo XIX a través de la influencia del trabajo de psiquiatras franceses y alemanes como Baillarger, Kahlbaum o Kraepelin (González-Pinto, López-Peña y Zorrilla-Martínez, 2009). Además, la clasificación y definición de los trastornos afectivos han sido motivo de debate en el siglo pasado durante más de 50 años, hasta que ha llegado a cierto consenso en los últimos años debido a los sistemas clasificatorios actuales (Vázquez y Sanz, 2009).

Actualmente, el término de depresión se puede utilizar en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma, se puede dar sin conformar patología o

acompañar a otros trastornos; como síndrome, agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad desde el punto de vista médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (Vallejo, 2011).

Síntomas depresivos

Siguiendo a Vázquez y Sanz (2009), los síntomas depresivos se pueden condensar en cinco grandes tipos o núcleos:

- a) Síntomas anímicos: Hace referencia a sentimientos como la tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad, anhedonia, irritabilidad, sensación de nerviosismo, etc. Aunque el estado afectivo nuclear es la tristeza, pueden emerger o predominar otras emociones como la irritabilidad, sensación de vacío o ansiedad. En general, se da una reducción de emociones positivas.
- b) Síntomas motivacionales y conductuales: Hace referencia a síntomas relacionados con un estado general de inhibición, que se refleja en el plano motivacional en síntomas como la apatía, falta de motivación o la capacidad de tomar decisiones; y en el plano conductual, en conductas como el llanto o el enlentecimiento de las respuestas motoras, el habla o el gesto. También se puede dar agitación motora.
- c) Síntomas cognitivos: Se dan síntomas como la afectación del rendimiento cognitivo de la persona (memoria, atención o capacidad de concentración); pensamiento rumiativo y fijación de la atención en la vivencia dolorosa; la

transformación negativa de la imagen de uno mismo; ideas de culpa, ruina e hipocondría; desesperanza e ideas de suicidio o aislamiento.

d) Síntomas físicos: Se dan síntomas como la pérdida o aumento de apetito y de peso; insomnio o hipersomnias; trastornos digestivos; estreñimiento; dolores; astenia o disfunciones sexuales.

e) Síntomas interpersonales: Se da un deterioro de las relaciones con los demás.

Los síntomas descritos, no indican patología, sino que tienen que reunir criterios de agrupación, intensidad, frecuencia o persistencia para llegar a ser un cuadro clínico.

Además, la cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de depresión. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión puede experimentarse mayoritariamente en términos somáticos más que con tristeza y con culpabilidad; además la disforia tiene significados y connotaciones que varían entre diferentes culturas. Asimismo, la edad influye en la expresión de los síntomas. Por ejemplo, los niños presentan más tendencia a expresar su malestar a través de las quejas somáticas, la irritabilidad o el aislamiento (APA, 2002).

En conclusión, la expresión de los síntomas depresivos se verá influenciado por características biológicas, psicológicas y sociales, dando lugar a distintos patrones sintomáticos que, aunque compartan características básicas, diferirán en función de aspectos personales y sociales. Además, la presencia de síntomas depresivos no implica la presencia de un trastorno psicopatológico. Para que éste se constituya, han de darse determinados criterios, como se expone en el siguiente apartado.

Categorización de los trastornos depresivos

Para que los síntomas depresivos sean considerados como cuadro clínico, se han de dar criterios de agrupación, intensidad, frecuencia y persistencia. La tristeza es una emoción adaptativa, cuya normalidad se plantea en función de ser adecuada al estímulo que lo origina, tener una duración breve y no tener repercusiones importantes en el funcionamiento psicosocial. Es decir, ha de estar cuantitativa y cualitativamente justificada en función del estímulo que la origina (Vallejo, 2011).

El concepto clínico clave de los trastornos depresivos es el de “episodio depresivo mayor”. No supone una entidad diagnóstica en sí misma en el DSM-IV-TR, pero es la base para el diagnóstico de los trastornos depresivos (APA, 2002). Se describen sus características en la Tabla 14.

Los episodios depresivos difieren en recurrencia y en gravedad. Se especifican los siguientes niveles de gravedad (APA, 2002):

- Leve: Cuadros en los que existen pocos síntomas o el deterioro sociolaboral de la persona es pequeño.
- Moderado: Deterioro sociolaboral moderado.
- Grave no psicótico: Presencia de bastantes más síntomas de los mínimos requeridos y marcado deterioro sociolaboral.
- Con características psicóticas: Presencia de delirios o alucinaciones, congruentes (p. ej., delirios de enfermedad, de pobreza, voces inculpatórias, etc.) o no congruentes (p. ej., delirios de persecución, inserción del pensamiento, etc.) con el estado de ánimo.
- En remisión parcial: Estado entre ligero y en remisión total.

- En remisión total: No ha habido signos o síntomas significativos en los últimos seis meses.

Tabla 14

Características del episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

Episodio depresivo mayor
a) Presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) necesariamente, durante al menos dos semanas, casi cada día (y que suponga un cambio respecto a la actividad previa): 1) Estado de ánimo depresivo (p. ej., Sentirse triste o vacío. En niños en niños y adolescentes el estado de ánimo predominante puede ser la irritabilidad) 2) Disminución del interés o de la capacidad para el placer 3) Pérdida importante o aumento de peso; o pérdida de apetito (en niños, no aumento de peso esperable) 4) Insomnio o hipersomnia 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores 6) Fatiga o pérdida de energía 7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden llegar ser delirantes) 8) Disminución de la capacidad para pensar concentrarse o indecisión 9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los dos principales sistemas de clasificación actuales, el DSM-IV-TR (APA, 2002) y la CIE-10 (OMS, 2003), presentan una clasificación similar en las categorías, subtipos y criterios diagnósticos específicos que se emplean, no obstante, se aprecian algunas diferencias. La categorización de los “Trastornos depresivos” (según DSM-IV-TR) o “del humor” (según CIE-10) se muestran en la Tabla 15.

Tabla 15

Categorización de los trastornos depresivos según el DSM-IV-TR y la CIE-10 (APA, 2002; OMS, 2003)

DSM-IV-TR Trastornos depresivos	CIE-10 Trastornos del humor
F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único	F33 Trastorno depresivo recurrente
F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual:
F34.1 Trastorno distímico	F33.0 leve
F32.9 Trastorno depresivo no especificado	F33.1 moderado
	F33.2 grave sin síntomas psicóticos
	F33.3 grave con síntomas psicóticos
	F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
	F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes
	F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

La CIE-10 (OMS, 2003), describe los episodios depresivos de forma similar, no obstante, sus criterios para un episodio depresivo exige como mínimo cuatro de una lista de diez síntomas (los nueve síntomas de DSM-IV-TR más la pérdida de confianza y autoestima) y al menos dos de ellos han de incluir humor deprimido, disminución de interés o placer o falta de energía o fatiga. Además, la CIE-10 subtipifica los episodios depresivos según la presencia o ausencia de síntomas somáticos. Por otro lado, el DSM-IV-TR incluye algunos especificadores (p. ej., atípico, estacional, etc.) que no contempla la CIE-10. Asimismo, los trastornos depresivos en el DSM-IV-TR se engloban dentro de la categoría de los trastornos del estado de ánimo. Por último, la CIE-10 no incluye en la categoría de los trastornos del humor los procesos secundarios

a enfermedades médicas generales o inducidos por sustancias, que sí aparecen en la categoría de “Trastornos del estado ánimo” del DSM-IV-TR.

A continuación, se realiza una breve aclaración de los términos que se observan en la categoría de trastornos depresivos del DSM-IV-TR (APA, 2002):

a) Trastorno depresivo mayor: La persona presenta un episodio depresivo mayor, además de las siguientes condiciones:

- Nunca ha tenido un episodio de manía o hipomanía
- Se descarta esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico.

b) Distimia: Se trata de estados depresivos prolongados, que podrían considerarse crónicos, que no llegan a cumplir los criterios requeridos para un Episodio Depresivo Mayor. En la Tabla 16 se presentan sus características básicas.

Tabla 16

Características de la distimia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

Distimia
A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 2 años (En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración de al menos 1 año). B. Mientras está deprimido, presencia de dos o más de los siguientes síntomas: 1. Pérdida o aumento de apetito 2. Insomnio o hipersomnia 3. Falta de energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones 6. Sentimientos de desesperanza

Aspectos epidemiológicos de los trastornos depresivos

El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10% y 25% para las mujeres y entre el 5 y 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos con muestras de población general ha variado entre el 5% y el 9% para las mujeres y entre el 2% y el 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil (APA, 2002, p. 549).

En cuanto a la edad de inicio, el trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad y el curso es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, mientras que otras tienen episodios agrupados, e incluso episodios más frecuentes a medida que se avanza en edad. Además, se ha hallado que el número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo (APA, 2002, p.549).

En cuanto a la distimia, el riesgo a lo largo de la vida se sitúa en torno al 6%. La prevalencia puntual se estima en torno al 3%. El inicio del trastorno suele ser temprano (p. ej., niñez, adolescencia, principio de la edad adulta) e insidioso, y el curso suele ser crónico. A menudo, presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que se busca tratamiento. Respecto al sexo, los estudios con población adulta indican que las mujeres tienen entre dos y tres veces más probabilidad de presentar este trastorno (APA, 2002, pp. 354-355).

Teorías psicológicas de los trastornos depresivos

- Teorías conductistas y cognitivas

Las teorías conductuales basadas en el condicionamiento operante mantienen que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas (Vázquez y Sanz, 2009).

Así, autores como Ferster (1973) plantearon que la principal característica de la depresión es la disminución de la frecuencia de conductas reforzadas positivamente, a la vez que se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos, lo que mantendría los estados depresivos.

Sin embargo, es el fenómeno de la *indefensión aprendida* propuesto por Seligman (1975) posiblemente uno de los modelos que mejor se ajusta al paradigma cognitivo-conductual de la depresión (Vallejo, 2011). Según Seligman (1975), la indefensión aprendida consiste en la creencia de que los estímulos son independientes a la propia conducta y por tanto incontrolables. Este fenómeno origina deterioros motivacionales, emocionales y cognitivos, estando directamente relacionados con la depresión. Abramson, Seligman y Teasdale (1978) en la teoría reformulada de la indefensión aprendida, proponen diferentes tipos de indefensión:

- Según a quien se atribuya la incontrolabilidad: *Personal* (aquella en la que la persona genera la expectativa de que no puede controlar la situación, pero otros sí pueden hacerlo) o *Universal* (la persona cree que ni ella ni nadie puede controlar los sucesos futuros).

- Según la cronicidad de los síntomas: *Crónica* (los síntomas tienden a permanecer con el tiempo) o *Transitoria* (duran poco tiempo).
- Según la generalización de los síntomas: *Generalizada* (si los síntomas aparecen en muchas situaciones) o *Situacional* (si aparecen en pocas situaciones, similares a la que provoca indefensión).

En base a la teoría de la indefensión aprendida, Abramson, Metalsky y Alloy (1989) propusieron otro modelo destacado, la teoría de la desesperanza de la depresión, en la que enfatizan la desesperanza como factor causal de la depresión. La desesperanza sería consecuencia de estilos atribucionales (atribuciones internas, globales y estables de los sucesos negativos) que se derivarían de la ocurrencia de sucesos vitales negativos asociados a estilos inferenciales determinados.

Beck, autor pionero en el desarrollo del modelo cognitivo, destaca los aspectos cognitivos de la depresión como base del trastorno. El autor sostiene que los estados emocionales están determinados por las cogniciones que la persona tiene sobre una situación. Así, es la manera en que la persona percibe e interpreta la realidad la que, en última instancia, genera las emociones depresivas. En esta percepción e interpretación actuarían pensamientos distorsionados a través de errores en el procesamiento de la información (sesgos cognitivos), que tendrían a la base una serie de supuestos y de creencias o esquemas cognitivos. Así, los estilos cognitivos alterados caracterizados por expectativas negativas del ambiente, junto a la desesperanza y la incapacidad serían el núcleo de la depresión. La triada cognitiva básica de la persona deprimida sería la concepción negativa de uno mismo, interpretaciones negativas de las experiencias propias y una visión pesimista del mundo (Beck et al., 1983).

- Teorías psicodinámicas

Las teorías psicodinámicas consideran la *depresión melancólica* como una reacción a la pérdida del objeto amado, reacción en ambos casos acompañada por un estado de ánimo de profundo dolor, disminución de la capacidad de amar, inhibición de cualquier actividad y falta de interés en el mundo exterior. La depresión constituye un estado de duelo no resuelto por el objeto perdido, en el que se produce una internalización del instinto agresivo que no se dirige hacia el objeto apropiado, debido a alguna frustración sufrida en la relación con el objeto. Es decir, la persona vuelve hacia sí misma la agresividad que se pone en marcha a partir de la pérdida de un objeto ambivalentemente amado. Puesto que la dolencia melancólica no logra desprenderse o tomar distancia afectiva del objeto extrañado, éste continúa psíquicamente su existencia y suscita en la persona la tendencia a repetir compulsivamente (de manera inconsciente) escenas pasadas donde emergen los sentimientos ambivalentes que lo vinculan al objeto perdido (Coderch, 1982; Ferrer-Ortega, 2010; Vallejo, 2011).

Conclusiones

A pesar de que se la revisión haya sido en base a modelos psicológicos, desde una perspectiva biopsicosocial, la etiología de los trastornos depresivos es multifactorial y en ella juegan un papel fundamental los aspectos biológicos y sociales en interacción con los factores psicológicos revisados. Asimismo, cabe subrayar que la presencia de síntomas depresivos no implica un trastorno clínico. Para que éste se pueda considerar como tal, han de darse una serie de criterios en cuanto a intensidad, persistencia, agrupación e interferencia con el funcionamiento cotidiano de la persona.

5.5. Adaptación social

La adaptación social es un concepto complejo y heterogéneo, lo que ha dificultado su definición de forma operativa y consensuada. De manera general, hace referencia al funcionamiento social de la persona en las distintas áreas de la vida, tales como el área laboral, el familiar, las relaciones sociales, el ocio y tiempo libre, la motivación o los intereses. De este modo, se puede definir la adaptación social como el conjunto de capacidades y habilidades que presenta una persona para desenvolverse de forma adecuada en el ámbito social y personal (Bosc, Dubini y Polin, 1997; Fonseca-Pedrero et al., 2008).

Con frecuencia, las definiciones de salud que han surgido desde la propuesta de la OMS (1948) como un “estado de completo bienestar físico, mental y social”, han tenido en común el énfasis por el funcionamiento social y la importancia de la adaptación como factor clave de la salud. De hecho, el grado de adaptación social o desenvolvimiento en las actividades sociales es un aspecto clave en los sistemas de clasificación y diagnóstico internacionales (APA, 2002; OMS, 2003). Éstos establecen el deterioro social como uno de los criterios de los trastornos psicopatológicos clínicamente significativos e incluyen la valoración del nivel de funcionamiento psicosocial.

Así, la literatura indica que el funcionamiento social se encuentra alterado en una amplia gama de problemas psicológicos. Los problemas de funcionamiento social forman parte de la etiología, curso y consecuencias de los trastornos psiquiátricos y, por tanto, tienen un peso importante en la planificación de cuidados comunitarios de salud mental. Sin embargo, en contraste con la atención destinada al estado clínico de los

pacientes psiquiátricos, posiblemente ha sido destinada una menor atención al estudio de los problemas de funcionamiento social, sus determinantes y el impacto de las intervenciones sobre su mejora. Además, las personas con un adecuado funcionamiento social en sus diferentes esferas y niveles disponen de un factor protector contra el posible impacto de los estresores ambientales y contra el desarrollo de trastornos psicológicos (Fonseca et al., 2008; Mañá, Ivorra y Girón, 1998). En este sentido, se puede suponer que las personas con un adecuado funcionamiento social en las diferentes áreas de vida poseen una menor vulnerabilidad a padecer trastornos de salud y un mejor estado de salud general.

Adaptación social y afrontamiento

La salud se ve claramente relacionada con momentos en que las personas deben afrontar situaciones de cambio en su rol cotidiano, en su maduración o en el cumplimiento de su ciclo vital, lo que puede afectarla. En este sentido, el afrontamiento es el factor esencial que utilizan las personas para hacer frente a los cambios, a los estresores ambientales y vitales y, en definitiva, para adaptarse a las situaciones.

El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación y los recursos de la persona para responder a tales demandas, que pueden ser de diversa índole. Conceptualizar los procesos de adaptación a través de los mecanismos de afrontamiento, resulta esencial para un acercamiento a la comprensión de los procesos de adaptación social. En el capítulo 4, se ha revisado el afrontamiento como posible mecanismo explicativo de los efectos positivos del aprendizaje-servicio. Asimismo, se ha explicado el afrontamiento desde la perspectiva fenomenológica del estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1987), que enfatiza la

relación entre la persona y el ambiente para la evaluación que hace del mismo. Cabe recordar que, según los autores, la magnitud de la discrepancia entre demandas y recursos (físicos, psíquicos y sociales) que percibe la persona determina el estrés que experimenta (Molina-Jiménez, Gutiérrez-García, Hernández-Domínguez y Contreras, 2008; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993), enfatizando los elementos subjetivos en el concepto de estrés y, por tanto, en la adaptación a las situaciones. Además, en la breve revisión realizada en torno a la psiconeuroinmunología en el capítulo 4, se ha abordado el papel del estrés en la salud, pudiéndose explicar parcialmente la influencia de la adaptación en la salud biopsicosocial a través de los procesos de estrés descritos por Lazarus y Folkman (1987).

Entre los recursos de afrontamiento que tiene la persona, Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993), señalan los recursos sociales, que hacen referencia a aspectos como los procesos de interacción social, el entorno social donde se desarrollan estos procesos interactivos o las características de los sistemas de apoyo social, como la red de apoyo social disponible, la satisfacción con la ocupación laboral o académica, los ingresos, la residencia, etc. No obstante, además de los recursos sociales, la adaptación social implica la movilización del resto de recursos con que cuenta la persona (psicológicos y físicos), ya que funciona de manera interrelacionada e integrada. Así, el funcionamiento social se intrinca con las características y el estado psíquico y biológico de la persona, así como con la estructura y cultura social en la que está inmersa. De este modo, la manera en que cada persona afronta las exigencias sociales está determinada por diversos factores biológicos, ambientales, físicos, la experiencia previa, el apoyo social o el contexto socio-cultural, entre otros (Molina-Jiménez, Gutiérrez-García,

Hernández-Domínguez y Contreras, 2008), actuando como factores de vulnerabilidad o como factores protectores de salud.

Así, **el proceso adaptativo perfecto no existe**. La eficacia adaptativa del tipo de afrontamiento empleado dependerá de las características de la situación de la persona. Concretamente, de su resultado en los diferentes niveles (biológico, psicológico y social), del momento temporal y del contexto. Una determinada respuesta de afrontamiento puede tener efectos positivos en el bienestar psicológico y, sin embargo, tener un impacto negativo a nivel fisiológico. Además, puede que determinado tipo de afrontamiento sea adaptativo a corto plazo, y sin embargo, acarrear consecuencias negativas a largo plazo (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993). Asimismo, es posible que la estructura social a la que haya que adaptarse sea patológica en sí misma. Póngase el ejemplo de una sociedad bajo una dictadura sometida a una fuerte represión de los ciudadanos. Lo más adaptativo para sobrevivir y no tener problemas externos en estas circunstancias posiblemente sea adaptarse al funcionamiento social impuesto, sin embargo, esto puede tener consecuencias en la salud de las personas a largo plazo, que se pueden manifestar a través de un decremento en el bienestar psicológico o en determinados síntomas o problemas psicopatológicos. Otro ejemplo más cercano al contexto actual, es la alta competitividad que caracteriza a la cultura occidental, cuyos requerimientos de adaptación pueden acarrear problemas de salud a medio y largo plazo para algunas personas al intentar adaptarse a un modo de vida y de relación interpersonal que quizá no sea el más saludable. Es posible que la dificultad de adaptación a ciertas condiciones de vida y de relación en algunos casos pueda ser indicativa de salud, en el sentido de crisis necesaria para tener la oportunidad de

evolucionar a un modo diferente de relacionarse consigo mismo y con el mundo. Es por ello que la cuestión de la adaptación social puede presentar cierta controversia.

En conclusión, el afrontamiento juega un papel fundamental en los procesos de adaptación social en particular y de la salud-enfermedad en general, ya que sería el resultado del proceso de adaptación general de una persona (Santacreu, 1991). Asimismo, se ha destacado el papel esencial que tienen los factores biopsicosociales en la adaptación social, incluyendo el contexto sociocultural. Así, el desarrollo de recursos de afrontamiento mediante la promoción de las competencias psicosociales (desarrollo de habilidades sociales, fomento de la interacción interpersonal, autoconocimiento, etc.) pueden ser muy útiles para mejorar la adaptación social de las personas.

Adaptación social y el desarrollo afectivo-social

La competencia psicosocial, esto es, el desarrollo en las personas de las habilidades emocionales y sociales, les lleva a estar en mejores condiciones para desenvolverse de una manera positiva consigo mismas, con los otros y con el entorno sociocultural. Así, la literatura ha evidenciado que el desarrollo de las habilidades emocionales y relacionales en las personas promueve la resistencia psicológica, y el desarrollo de redes sociales ayudan a las personas a activar sus recursos personales y grupales (p. ej., Bear, Manning y Izard, 2003; Zins et al., 2004).

Así, el desarrollo de los aspectos emocionales supone un factor determinante de la adaptación de las personas a su entorno, lo que se refleja en los resultados obtenidos a través de la investigación en el área del desarrollo de la inteligencia emocional. La literatura evidencia que los estudiantes que participan en programas de aprendizaje

social y emocional mejoran las habilidades sociales, emocionales, las actitudes, el comportamiento, las conductas adaptativas o saludables, la disminución de conductas de riesgo, el rendimiento académico, la adaptación exitosa al centro educativo, el bienestar psicológico, la empatía, los niveles de ansiedad y depresión o la impulsividad (Durlak, et al., 2011; Fierro, 2006; Goleman, 2008; Pacheco y Berrocal, 2004; Pérez y Costa, 2007; Zavala y López, 2012). Estos resultados confirman el **papel fundamental que juegan los aspectos afectivos y relacionales en la adaptación social**. De hecho, se ha encontrado que la adaptación social y el bienestar psicológico se asocian a la inteligencia emocional, y no la intelectual (Fierro, 2006a). Los datos sugieren que enseñar a los estudiantes habilidades como la empatía, autoconciencia o cómo manejar las emociones negativas no solo les hace mejores aprendices sino que también les facilita una mejor adaptación social. Para explicar cómo pueden influir las habilidades emocionales a la adaptación social, Goleman (2008) alude a la configuración cerebral y a la neuroplasticidad, de manera que las emociones pueden mejorar o inhibir la habilidad para aprender a adaptarse a las situaciones. Además, la neuroplasticidad hace que las experiencias repetidas moldeen el cerebro, de modo que cuanto más se practiquen estrategias como la auto-disciplina, empatía o la cooperación, más se fortalecen los circuitos subyacentes a estas habilidades fundamentales para la adaptación social.

También se ha citado en el capítulo 4 a Morales y López-Zafra (2009), que realizan una revisión sobre los posibles factores explicativos del efecto desarrollo de habilidades emocionales y sociales en la adaptación social y académica. En ella señalan que la adaptación implica, entre otros aspectos, la habilidad de emplear y regular emociones para facilitar el control de la conducta impulsiva. Otro mecanismo explicativo sobre

cómo puede influir la competencia emocional y social en la adaptación específicamente académica (pero probablemente extrapolable a otras áreas), es el autoconcepto académico y las percepciones de eficacia, o control. Por último, otro mecanismo de actuación puede ser la facilitación de la interacción social. La expresión y regulación de emociones podría facilitar expectativas positivas sobre la interacción social, así como el uso de estrategias de interacción social efectivas.

Adaptación social y bienestar psicológico

Tras la revisión anterior, resulta sencillo inferir la relación de la adaptación con el bienestar psicológico. Se ha hallado una relación positiva entre ambas variables (p. ej., Fierro, 2006a; Fierro, Jiménez y Fierro-Hernández, 2003). Es más, Fierro (2006a), en un estudio en el que busca comprobar la relación entre bienestar psicológico, adaptación social, concluye que ambos conceptos no solo están relacionados, sino que además son empíricamente independientes, pese a haber sido construidas como independientes conceptualmente. El autor plantea que pueden formar parte de una misma dimensión, que no obstante sería preciso investigar.

En otro estudio, Fierro, Jiménez y Fierro-Hernández (2003) revisaron los resultados de 14 estudios que empleaban las variables de adaptación social y bienestar psicológico, hallando una clara relación positiva entre ambas (correlaciones positivas y significativas superiores a .60), y una relación negativa de ambas variables con medidas de ansiedad y depresión, así como con el rasgo de personalidad de *neuroticismo* (tendencia a la ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social y vulnerabilidad) y positiva con *extraversión*.

Adaptación social y variables sociodemográficas, familiares y de personalidad

La evidencia empírica parece indicar que la adaptación social no está asociada a la edad ni al género. Cardenal y Fierro (2001) investigaron el género y la edad en relación con la adaptación social en una muestra con 341 estudiantes españoles con edades comprendidas entre los 19 y 65 años, no encontrando relación entre estas variables. Tampoco hallaron relación de estas variables con el bienestar psicológico.

En cambio, se ha encontrado que aspectos relacionados con el clima familiar influyen en la adaptación social. Por ejemplo, Moreno, Vacas y Roa (2000) investigaron las relaciones entre la situación familiar, el clima social y la adaptación de estudiantes adolescentes de diversos orígenes sociales (655 jóvenes entre 10 y 18 años). Los autores hallaron relaciones significativas entre el ajuste personal, familiar, escolar y social. Específicamente, encontraron que los problemas con el ajuste en estas áreas están relacionados con la percepción de la falta de apoyo y cohesión o la agresividad entre los miembros de la familia.

De manera consistente, Pichardo, Fernández y Amezcua (2002) estudiaron la importancia del clima social familiar en la adaptación personal y social de los adolescentes, con una muestra de 201 jóvenes entre 12 y 17 años. Los resultados indicaron que una mejor adaptación personal y social está asociada con un clima familiar en el que se percibe una alta cohesión, facilidad para poder expresarse, organización, baja conflictividad, participación en actividades intelectuales e importancia atribuida a valores y a prácticas éticas o religiosas.

Gómez, Ferreiro, Domínguez y Rodríguez (1995), investigaron las relaciones parentales en la adaptación social en una muestra de 733 adolescentes, encontrando que

el ajuste familiar satisfactorio se asocia a una mejor relación parental, a una falta de favoritismo entre los hermanos y a la comunicación entre el adolescente y los padres en situaciones problemáticas.

Además, Gallardo y Hernández (1997) estudiaron los efectos del maltrato y del estatus sociométrico (ser rechazado o preferido por sus iguales) sobre la adaptación social, dos factores de riesgo para el ajuste afectivo y social. La muestra estuvo compuesta por 181 niñas y niños de entre 9 y 14 años. Encontraron que los rechazados como grupo presentaron el patrón más desadaptativo. Además, los resultados indicaron que ser maltratado físicamente y presenciar violencia familiar dio lugar a un patrón desadaptativo muy similar: los maltratados físicamente se caracterizaron por una conducta externalizada y, en menor medida, internalizada; y los que presenciaban violencia familiar, se caracterizaron tanto por problemas depresivos como por conductas externalizadas.

Conclusiones

La adaptación social es un concepto complejo y multideterminado, sobre el que posiblemente influyen cuantiosos factores biopsicosociales, muchos de los cuales no han sido aquí abordados. Se pretende destacar, además, el importante papel que la adaptación social juega en los procesos de salud-enfermedad, suponiendo un factor muy influyente y asociado a los mismos.

5.6. Salud percibida

El concepto de salud engloba factores y atributos, entre los que se consideran aspectos objetivos (signos) y subjetivos (sentirse de una determinada manera). De este modo, la salud se puede evaluar al menos de dos formas: objetiva y subjetivamente.

Siguiendo el análisis de Lazar, Sandell y Grant (2007), al estudiar las variables relacionadas con la salud-enfermedad, deben ser diferenciadas tres dimensiones:

- **Estar** (objetivamente) sano-enfermo. Se refiere a una concepción de salud definida objetivamente desde el punto de vista médico, operativizada por el diagnóstico del experto. No obstante, esta objetividad es relativa en la medida en que la interpretación de los síntomas por parte de un experto o incluso las medidas de laboratorio implican un cierto grado de subjetividad. Asimismo, los síntomas físicos reflejan no sólo la enfermedad física, sino también los estados psicológicos, los estresores situacionales, el aprendizaje temprano o determinados rasgos de personalidad.
- **Sentirse** (subjetivamente) sano-enfermo. Alude a la identificación de las propias sensaciones o síntomas y su interpretación, atribución o etiquetaje. Esto implica procesos cognitivos y emocionales en los que los estímulos captados a través de los sentidos interactúan con el conocimiento preexistente y la experiencia para formarse percepciones de los síntomas y, en definitiva, la experiencia subjetiva de salud-enfermedad.
- **Comportamiento** relacionado con la salud-enfermedad. Hace referencia a las conductas en función de sentirse sano-enfermo y a las asociadas con la salud-enfermedad.

Durante la hegemonía del modelo biomédico, cuando la salud era considerada como la ausencia de enfermedad, la evaluación de la misma se realizaba preferentemente a través de medidas objetivas, siendo las herramientas subjetivas muy cuestionadas y despojadas de validez. Sin embargo, desde la emergencia de una conceptualización más amplia y positiva de salud, inclusiva e integradora de los aspectos biopsicosociales en los procesos de salud-enfermedad, las medidas subjetivas aparecen como más sensibles y necesarias (Ramos-Valverde, 2010). Así, el concepto de salud subjetiva o salud percibida ha intrigado a los investigadores al menos en las últimas tres décadas, respondiendo y generando cuestiones que en la actualidad se siguen abordando (Despot-Lucanin y Lucanin, 2012).

De este modo, el concepto de salud percibida hace referencia a **cómo la persona percibe su propio estado de salud global**, en diversos aspectos que se pueden sintetizar en dos grandes grupos: cómo percibimos nuestra salud a nivel físico y a nivel psicológico. En esta percepción entran en juego aspectos cognitivos (p. ej., cómo valoro mi salud; hasta qué punto considero que me limita o interfiere en mi cotidianeidad determinado problema de salud; creencias y expectativas sobre la misma, etc.); afectivos (cómo me siento con respecto a mi estado salud) y motores (qué respuestas individuales doy ante la percepción de mi estado de salud). A través de la valoración que la persona hace de su propio estado de salud se obtiene una medida subjetiva del mismo.

Además, la autoevaluación de la salud puede incluir aspectos que son difíciles de captar a través de medidas objetivas o de medidas clínicas, como enfermedades incipientes, severidad de la enfermedad y función social.

La evidencia empírica ha mostrado que es una medida válida y fiable, asociada al declive funcional, morbilidad y mortalidad. De hecho, se ha encontrado que puede ser tan buen o incluso mejor predictor de enfermedades y de mortalidad que la habilidad funcional, las enfermedades crónicas o el bienestar psicológico. Asimismo, se ha hallado que la salud percibida es a menudo más efectiva que las medidas clínicas para predecir las conductas de búsqueda de ayuda y el uso de los servicios de salud (Aparicio-García, Ramos-Cejudo, Salguero y Sanz-Blasco, 2011; Benyamini, Blumstein, Lusky y Modam, 2003; Benyamini y Idler, 1998; Idler, 2003; Idler y Benyamini, 1997; Idler y Kasl, 1991, 1995; Lunberg y Manderbacka, 1996; Shields y Shooshtari, 2001).

Por ejemplo, Aparicio-García et al. (2011), en un estudio con una amplia muestra de población española que tenía como objetivo analizar el efecto de la salud percibida y la ansiedad-rasgo en la búsqueda y uso de servicios médicos, encontraron que las personas con una ansiedad elevada como rasgo de personalidad y una pobre salud percibida mostraron una prevalencia general mayor en el uso de estos servicios. Una alta salud percibida se asoció con una menor prevalencia de visitas, mientras que las personas con un alto rasgo de ansiedad tuvieron una probabilidad 2.26 veces mayor de acudir a los servicios sanitarios. Asimismo, hallaron que, en los visitantes frecuentes, una peor salud percibida así como un alto rasgo de ansiedad eran predictores significativos incluso tras controlar el efecto de diferentes variables socio-demográficas. Estos resultados añaden evidencias acerca de la importancia de las variables psicológicas en la salud percibida, y su relación con el uso de los servicios médicos.

Además, se ha hallado que la correlación entre las medidas de salud subjetiva y objetiva no es muy alta y que la percepción del estado de salud no refleja de modo realista el estado de salud objetivo actual (Castro, Espinosa, Rodríguez y Santos, 2007; Idler y Kasl, 1991, 1995). Por ejemplo, Castro et al. (2007), en un estudio con una amplia muestra de población española obtenida a través de la Encuesta Nacional de Salud, analizaron la relación entre la autopercepción de salud y distintos indicadores que pudieran influir sobre ella (mortalidad agrupada por causas, morbilidad hospitalaria, accidentalidad laboral y consumo de medicamentos). Encontraron que ninguno de los indicadores era significativo para explicar el estado de salud percibido. Los autores concluyen que posiblemente esta relación esté mediada por otro tipo de variables como las características de personalidad o aspectos sociodemográficos.

Lo anterior sugiere que la salud percibida es una medida relativa y que las personas pueden percibir su salud en relación a factores psicológicos y sociales, y no sólo con respecto a factores físicos. En este sentido, la literatura ha demostrado ampliamente como la subjetividad en términos de creencias, expectativas y emociones, interactúa con las acciones corporales para desempeñar un papel fundamental en la experiencia de síntomas o enfermedades y como los factores psicológicos y sociales pueden sumarse a las explicaciones biológicas o biomédicas y a las experiencias de salud y enfermedad (Morrison y Bennett, 2008).

Así, la investigación en el área de la salud percibida desarrollada en los últimos años se ha interesado por buscar los diversos factores que influyen en la misma y que están asociados a ella, factores que se desarrollarán en el siguiente apartado.

Factores biopsicosociales relacionados con la salud percibida

Como se adelantaba en el apartado anterior y se expondrá a continuación, la literatura muestra que la salud percibida parece estar influenciada por factores biológicos y numerosos factores no biológicos, habiendo de hecho evidencia empírica que apunta a que la salud percibida o subjetiva está determinada principalmente por factores psicológicos (p. ej., Castro et al., 2007; Despot-Lucanin y Lucanin, 2012; Idler, 1993; Piko, 2000).

Por ejemplo, Despot-Lucanin y Lucanin (2012), en un estudio que tenía como objetivo investigar las asociaciones entre los factores psicológicos y biológicos con la salud percibida en población de tercera edad, confirmaron que ambos tipos de factores se asociaban a la salud percibida, sin embargo, encontraron que la influencia de los factores psicológicos prevalecía sobre la de los factores biológicos, siendo la fenomenología psicológica la mejor predictora a largo plazo de la salud percibida. Los autores concluyen que cómo una persona funciona y siente, a pesar de la edad, domina la percepción de su salud.

Shields y Shooshtari (2001), a partir de los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en Canadá, concluyeron que tanto los factores físicos como las características psicosociales, las conductas de salud y el estatus socioeconómicos fueron asociados significativamente a la salud percibida.

Piko (2000), en un estudio con universitarios en Hungría, observó que los mejores predictores de la salud percibida fueron el bienestar psicológico, las conductas de actividad física, los episodios de enfermedad aguda y la frecuencia de síntomas psicosomáticos.

Røysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale y Harris (2003), en un estudio que tenía como objetivo identificar las influencias genéticas y ambientales sobre la salud percibida, encontraron tanto contribución genética como influencia ambiental en la asociación entre bienestar subjetivo y salud percibida.

Los estudios anteriores evidencian la influencia de factores tanto biológicos, como psicológicos y sociales. A continuación, se revisan factores específicos, de estos tres niveles, que se han asociado a la salud percibida en la literatura.

- Características de personalidad

Algunos estudios han explorado la relación entre salud percibida y personalidad, encontrando como los niveles percibidos de salud física y mental están asociados a determinados rasgos de personalidad (p. ej., Besteiro et al., 2008; Brief, Butcher, George y Link, 1993).

Por ejemplo, Besteiro et al. (2008), en un estudio con personas con fibromialgia que exploraba la relación entre los rasgos de personalidad y los niveles percibidos de salud física y mental, encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los grupos de control en las dimensiones de *neuroticismo* y *extraversión*; en la habilidad para comprender y afrontar adecuadamente los estresores y en la valoración de las consecuencias de la enfermedad en la calidad de vida. Los autores concluyen que los resultados obtenidos proporcionan evidencias de que las pacientes objeto de estudio presentan rasgos de personalidad y creencias de control que podrían actuar de forma patogénica favoreciendo la aparición de la enfermedad y alterando la percepción subjetiva de la misma.

Löckenhoff, Terracciano, Ferrucci, y Costa (2012), en un estudio en el que exploraron la asociación entre rasgos de personalidad (según el *modelo de los cinco factores*) y la salud percibida, encontraron que la salud tanto física y mental informada se asociaba negativamente con el *neuroticismo* y positivamente con *extraversión* y *responsabilidad*. Los factores de *amabilidad* y *apertura* se asociaron con una mejor salud percibida mental y física, respectivamente.

- Bienestar subjetivo

De manera consistente, diversos estudios han encontrado una clara relación entre el bienestar psicológico subjetivo y la salud percibida (p. ej., Brief et al., 1993; Piko, 2000, Shields y Shooshtari, 2001). Por ejemplo, Piko (2000) en su estudio observó que el mejor predictor de la salud percibida fue el bienestar subjetivo. Desde una perspectiva de arriba-abajo, el bienestar subjetivo representa una tendencia general a mantener una tendencia de una visión positiva de la vida, que también influenciaría la percepción de distintos aspectos de la vida como la propia salud (Diener et al., 1999; Røysamb et al., 2003).

- Autoestima

Shields y Shooshtari (2001) en un estudio nacional canadiense longitudinal con una muestra de 9371 personas, encontraron que la autoestima fue predictora de la salud percibida. Específicamente, hallaron que tanto los hombres como las mujeres de la muestra categorizados como con baja autoestima informaron de una peor salud percibida en comparación con las personas que no estaban en dicha categoría.

- Distrés

Shields y Shooshtari (2001) también observaron que entre las mujeres de la muestra, los sentimientos de distrés se asociaron a una peor salud percibida cuatro años después. Para los hombres, esta asociación no fue significativa. Sin embargo, los hombres que experimentaron un incremento en el distrés informaron de una pobre salud percibida en la última medición. Por otro lado, un decremento en el distrés no tuvo una asociación significativa con la salud percibida ni para hombres ni para mujeres.

De manera consistente, Herrera y Guarino (2008), en un estudio en el que investigaron la posible relación entre estrés, sensibilidad emocional, afrontamiento y salud percibida entre 130 cadetes (tanto hombres como mujeres) de la Academia Naval de Venezuela, encontraron una asociación positiva entre el estrés y el deterioro de la salud percibida.

Por otro lado, Despot-Lucanin y Lucanin (2012) han encontrado que los síntomas depresivos se asocian a la salud percibida en población de tercera edad.

- Autoconcepto físico

Se ha observado que las personas pueden emplear criterios externos como el autoconcepto físico (que comprende principalmente habilidad física y apariencia física) como sinónimo de salud. Esnaola, Infante, Rodríguez y Goñi (2011), en un estudio con una muestra de 518 personas de entre 19 y 50 años de edad, encontraron una clara asociación entre el autoconcepto físico (cuya medición contempló los subdominios de condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general y autoconcepto general) y la percepción de la salud, de manera que las personas que tenían un

autoconcepto físico positivo presentaron una salud percibida satisfactoria e, inversamente, las personas que tenían un autoconcepto físico más bajo o negativo creyeron que no eran personas saludables. En la submuestra femenina, además, se mostraron como asociadas significativamente con salud percibida las medidas de condición física y atractivo físico. En este sentido, los autores alertan de que el atractivo físico no tiene por qué correlacionar con la salud real, pudiendo resultar un factor engañoso para considerar que uno está saludable.

Del mismo modo, en algunos estudios, se ha relacionado el sobrepeso con una peor percepción del propio estado de salud (p. ej., Hagquist, 1998). Sin embargo, así como ocurre con el atractivo físico, hay evidencia clara que indica que la salud real no tiene por qué estar relacionada con el índice de masa corporal. Por ejemplo, se ha relacionado un cierto sobrepeso con una mayor longevidad. Las personas delgadas tienden a considerar su estado de salud mejor, sin embargo, la acumulación de grasa en torno a los órganos internos se ha mostrado como más peligrosa para la salud que la acumulación de grasa bajo la piel (Esnaola et al., 2011). Por ello, la percepción de un óptimo estado de salud en función de considerarse delgado, también puede resultar poco fiel al estado de salud real. Esnaola et al. (2011) en su estudio no encontraron relación entre la salud percibida y el IMC, ni con la imagen corporal.

- Conductas saludables

Shields y Shooshtari (2001) encontraron que las conductas de salud son importantes como predictoras de la salud percibida futura (p. ej., actividad física, tabaquismo, hábitos alimenticios, etc.). Sin embargo, no hallaron ninguna asociación entre las medidas coetáneas de conductas saludables y salud percibida.

Así, por ejemplo, los resultados en cuanto a la influencia de la actividad física en la salud percibida son inconsistentes. Piko (2000) encontró una clara asociación entre la práctica de actividad física y la salud percibida. Sin embargo, Esnaola et al. (2011) no hallaron que la actividad física se relacionara significativamente con la percepción de salud.

- Apoyo social

Clemente, Florencia, Tartaglini y Stefani (2008) en un estudio en el que investigaron el apoyo social, el bienestar psicológico y la salud percibida en personas de edad avanzada (promedio de 72 años de edad), encontraron una asociación entre la red de apoyo social de la persona y la salud percibida.

- Capacidad funcional, dolor y otros factores biológicos

Despot-Lucanin y Lucanin (2012), en la investigación de las asociaciones entre la salud percibida y los factores biológicos, encontraron que la habilidad funcional y dos variables biológicas de riesgo cardiovascular, glucosa y urea, eran importantes predictores de la salud percibida. Encontraron, además, que el dolor se asoció a la salud percibida independientemente del estado funcional y de las condiciones crónicas, aunque la asociación fue más clara y consistente para las mujeres. Sin embargo, un decremento en el dolor no se asoció con la salud percibida. No obstante, los autores hallaron que los factores psicológicos prevalecieron sobre los biológicos, especialmente en las predicciones de salud percibida a largo plazo.

- Edad

En contra de lo que se puede intuir, parece que la edad no es un factor consistentemente asociado a la salud percibida. Por ejemplo, Shields y Shooshtari (2001), al controlar las variables socioeconómicas, psicosociales y las conductas de salud, observaron que la asociación entre salud percibida y edad desapareció. Así, la salud percibida entre las personas mayores de 75 años no difirió significativamente del grupo de edad comprendido entre los 35 y 44 años.

Sin embargo, Despot-Lucanin y Lucanin (2012), si bien encontraron que la edad era un predictor importante de la salud percibida entre personas de tercera edad, hallaron resultados paradójicos: cuanta más edad tenían los participantes, mejor fue su salud percibida. Los autores discuten que a pesar de que la salud objetiva se deteriore con la edad, para la salud subjetiva parecen más relevantes factores como el afecto o la capacidad funcional.

- Estatus socioeconómico

Shields y Shooshtari (2001) han encontrado que las personas con mayor estatus socioeconómico tienen una mejor salud percibida en comparación con las personas de menor estatus socioeconómico. Específicamente, observaron que a mayor nivel educativo, mayor era la salud percibida tanto para hombres como para mujeres. Asimismo, solo para las mujeres, los ingresos económicos estuvieron asociados con la salud percibida. El estado civil no se asoció a la salud percibida para ninguno de los dos géneros.

Valor predictivo de la salud percibida en la salud posterior

Se ha encontrado que la salud percibida puede ser un predictor del riesgo de mortalidad y del desarrollo de enfermedades. Los estudios acerca de la asociación entre la autoevaluación de la salud y la mortalidad empezaron a aparecer en la década de los 80, arrojando la mayoría de ellos resultados consistentes (Benyamini, Blumstein, Lusky y Modam, 2003; Idler, 2003; Idler y Kasl, 1991, 1995).

Idler, Leventhal, McLaughlin y Leventhal (2004) han encontrado que es una pobre salud percibida la que predice la mortalidad, y no una excelente salud la supervivencia.

Otros estudios han explorado las posibles diferencias en esta asociación entre distintos grupos de edad (Idler, 1993, 2003; Idler et al., 2004) encontrando que la salud percibida se asocia solo con mortalidad a corto plazo y no a largo plazo entre población de tercera edad.

Burström y Fredlund (2001), en una muestra de 170223 personas a partir de los 16 años de edad, encontraron una fuerte relación entre una pobre salud percibida y mortalidad, que es mayor entre edades más jóvenes, similar entre hombres y mujeres y entre personas tanto con enfermedad crónica como sin ella. La relación relativa entre salud percibida y la mortalidad posterior fue mayor en grupos socioeconómicos con un estatus más alto que en los grupos con un estatus más bajo. Sin embargo, las diferencias absolutas en el riesgo de mortalidad entre las personas con una pobre y una alta salud percibida fueron similares entre los grupos socioeconómicos en cada sexo. La diferencia en el riesgo de mortalidad entre personas con una alta y una baja salud percibida fue considerablemente mayor entre personas con una enfermedad crónica que entre personas sin enfermedad crónica. Además, el riesgo de mortalidad entre personas con

baja salud percibida se incrementó tanto en los periodos de seguimiento cortos (menos de 2 años) como en los largos (más de diez años). Estos resultados indican que una pobre salud percibida es un fuerte predictor de la mortalidad en todos los subgrupos estudiados.

Así, en la mayoría de estudios que han investigado la relación entre salud percibida y mortalidad, han encontrado una asociación entre ambos, incluso después de haber controlado diversos indicadores del estado de salud, funcionamiento psicológico y estatus socioeconómico. A pesar de que el hallazgo de esta asociación ha sido consistente, los procesos subyacentes a dicha asociación no están claros. Asimismo, los datos son menos consistentes en cuestiones como la fuerza de la asociación o la manera en que esta asociación varía entre diferentes grupos. Por ejemplo, se han hallado resultados inconsistentes acerca de la diferencia de género en esta relación (Benyamini et al., 2003; Idler y Benyamini, 1997).

Conclusiones

Se ha realizado un acercamiento al concepto de salud percibida, así como una revisión de algunos de los factores asociados con ella. La percepción de la propia salud se asocia tanto a factores biológicos como psicosociales, sin embargo, parece que son los factores psicosociales los que más parecen influenciar la salud percibida. Asimismo, parece que la salud percibida a menudo no correlaciona con la salud objetiva. Sin embargo, se ha demostrado la asociación entre salud percibida y salud posterior, y está ampliamente establecida la relación entre salud percibida actual y mortalidad posterior. No obstante, los mecanismos subyacentes a esta asociación aún plantean muchos interrogantes.

En este sentido, Idler y Benyamini (1997) proponen algunas respuestas a la cuestión de por qué la salud percibida es un predictor válido e independiente de salud. Consideran que la salud percibida es una evaluación dinámica, que tiene en cuenta la trayectoria de salud y no solo la salud actual en un momento temporal determinado. Asimismo, proponen que la salud percibida influencia la conducta que, consiguientemente, afecta al estado de salud. Por último, sugieren que la salud percibida refleja e incluso quizás afecta a los propios recursos o habilidad para hacer frente a las amenazas.

Capítulo 6

Justificación y Bases Teóricas de la Investigación: El Modelo Biopsicosocial

CAPÍTULO 6. Justificación y Bases Teóricas de la Investigación: El Modelo Biopsicosocial

“El ser humano se integra en su contexto [...] El soporte se hace mundo, y la vida existencia, a medida que crece la solidaridad entre la mente y las manos... Toda intervención en el mundo implica cierta comprensión”

Paulo Freire

6.1. Introducción.

6.2. El modelo biopsicosocial

6.3. Justificación de la investigación

6.1. Introducción

A lo largo del estudio teórico de la presente tesis, se ha adoptado una visión holista de la salud, reconociendo sus dimensiones biológica, psicológica y social en interrelación. Cómo ya se adelantaba en el capítulo 4 al definir la salud como integral, esta conceptualización de salud tiene sus bases teóricas en el modelo biopsicosocial, marco teórico de referencia de la presente tesis y que se expondrá en el presente capítulo.

El modelo biopsicosocial sienta las bases para justificar la investigación que se lleva a cabo en esta tesis, justificación que se detallará en el tercer apartado del presente capítulo.

6.2. El modelo biopsicosocial

La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) señalaba que ésta no consiste sólo en la ausencia de dolencia o enfermedad, sino también en la presencia de un “estado de completo bienestar físico, mental y social”, destacando de este modo la dimensión positiva de salud. Así, la conceptualización de salud dejaba de limitarse a los procesos de enfermedad e incluía los procesos de salud, reconociendo la influencia de los factores tanto físicos, como psicológicos y sociales.

De manera congruente con esta conceptualización de salud positiva y multidimensional, surgía el **modelo biopsicosocial** propuesto por George Engel (1977), que ofrecía un marco conceptual más comprensivo de la complejidad que caracteriza a los procesos de salud-enfermedad. Así, Engel (1977), reconociendo la importancia de los factores biológicos, psicológicos y sociales; como crítica al reduccionismo del modelo biomédico (que se centra en los factores biológicos y patogénicos de la enfermedad y en el dualismo mente-cuerpo) y como reacción a la ineficacia de otros modelos para explicar la complejidad asociada al concepto de salud, propuso un modelo que recogiera e integrase la interacción de dichos factores como determinantes principales de los procesos de salud-enfermedad.

Siguiendo a León-Rubio (2004), se puede considerar que la emergencia del modelo biopsicosocial supuso el paso de un modelo *patogénico* de salud a un modelo *salutogénico*, cuyas características básicas son las siguientes:

- Es integrador e interdisciplinario.

- En sus bases teóricas se halla la teoría general de sistemas. Así, el modelo enfatiza la importancia que tiene cada nivel (biológico, psicológico y social) para la salud, acentuando la multicausalidad. Los diferentes niveles están interrelacionados, y el sistema no es la suma de las partes sino el producto de los distintos factores en interacción. Por tanto, un cambio o desequilibrio en uno de los niveles, afecta a todo el sistema. De este modo, se evita el dualismo mente-cuerpo proponiendo su integración en un todo bidireccional.
- Toma el concepto de autorregulación, ya que cada sistema está orientado a alcanzar un equilibrio en su funcionamiento.
- La persona tiene un papel activo en lo que compete a su salud (responsabilidad). Se considera que la persona, y no sólo los profesionales de la salud, tiene recursos para la promoción, prevención y curación.
- Enfatiza tanto la salud como la enfermedad, ya que se tratan de dos aspectos de un mismo proceso. Desde esta perspectiva, la salud no es algo en oposición a la enfermedad.
- Prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Considera los procesos de salud-enfermedad como dinámicos y modificables.

El modelo biopsicosocial de Engel está basado en la teoría general de sistemas del biólogo austriaco Ludwing Von Bertalanfy (1957), que ofrece un marco conceptual en el que los aspectos sociales y biológicos de los seres vivos son integrados con las ciencias físicas. Se basa en que todos los fenómenos naturales son un conjunto de sistemas interrelacionados que comparten ciertas características fundamentales.

El punto de partida de la teoría de los sistemas fue la idea de que para alcanzar una comprensión más fiel al conjunto de la realidad, era necesario enfatizar el conocimiento de las relaciones entre los componentes. Se trataría de pensar en totalidades en lugar de en aspectos escindidos. De este modo, el concepto de sistema aparecía como un nuevo paradigma científico, posiblemente superador del paradigma analítico mecanicista y causal de la ciencia clásica (aunque no contrapuesto a él), insuficiente para dar cuenta de la complejidad que caracteriza a los fenómenos de las ciencias sociales y humanas. Así, la preocupación por un acercamiento más holista a la realidad desde estas ciencias, está relacionado con la complejidad de las interdependencias entre los elementos y los procesos (individuales, sociales, económicos, culturales, etc.). Por tanto, surgía la necesidad de crear nuevas formas de causalidades más sofisticadas y adaptadas a estas interdependencias. Además, a partir de cierto nivel de profundización del conocimiento sobre un área determinada, surgía la necesidad de reintroducirlo en conjuntos más amplios para poder comprender mejor su realidad (Urteaga, 2010).

López-Ibor (1999) define un sistema como un conjunto de unidades relacionadas de tal forma que cada una depende de otras y están organizadas de manera jerárquica. Así, cada sistema de un nivel superior contiene los elementos de un sistema anterior. Desde esta perspectiva, se puede deducir que la evaluación de un determinado estado de una persona requiere tener en consideración todas las unidades que conforman su sistema y la interrelación entre las unidades. La etiología lineal del modelo biomédico no abarcaría todos los componentes del sistema. De este modo, la idea de que los estados de salud y enfermedad en el ser humano se generan como resultado del ataque (o ausencia de ataque) de un agente microbiano al organismo, como propone el modelo biologicista, ha sido ampliamente superada. Así, si sólo se interviene o se piensa sobre

factores biológicos para comprender y tratar la salud y la enfermedad, se estarán obviando los factores y procesos psicosociales que participan.

El modelo biopsicosocial da cuenta de todos estos factores y de la compleja interrelación entre ellos, integrando las partes y el todo, donde las relaciones son bidireccionales y no unidireccionales y donde hay una relación lineal causa-efecto, sino multifactorial (véase Figura 5).

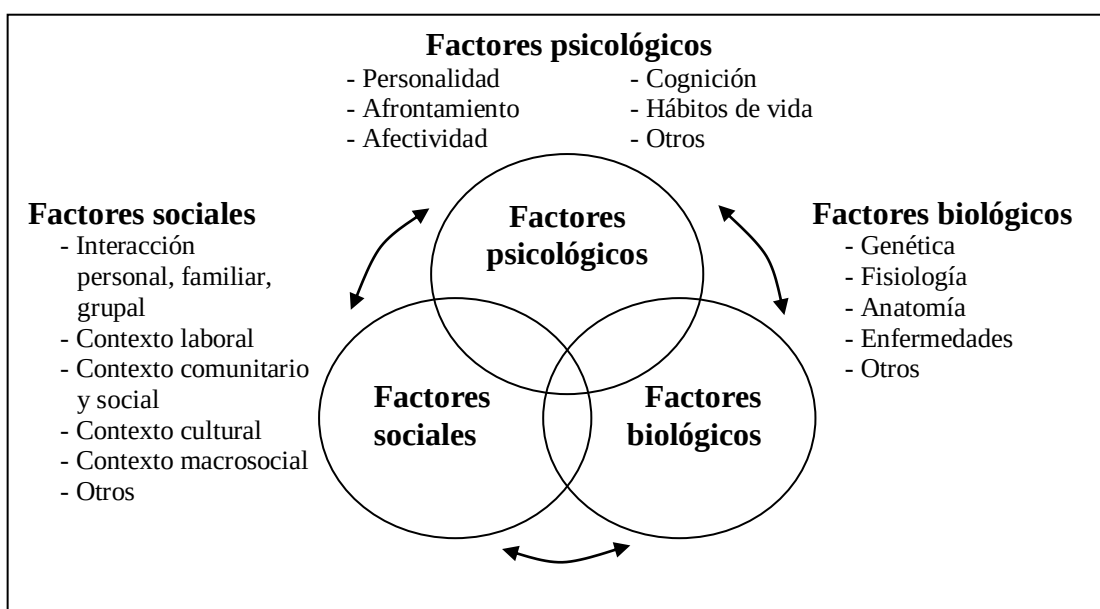


Figura 5. Representación gráfica del modelo biopsicosocial (Engel, 1977; Morrison y Bennett, 2008).

Así, al definir el término de salud integral (que alude a salud biopsicosocial), se ha señalado que el concepto de salud mental está implícito en el concepto de salud, no suponiendo conceptos dissociables. De este modo, la salud mental es más que la ausencia de trastorno mental. Por tanto, se puede concluir que la salud, entendida como el bienestar de un organismo, es producto de sus características estructurales (aspecto biológico), del ecosistema en el que está inmerso (aspecto social) y de la estructura

organizativa de su propia experiencia (aspecto psicológico), y se manifiesta a través del comportamiento que será adaptativo o saludable en función de dicha interacción (Santacreu, 1991). Además, la salud es un proceso dinámico a lo largo de la vida, por el que se atraviesan distintos periodos en los que su grado varía en el proceso continuo de salud-enfermedad.

En conclusión, la formulación del modelo biopsicosocial ha contribuido a la comprensión de la salud y la patología como un proceso multideterminado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Lo anterior ha supuesto un impulso para la investigación de los factores psicosociales asociados a la salud-enfermedad (León-Rubio, 2004; Santacreu, 1991), ya que el modelo sostiene que para comprender los resultados en el área de la salud-enfermedad, es preciso contemplar todos los procesos implicados y se deben medir los tres tipos de variables. Sin embargo, aún se observa una preferencia en la investigación por estudiar los factores de riesgo o los factores psicosociales en el curso de la enfermedad una vez adquirida, en lugar de los factores protectores y promotores de salud (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007; Herrera y Delgado, 2008). Es esta última línea de investigación la que sigue el presente estudio, tomando los programas de aprendizaje-servicio como agentes protectores y promotores de salud y adoptando como marco teórico de referencia el modelo biopsicosocial.

6.3. Justificación de la investigación

La investigación en torno a los efectos positivos de los programas de aprendizaje-servicio se ha centrado en el desarrollo académico, intelectual, social y personal de los estudiantes (p. ej., Arratia, 2008; Conway, Amel y Gerwien; 2009; Deeley, 2010), sin embargo, es un área escasamente investigada desde la perspectiva de las ciencias de salud en general, y de la salud mental en particular. Apenas se ha investigado el impacto de estos programas en variables psicológicas ni se ha comprobado su posible impacto en la salud física, esperable desde una comprensión biopsicosocial de la salud. Además, el hecho de que los hallazgos en la investigación sobre los efectos en la salud de la práctica de voluntariado, que comparte con el aprendizaje-servicio el componente de servicio solidario, evidencien un impacto positivo en la salud tanto física (p. ej., Chiang y Kwan, 2006; Moen, Dempster-McCain y Williams, 1993; Musick, Herzog y House, 1999; Oman, Thoresen y McMahon, 1999; Piliavin y Siegl, 2007; Poulin, 2013; Poulin et al., en prensa; Shmotkin, Blumstein y Modam, 2003; Van Willigen, 2000; Young y Glasgow, 1998), como psicosocial (p. ej., Black y Living, 2004; Li y Ferraro, 2005; MacNeela, 2008; Musick y Wilson, 2003; Piliavin y Siegl, 2007; Thoits y Hewitt, 2001), hacen sospechar que este impacto se pueda dar también a través de las experiencias de ApS. Estas investigaciones parten de la premisa de que las conductas de ayuda al otro son beneficiosas para el que las proporciona y no sólo para el que las recibe.

Sin embargo, el ApS añade elementos conceptual y cualitativamente distintos al voluntariado y otras prácticas de servicio comunitario, por lo que es preciso investigarlo de manera específica.

Así, en la presente tesis, se abordará la cuestión de los programas de ApS como posibles promotores de la salud integral de los estudiantes universitarios desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud, conceptualizando la salud como biopsicosocial. Se han seleccionado cinco variables de salud sobre las que se comprobará el impacto de un programa de ApS universitario. Las variables seleccionadas son: Bienestar Subjetivo, Ansiedad, Depresión, Adaptación Social y Salud Percibida. Se consideran estas variables como indicadores parciales de salud.

Por tanto, con la elección de estas variables de estudio, esta investigación complementa la literatura del ApS aportando la perspectiva de la psicología clínica y de la salud. Asimismo, esta tesis pretende promover la posibilidad de crear sinergias entre la salud mental y la educación, integrando los objetivos académicos, de desarrollo integral de los estudiantes y de responsabilidad social de las instituciones de educación superior. Por último, pretende contribuir a la propuesta de recursos eficientes para la promoción y protección de la salud de la población general, así como para la mejora de la comunidad y de la sociedad a través de la promoción de la cooperación, la participación, la corresponsabilidad y la justicia social.

SEGUNDA PARTE:
ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 7

Objetivos e Hipótesis

CAPÍTULO 7. Objetivos e Hipótesis

“La función intelectual de las dificultades es la de conducir a hombres y mujeres a pensar”
John Dewey

7.1. Objetivos

7.2. Hipótesis

7.1. Objetivos

Objetivo general

El objetivo general del presente estudio es **comprobar la mejora de la salud integral de los estudiantes universitarios a través de un Programa de Aprendizaje-Servicio.**

Objetivos específicos

- Comprobar el incremento en el nivel de bienestar subjetivo.
- Comprobar la disminución de los estados de ánimo depresivos.
- Comprobar la disminución de los niveles de ansiedad.
- Comprobar el aumento del nivel de adaptación social.
- Comprobar la mejora en el estado de salud percibido.

7.2. Hipótesis

Hipótesis general

Los estudiantes que realicen el Programa de Aprendizaje-Servicio de la Universidad de Deusto mejorarán su Bienestar Subjetivo, sus niveles de Ansiedad, de Depresión, de Adaptación Social y su Salud Percibida más que aquellos estudiantes que no realicen el Programa.

Hipótesis específicas

1ª Hipótesis: Los estudiantes que realicen el Programa aumentarán su Bienestar Subjetivo más que los que no lo realicen.

2ª Hipótesis: Los estudiantes que realicen el Programa presentarán menor nivel de Depresión en comparación con los que no lo realicen.

3ª Hipótesis: Los estudiantes que realicen el Programa presentarán menor nivel de Ansiedad en comparación con los que no lo realicen.

4ª Hipótesis. Los estudiantes que realicen el Programa presentarán mayor nivel de Adaptación Social en comparación con los que no lo realicen.

5ª Hipótesis. Los estudiantes que realicen el Programa informarán de una mejor Salud Percibida en comparación con los que no lo realicen.

Capítulo 8

Metodología

CAPÍTULO 8. Metodología

“La ciencia y la tecnología, en la sociedad revolucionaria, deben estar al servicio de la liberación permanente de la humanización del hombre”

Paulo Freire

8.1. Participantes

8.2. Diseño

8.3. Variables

8.3.1. Variables dependientes

8.3.2. Variable independiente. Programa de Aprendizaje-Servicio

8.3.3. Variables extrañas

8.4. Instrumentos

8.5. Procedimiento

8.6. Análisis de datos

8.1. Participantes

La **población** a la que pertenece la muestra de la presente investigación incluye a la población universitaria que realiza sus estudios de 2º de grado en el campus de Bilbao de la Universidad de Deusto (Bizkaia) (Figura 6).

El **criterio de inclusión** para formar parte de la muestra del estudio fue ser alumno de cualquier facultad de la Universidad de Deusto que estuviera cursando 2º de grado, curso en el que es ofertado el Programa de Aprendizaje-Servicio. Los **criterios de exclusión** fueron no aceptar participar en el estudio o no firmar el consentimiento informado.



Figura 6. Universidad de Deusto. Campus de Bilbao (Bizkaia).

La muestra final fue conformada por **234 estudiantes** que se encontraban presentes en las aulas universitarias en el momento de las mediciones, en el transcurso de clases correspondientes al Programa de ApS (Grupo Experimental) o a asignaturas troncales de 2º de grado de las cinco facultades de la Universidad (Grupo Control). De este modo, se posibilitó que todos los alumnos inscritos en el Programa tuvieran la opción de participar en el estudio (Grupo Experimental) y, a través de la selección de asignaturas troncales de las cinco facultades, se buscó que todos los alumnos de 2º de grado tuvieran posibilidad de acceder al estudio. Así, dada la especificidad y la homogeneidad de los grupos de estudio, se empleó un muestreo intencional. Dado que no era posible extraer el Grupo Experimental aleatoriamente de la muestra general, la homogeneidad de las condiciones iniciales no puede garantizarse *a priori*; pero los análisis intergrupos en el pre-test determinan que no hay diferencias significativas entre el Grupo

Experimental y el Grupo de Control inicialmente en todas las variables observadas (véase Apartado 9.5).

Hubo mortandad experimental entre las mediciones pre-test (al inicio de curso, antes de que el Grupo Experimental realizara el Programa) y post-test (al final de curso, después de que el Grupo Experimental realizara el Programa), según queda recogido en la Figura 7. De los 396 participantes de la muestra inicial, sólo 234 completaron los datos en ambas mediciones, por lo que se perdió un total de 162 participantes (41%) (39 del Grupo Experimental, 28.5%; 123 del Grupo Control, 47.5%), lo que generó una mayor desigualdad que la prevista entre la distribución por facultades obtenida.

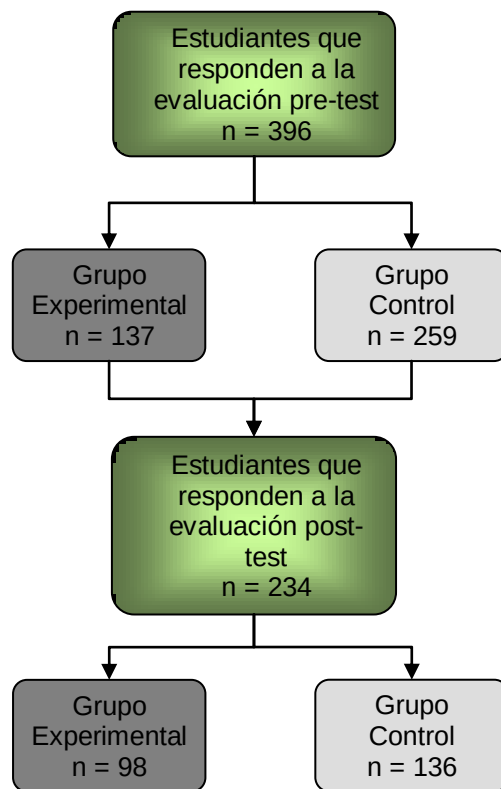


Figura 7. Pérdida de la muestra.

Así, el **total de la muestra** del presente estudio está compuesta por 146 mujeres (62.4%) y 88 hombres (37.6%), con un rango de edad comprendido entre los 18 y los 25 años. La media de edad es de 19.21 años ($DT = 0.96$). En cuanto a la distribución por facultades, se puede observar en la Figura 8 que la mayor concentración corresponde a la Facultad de Empresariales (82 participantes), seguida de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación (59 participantes) y de la Facultad de Derecho en tercer lugar (39 participantes). Las Facultades de Ciencias Sociales y Humanas (29 participantes) e Ingeniería (25 participantes) ocupan el cuarto y quinto lugar, respectivamente.

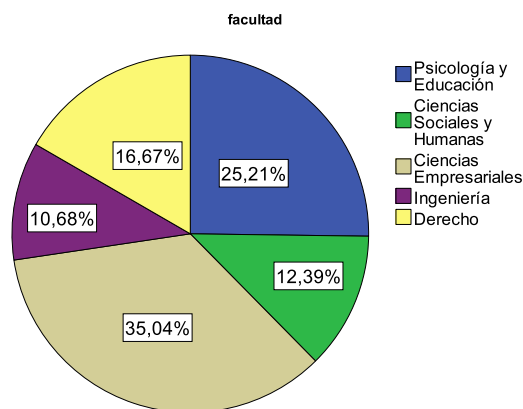


Figura 8. Distribución por facultades en el total de la muestra.

El conjunto de la muestra se distribuye en dos grupos en base al Programa de ApS: estudiantes inscritos en el Programa (Grupo Experimental) y estudiantes no inscritos en el Programa (Grupo Control).

El **Grupo Experimental** está constituido por alumnos inscritos en el Programa de Aprendizaje-Servicio: 98 alumnos. Dentro de este grupo se encuentran 64 mujeres (65.3%) y 34 hombres (34.7%). El rango de edad del grupo está comprendido entre los 18 y 25 años, con una edad media de 19.2 ($DT = 0.97$).

El Programa de ApS cuenta con dos modalidades, Participación Social y Valores, que han cursado un total de 76 participantes del Grupo Experimental (77.6%) y Desarrollo Global y Migraciones, que han cursado un total de 22 participantes de este grupo (22.4%).

El **Grupo de Control** está formado por un conjunto de 136 alumnos comparable, pertenecientes al mismo curso (2º de grado) y a las mismas facultades de origen, pero no matriculados en las asignaturas de ApS. Dentro de este grupo se encuentran 82 mujeres (60.3%) y 54 hombres (39.7%), con un rango de edad entre los 18-25 años, siendo la edad media de 19.22 ($DT = 0.94$).

Con respecto a la distribución por facultades del Grupo Experimental (Figura 9) y Grupo Control (Figura 10) se puede observar que las facultades de Psicología y Educación y Ciencias Empresariales son las que cuentan con una mayor concentración tanto en el Grupo Experimental (31.63% y 25.51% respectivamente) como en el Grupo de Control (20.59 y 41.91% respectivamente). Las facultades de Derecho e Ingeniería obtienen una proporción similar en ambos grupos, mientras que la proporción de la facultad de Ciencias Sociales y Humanas es menor en el Grupo de Control (8.09 %, frente al 18.37% en el Grupo Experimental).

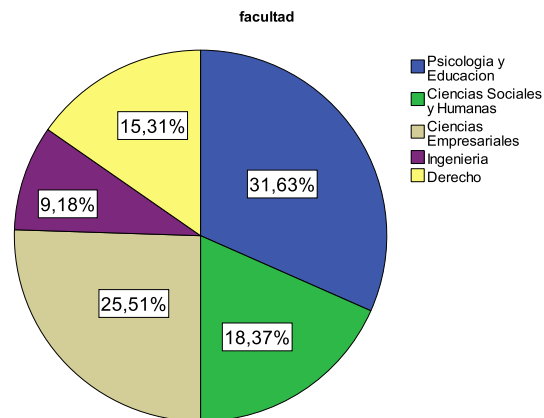


Figura 9. Distribución por facultades del Grupo Experimental.

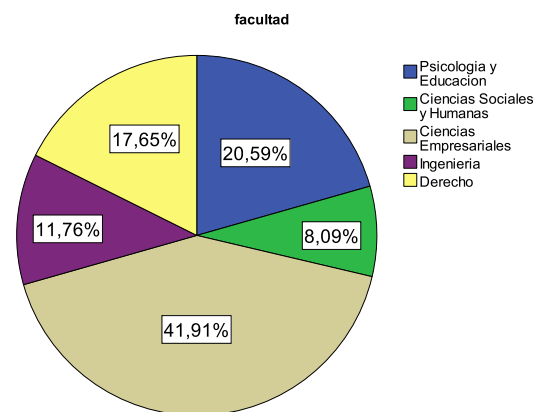


Figura 10. Distribución por facultades del Grupo Control.

8.2. Diseño

El diseño del estudio es cuasi-experimental con grupo de control no equivalente, unifactorial, multivariado, con medidas pre y post-test. Se evaluaron las variables dependientes, previa y posteriormente a la intervención con el Programa de Aprendizaje-Servicio. En la Tabla 17 se ofrece una representación del diseño.

Tabla 17

Representación del diseño del estudio

Grupos	Medidas pre-programa	Programa experimental	Medidas post-programa
Experimental	O ₁	X	O ₂
Control	O ₁	-	O ₂

El diseño se considera unifactorial ya que se evalúa un único factor: Programa de ApS. Es multivariado, al estudiarse varias variables dependientes: Bienestar Subjetivo, Ansiedad (Estado y Rasgo), Depresión, Adaptación Social y Salud Percibida. Es cuasiexperimental con grupo de control no equivalente porque la asignación a los grupos no ha sido aleatoria, sino que los grupos ya estaban formados en base a la realización o no del Programa (Alaminos y Castejón, 2006). Es intergrupo al haber dos grupos independientes: un Grupo Experimental que realiza el Programa y un Grupo de Control que no lo realiza.

8.3. Variables

8.3.1. Variables dependientes

Las variables dependientes utilizadas en esta investigación están constituidas por variables de salud identificadas en la literatura revisada que se han relacionado con la práctica de actividades formales de ayuda. Éstas son:

- **Bienestar Subjetivo:** Hace referencia al grado en que las personas manifiestan estar subjetivamente satisfechas con su vida.

■ **Ansiedad:**

- **Ansiedad** como **Estado**: Hace referencia a un estado o condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

- **Ansiedad** como **Rasgo** de personalidad: Hace referencia a una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su Ansiedad-Estado.

■ **Depresión**: Hace referencia a la presencia de sintomatología depresiva y a su intensidad o gravedad.

■ **Adaptación Social**: Hace referencia a la percepción de la persona de su funcionamiento social en las siguientes áreas de la vida: trabajo, familia, ocio, relaciones sociales, motivación e intereses.

■ **Salud Percibida**: Hace referencia a la percepción del propio estado de salud a nivel físico y psicosocial.

8.3.2. Variable independiente. Programa de Aprendizaje-Servicio

La variable independiente del presente estudio es un **Programa de Aprendizaje-Servicio** que se desarrolla en la Universidad de Deusto a lo largo de un curso académico. El Programa se desarrolla en el marco de dos asignaturas encuadradas en la

metodología de ApS, bajo los epígrafes de “*Participación Social y Valores*” (PSV) y “*Desarrollo Global y Migraciones*” (DGM).

Las asignaturas forman parte del módulo de *Formación Humana en Valores*, destinado a alumnos de todas las titulaciones de la Universidad de Deusto y orientado a asegurar la formación integral de los estudiantes como personas, profesionales y ciudadanos. Las asignaturas se centran de forma específica en el desarrollo de actitudes y valores como la apertura a la realidad social en todas su complejidad y la sensibilidad hacia la injusticia global, la exclusión social y la situación de las personas víctimas de esa realidad.

Específicamente, las asignaturas del Programa de ApS tienen como elemento central la participación de los estudiantes en un servicio solidario, destinado a cubrir necesidades reales de la comunidad, planificado institucionalmente en forma integrada con el currículum y centrado en valores y actitudes.

La estructura de ambas asignaturas es fundamentalmente la misma, motivo por el cual se puede considerar que conforman un único Programa. La diferencia reside en el ámbito y colectivo con el que los estudiantes desarrollan su actividad, y en consecuencia, en algunos contenidos específicos. Así, en la asignatura de DGM, las actividades que los estudiantes desarrollan en los centros consisten en la realización de tareas de educación y cooperación para el desarrollo y de apoyo a personas refugiadas y migrantes. En la asignatura de PSV, los ámbitos de actuación son más variados, abarcando ámbitos como la discapacidad, salud física o psíquica, tercera edad, infancia o drogodependencias. En la Tabla 18 se exponen las unidades didácticas que ofrece cada asignatura, pudiendo observar que sólo difieren en la Unidad 3, que en DGM se

dedica específicamente a las Migraciones y Desarrollo, mientras que en PSV a la Inclusión-Exclusión Social.

Tabla 18

Unidades didácticas de las asignaturas que constituyen el Programa de Aprendizaje-Servicio.

Desarrollo Global y Migraciones	
UNIDAD 1	Introducción al aprendizaje y servicio solidario.
UNIDAD 2	Habilidades sociales - Comunicación interpersonal. La escucha activa. Estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos.
UNIDAD 3	Migraciones y Desarrollo. La realidad de la injusticia en el mundo. Migraciones, ciudadanía y convivencia.
UNIDAD 4	Acción social, participación, voluntariado y desarrollo profesional.
Participación Social y Valores	
UNIDAD 1	Introducción al aprendizaje y servicio solidario.
UNIDAD 2	Habilidades sociales - Comunicación interpersonal. La escucha activa. Estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos.
UNIDAD 3	Inclusión y exclusión social.
UNIDAD 4	Acción social, participación, voluntariado y desarrollo profesional.

Objetivos del Programa

- **El objetivo general** del Programa es ofrecer a los estudiantes una experiencia de participación social directa y de reflexión en torno a la realidad de la injusticia global y los efectos sobre la personas y los pueblos, vinculada a contenidos específicos, que permita alcanzar el objetivo de la formación y desarrollo integral como personas, profesionales y ciudadanos, competentes y comprometidos con los valores de la UD y con los principios deontológicos (Gorbeña et al., 2006).

■ Los **objetivos específicos** del Programa siguen a continuación:

- Ofrecer a los participantes la oportunidad de tener un contacto cercano y personal con los problemas personales y sociales de los colectivos más desfavorecidos.
- Contar con un cauce y metodología eficaces para la formación en valores, favoreciendo la percepción de que la Universidad ofrece algo más que un título universitario.
- Fortalecer el servicio que la UD ofrece a la sociedad y su integración en su entorno más inmediato.
- Reconocer la existencia de colectivos sometidos a discriminación y marginación y fomentar actitudes de compromiso hacia ellos.
- Implicar a toda la comunidad universitaria en un proyecto solidario.
- Fomentar entre todos los miembros de la comunidad universitaria de la UD (alumnado, profesorado, investigadores, licenciados/graduados, colaboradores de centros y empresas) el interés por temas sociales que promueva la investigación en estos campos.
- Reconocer y reflexionar en torno a la realidad de la injusticia global y los efectos sobre las personas y los pueblos.

■ Desde el punto de vista del alumnado el Programa **promueve**:

- La reflexión personal sobre el propio mundo de valores.
- El compromiso activo con la realidad de los colectivos más desfavorecidos y el desarrollo de una conciencia social y actitud solidaria.

- El desarrollo de habilidades personales relacionadas con la empatía y compasión ante el sufrimiento y dolor ajeno.
- La capacidad de análisis de la realidad desde las distintas disciplinas de conocimiento.
- El afianzamiento de un sentido de responsabilidad cívica como futuro profesional.

■ Así, el Programa permite la adquisición de las siguientes **competencias genéricas**:

- Diversidad e interculturalidad. Nivel 1: Comprender la diversidad cultural y social como un fenómeno humano e interactuar desde el respeto a personas diferentes.
- Diversidad e interculturalidad. Nivel 2: Aceptar y comprender las afiliaciones culturales y/o sociales como relaciones estructurales, volitivas y razonables de la condición humana.
- Sentido ético. Nivel 1: Identificar, reconocer y aplicar la personalidad moral y los principios éticos.

■ Y de las siguientes **competencias específicas**:

- Reflexionar sobre la realidad a partir de la experiencia para desarrollar una conciencia social y una actitud solidaria.
- Realizar acciones con colectivos desfavorecidos que fomenten la igualdad de derechos y oportunidades y la diversidad para promover una realidad igualitaria e inclusiva.

Características del Programa

a) Estructura

El Programa consta de cinco elementos principales que se detallan a continuación.

- **Realización de un servicio solidario** que se basa en una experiencia de participación directa, no profesional, en torno a determinadas realidades sociales de personas en situación/riesgo de exclusión social o con dificultades especiales. Así, los estudiantes asisten a un centro, institución, ONG o servicio concreto donde el tipo de servicio solidario a desarrollar es muy variado en función del mismo. En la asignatura de PSV, el servicio solidario comprende actividades como el apoyo a grupos, acompañamiento a personas concretas, apoyo en determinadas áreas de la vida o colaboración en campañas de sensibilización; con colectivos de tercera edad, salud física, salud mental, infancia o discapacidad intelectual, entre otros. En el caso de DGM, el servicio se basa en actividades de educación y cooperación al desarrollo y de apoyo a personas refugiadas e inmigrantes. En todos los casos, hay una persona de la entidad que supervisa y tutoriza la actividad de los estudiantes. El servicio se realiza en el régimen de compromiso acordado entre el centro, el alumno y la Universidad, completando un total de 100 horas.

- **Participación en un grupo universitario de reflexión.** Durante el curso, los alumnos forman parte de un grupo pequeño de estudiantes (12-16 alumnos) que realizan su participación en distintos centros, conducido por un profesor-tutor. Los objetivos son favorecer el intercambio de experiencias; realizar un seguimiento de los alumnos a lo largo del proceso; conocer y trabajar las dificultades que los estudiantes puedan estar experimentando en el ejercicio de su servicio solidario y

favorecer así la reflexión sobre el impacto de la experiencia en su mundo de valores, en su desarrollo personal y profesional y sobre sus implicaciones sociales.

- **Actividades formativas en la Universidad**, mediante seminarios de formación, talleres, dinámicas grupales y trabajos personales. A lo largo del curso se organizan diferentes formaciones sobre temas vinculados con las habilidades sociales (comunicación interpersonal, escucha activa y estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos) y con los procesos de inclusión y exclusión social (PSV) o con aspectos relacionados con migraciones y cooperación al desarrollo (DGM). Además, cada unidad didáctica lleva asociada un trabajo personal que los estudiantes trabajan de forma tanto individual como grupal a través de los grupos de reflexión en el aula. Los objetivos de estas actividades formativas son proporcionar herramientas que favorezcan y conecten los aprendizajes y el desempeño del servicio, así como la reflexión personal sobre las implicaciones éticas, personales y sociales de la experiencia.
- **Elaboración de una memoria final** de la experiencia que integre los resultados de aprendizaje logrados y la aportación personal realizada en el servicio solidario, junto con la reflexión personal y la lectura de la realidad en clave educativa.
- **Tutorías individuales**. Los alumnos disponen de tutorías obligatorias y optativas con su profesor-tutor, para supervisar la experiencia y el aprendizaje del alumno y para trabajar la posible existencia de dificultades o necesidades que requieran de una atención más personalizada. Para ello, se reservan algunos días del calendario.

b) Duración y distribución horaria

El Programa se prolonga durante un curso académico completo, comprendiendo el periodo lectivo de septiembre a mayo. El total medio de horas que los alumnos invierten en el Programa es de unas 150 horas (100 horas en los centros y 50 horas de seguimiento, formación y trabajo personal en la Universidad). La asistencia a los centros se realiza siempre en horario compatible con el horario lectivo.

Para las actividades formativas y grupos de reflexión en la Universidad, se reserva una hora y media semanal en el horario lectivo del curso. La asistencia al centro durante el período de exámenes es algo a negociar entre el centro y el alumno, aunque se aconseja respetar al máximo este intervalo para la adecuada preparación de los exámenes.

En la Tabla 19 se puede observar la distribución detallada de los tiempos del Programa.

Tabla 19

Distribución horaria de las actividades del Programa

	Actividades	Horarios
Dentro del Aula	Exposición del profesor	6 h 30'
	Talleres	10 h
	Reflexión y trabajo en grupos	9 h
	Tutorías	1 h
	Participación en los centros	100 h
Fuera del Aula	Elaboración de la memoria	16 h
	Trabajo personal	7 h 30'

c) Agentes

Cada alumno dispone una persona de referencia en la Universidad (profesor-tutor de Universidad) y una persona de referencia en el centro (tutor de centro), que están en contacto a lo largo del curso realizando el seguimiento y acompañamiento del alumno.

El equipo de profesores-tutores en la Universidad es multidisciplinar y está integrado por profesionales de todas las facultades de la Universidad.

Respecto a los centros, cualquier servicio capaz de acoger este tipo de iniciativa puede participar. Para ello, se firman convenios de colaboración entre los centros y la Universidad.

d) Normativa

El Programa se rige por una normativa que queda recogida a continuación:

- **Acceso:** Los alumnos matriculados en el segundo curso tienen posibilidad de acceder al Programa.
- **Admisión y adjudicación de centro:** Los alumnos deben matricularse en la asignatura en los plazos señalados. El equipo de la asignatura adjudica a cada alumno una plaza según los intereses del alumno y los centros disponibles.
- **Requisitos del Programa:** El alumno participante debe cumplir el acuerdo establecido entre la Universidad y el centro, en cuanto a horas y a actividades se refiere. Para superar la asignatura se requiere:
 - La asistencia a las actividades formativas de la asignatura.
 - La asistencia al centro según los términos acordados.

- La asistencia y participación activa en los grupos de reflexión en la Universidad.
- La asistencia a las tutorías individuales obligatorias.
- La elaboración de los trabajos personales correspondientes a cada Unidad Didáctica.
- La realización de una memoria final.
- El cumplimiento de los principios de Código Deontológico de la profesión, de la presente normativa y de la normativa del centro en el que participen.

e) Evaluación y reconocimiento

La evaluación se realiza por todas las partes implicadas. Específicamente, la evaluación se distribuye de la siguiente manera:

- Evaluación por parte del tutor del centro: 20%
- Evaluación por parte del profesor-tutor en los grupos de reflexión: 32%
- Evaluación del profesor-tutor del trabajo escrito realizado por el alumno en cada Unidad Didáctica: 18%
- Memoria final: 30%

El cumplimiento satisfactorio de todos los requisitos permite la superación de la asignatura y la obtención de los créditos asignados. El incumplimiento de los requisitos supone la no superación de la asignatura.

f) Relaciones institucionales

Para garantizar y sistematizar el compromiso de las partes intervinientes en el Programa, se firman convenios bipartitos entre los centros participantes y la

Universidad. En dicho convenio se especifica la relación institucional entre ambas entidades. En él se recoge:

- El reconocimiento del centro como centro colaborador en las asignaturas de *Participación Social y Valores / Desarrollo Global y Migraciones* de la UD y de la persona responsable de los alumnos como colaboradora de la asignatura.
- El compromiso del centro de acoger a un número, previamente acordado, de alumnos según el calendario consensuado entre las partes y de ofrecer un programa de actividades acorde con la filosofía y metodología de este Programa.
- La existencia de mecanismos y procedimientos de seguimiento y coordinación entre centro y Universidad para la buena marcha de la experiencia y la supervisión de los alumnos.
- La cobertura del Programa mediante los seguros pertinentes.
- El reconocimiento de que no existe relación laboral o contractual alguna entre el alumno y el centro.

8.3.3. Variables extrañas

- Sexo. Consideramos que se ha podido controlar al haber obtenido una distribución similar en ambos grupos (Grupo Experimental: 65.3% mujeres; 34.7% hombres; Grupo Control: 60.3% mujeres; 39.7% hombres). Esta distribución es similar a la de la población universitaria de la UD y a las asignaturas de la modalidad de

Aprendizaje-Servicio, donde hay un predominio del sexo femenino sobre el sexo masculino.

- Edad. Se ha podido controlar al haber obtenido prácticamente la misma media en ambos grupos (edad media del Grupo Experimental: 19.20, $DT = 0.97$; edad media del Grupo Control: 19.22, $DT = 0.94$).
- Realización previa de actividades de voluntariado. No se ha obtenido una distribución homogénea entre ambos grupos (Grupo Experimental: 49%; Grupo Control: 25%), por lo que se tratará de comprobar su influencia en las variables dependientes en el análisis de datos.
- Facultad de origen. No se ha obtenido una distribución homogénea entre ambos grupos, sin embargo, siguen un patrón similar (véanse Figuras 8 y 9).

8.4. Instrumentos

Con la finalidad de medir las variables dependientes, se administraron cinco instrumentos de evaluación con garantías psicométricas de fiabilidad y validez.

Para medir el **Bienestar Psicológico Subjetivo** se utilizó la *Escala de Bienestar Psicológico (EBP)* de José Sánchez-Cánovas (Sánchez-Cánovas, 2007) que consta de cuatro subescalas de las que se obtiene una medida global de Bienestar Psicológico. No obstante, para los fines de esta investigación, se aplicaron dos subescalas: Bienestar Psicológico Subjetivo, que valora la satisfacción personal de la vida; y Bienestar Material, que valora la percepción subjetiva de la persona de su bienestar material. A pesar de que la variable objeto de estudio de la presente investigación es la de Bienestar

Psicológico Subjetivo, ambas subescalas deben ser aplicadas conjuntamente, aunque se analizan por separado. Ambas subescalas están configuradas por un total de 40 ítems en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta. A mayor puntuación, mayor percepción subjetiva de bienestar.

La consistencia interna de la prueba es elevada para ambas subescalas. El coeficiente alpha de Cronbach para Bienestar Psicológico Subjetivo es de .93, y de .90 para Bienestar Material (Sánchez-Cánovas, 2007).

Para obtener una medida del nivel de **Depresión** de los participantes se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), en la versión adaptada y validada al castellano por Conde y Useros (1975). La versión utilizada consta de 21 ítems que evalúan la intensidad o gravedad del síndrome depresivo. Cada ítem tiene múltiples opciones de respuesta, que oscilan entre cuatro y ocho alternativas. A cada respuesta se le asigna una puntuación entre 0 y 3, indicando la presencia o no del síntoma y su severidad, representando el 0 la no presencia del síntoma y el 3 su máximo grado de intensidad. La persona ha de escoger la afirmación que más se aproxime a su situación actual. El inventario proporciona una puntuación total, obtenida de la suma de las puntuaciones de todos los ítems. No obstante, no tiene puntos de corte establecidos, sino que proporciona puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión.

La prueba presenta una consistencia interna (alpha de Cronbach) de .86 y una fiabilidad test-retest es de .75 (Conde y Useros, 1975).

Para medir los niveles de **Ansiedad** se utilizó el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982). El inventario está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. La primera, Ansiedad como Estado, consiste en 20 afirmaciones, de tipo Likert con cuatro opciones, en las que se indica a los participantes como se sienten en un momento dado. La puntuación de los ítems oscila entre 0 y 3, y los criterios operativos se establecen según la intensidad (0, nada; 1 algo; 2 bastante; 3 mucho). En algunos ítems se invierte la puntuación asignada a la intensidad (3, nada; 2, algo; 1, bastante; 0, mucho).

La escala de Ansiedad como Rasgo, también consiste en 20 afirmaciones, de tipo Likert con cuatro opciones, sin embargo en ésta se les pide a los participantes que describan como se sienten generalmente. Así, la puntuación de los ítems, que también oscila entre 0 y 3, se basa en la frecuencia de presentación (3, casi nunca; 2, a veces; 1, a menudo; 0, casi siempre). En algunos ítems es necesario invertir la puntuación (3, casi nunca; 2, a veces; 1, a menudo; 0, casi siempre).

La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y de la edad.

La adaptación española utilizada en el presente estudio presenta una buena consistencia interna en ambas escalas, con unos índices de entre .90 y .93 en Ansiedad-Estado, y de entre .84 y .87 en Ansiedad-Rasgo. Los valores de fiabilidad calculada por

el procedimiento de las dos mitades alcanzan un valor de .94 en Ansiedad-Estado, y de .86 en Ansiedad-Rasgo.

Para medir el nivel de **Adaptación Social** se empleó la *Escala Autoaplicada de Adaptación Social (Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS)* (Bosc, Dubini y Polin, 1997). La escala consta de 21 ítems que evalúan la percepción de la persona de su funcionamiento social. Específicamente, exploran el funcionamiento en las siguientes áreas de la vida: trabajo, familia, ocio, relaciones sociales y motivación/intereses. El participante ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert con cuatro niveles de respuesta que van desde 0 (el peor funcionamiento) a 3 (el mejor funcionamiento), teniendo el momento actual como marco de referencia temporal. La escala proporciona una puntuación total, sumatoria de todos los ítems, que oscila entre 0 y 60, ya que hay dos ítems mutuamente excluyentes donde el participante responde a uno de ellos en función de si tiene ocupación remunerada o no. Los autores proponen que los valores inferiores a 25 son indicativos de desadaptación social, mientras que los superiores a 55 indican “superadaptación” patológica. Los valores entre 25 y 52 indican normalidad.

La validación de la SASS se ha llevado a cabo en pacientes con depresión y en población general, obteniéndose propiedades psicométricas adecuadas. La validación original obtuvo una consistencia interna (alpha de Cronbach) de .74 (Bosc, Dubini y Polin, 1997). La versión en español utilizada en el presente estudio ha sido validada en población española con pacientes con depresión (Bobes et al., 1999) obteniendo una consistencia interna de .88. Asimismo, la escala ha obtenido unas adecuadas

propiedades psicométricas con población adolescente no clínica española (Fonseca-Pedrero et al., 2008).

Para obtener la medida de **Salud Percibida** se empleó el Cuestionario de salud SF-36 (*Short Form 36 Health Survey*) (Ware y Sherbourne, 1992), que ofrece una medida multidimensional del estado de salud percibido, esto es, la persona valora su propio estado de salud según la percibe.

Fue desarrollado originalmente en Estados Unidos para su uso en el Estudio de Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study-MOS*) y ha sido posteriormente adaptado para su uso en varios países europeos mediante el proyecto internacional de traducción y adaptación del cuestionario original (*Internacional Quality of Life Assessment – IQOLA- Project*) (Ware, Gandek y IQOLA Project Group, 1994), a través del cual ha sido adaptado en España por Alonso, Prieto y Antó (1995). Su uso internacional, su simplicidad y robustez psicométrica hace de este instrumento uno de los más utilizados para obtener un índice de salud, y se utiliza tanto con población clínica como con población general. El instrumento ha mostrado en diferentes estudios españoles una buena discriminación, aportando suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad tanto con grupos específicos como con población general como la referente en la presente tesis (Alonso, Prieto y Antó, 1995; Ayuso-Mateos, Lasa, Vázquez-Barquero, Oviedo y Díez-Manrique, 1999; Iraurgi, Poo y Alonso, 2004).

El cuestionario consta de 36 ítems que se agrupan en ocho subescalas que exploran aspectos tanto positivos como negativos de salud a nivel físico y mental. Además, las ocho dimensiones se agrupan a su vez en dos medidas resumen o sumarias: una es la suma del estado de salud física y otra el estado de salud mental (Tabla 20). No

proporciona una puntuación global, sino un perfil de salud percibida con las puntuaciones de cada subescala o dimensión. Los ítems se puntúan con escalas tipo Likert de rango variable, desde dos valores hasta seis. Existe un ítem que no puntúa en ninguna de las escalas y que evalúa la percepción del estado de salud actual con respecto al año anterior (Estado de Transición, ET).

Tabla 20

Subescalas del Cuestionario de Salud SF-36

Medidas sumarias	Dimensiones	Nº de ítems	Descripción
Componente de Salud Física	Función Física (FF)	10	Evalúa el grado en que la salud de la persona limita una serie de actividades físicas, tales como ejercicios intensos, caminar, etc.
	Rol Físico (RF)	4	Evalúa hasta qué punto los problemas de salud física interfieren en el funcionamiento ocupacional de la persona.
	Dolor (D)	2	Evalúa tanto el grado del dolor como la interferencia que produce en la vida de la persona.
	Salud General (SG)	5	Evalúa la percepción personal del estado de salud, así como a una serie de creencias respecto a la misma.
Componente de Salud Mental	Vitalidad (V)	4	Valora el nivel de fatiga y energía de la persona.
	Función Social (FS)	2	Explora las limitaciones en la vida sociofamiliar por problemas de salud.
	Rol Emocional (RE)	3	Evalúa hasta qué punto los problemas emocionales interfieren con el funcionamiento ocupacional de la persona.
	Salud Mental (SM)	5	Evalúa el estado de salud mental general de la persona durante el último mes.

Las puntuaciones obtenidas en cada dimensión son transformadas en una escala de recorrido de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), de modo que una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud

percibido. Se recomienda que este procedimiento se lleve a cabo utilizando los algoritmos de puntuación documentados (Ware, Snow, Kosnki y Gardeck, 1993; IMIM, 2005) o bien el software disponible (Health Outcomes Scoring Software, 4.0), opción empleada en la presente tesis

La administración del cuestionario es preferentemente autoaplicada. El tiempo de aplicación oscila entre los 5-10 minutos y el marco de referencia temporal es el actual.

La validez de la versión española ha sido analizada en población general por Ayuso-Mateos et al. (1999), obteniendo una consistencia interna (alpha de Cronbach) alta en las 8 dimensiones, oscilando en un rango de entre .70 en la dimensión *Dolor* a .90 en la dimensión de *Función Física*. Asimismo, existen normas poblacionales españolas de referencia de la versión utilizada. Estos valores fueron obtenidos a partir de las respuestas al cuestionario de 9151 españoles adultos, obteniendo valores muy similares a los de EEUU, con un patrón equivalente por grupos de edad y género. (Alonso et al., 1998). También existen valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca (Anaitua y Quintana, 1999).

8.5. Procedimiento

Hubo dos momentos de medición, al inicio del curso académico 2011-2012, coincidiendo con el inicio del Programa de Aprendizaje-Servicio (octubre 2011) y al final de curso (mayo 2012), coincidiendo con la finalización del Programa. En ambos se siguió el mismo procedimiento.

Para obtener la muestra correspondiente al Grupo Experimental, se solicitó la participación voluntaria en el estudio a los alumnos inscritos en el Programa, en el transcurso de una de las clases de las asignaturas de Aprendizaje-Servicio. Para administrar los instrumentos, se contó con la colaboración del equipo docente del Programa, que previa instrucción por parte de la investigadora principal, aplicaron los instrumentos a su respectivo grupo de alumnos en el mismo día y horario.

Para obtener los participantes que conformarían el Grupo Control, la misma evaluadora solicitó, en cada facultad, la participación voluntaria en el estudio a los alumnos presentes en el aula en el transcurso de una asignatura troncal.

Los alumnos que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado (véase Anexo 1), recibieron las instrucciones para la cumplimentación de los instrumentos de forma tanto oral como escrita. Los participantes completaron los instrumentos de forma colectiva y anónima en una única sesión de aproximadamente 30 minutos (aunque no se fijó un límite de tiempo) acompañados por el mismo evaluador en ambas mediciones.

Aun siendo anónima la identidad de cada participante, fue necesario crear un código para unir los datos de las mediciones pre-test y post-test. Para ello, se les pidió facilitar los cuatro últimos números del teléfono móvil para conformar el código, que fue recogido en un cuestionario de información general en el que, además, se les pidió completar datos con respecto a la edad, el género y la realización previa o adicional de actividades de voluntariado independientes al Programa.

Además, se les proporcionó la dirección de correo electrónico de la evaluadora/investigadora y de la directora de la tesis para cualquier aclaración o información adicional, y para dar una devolución de los resultados a los alumnos que lo solicitasen.

8.6. Análisis de datos

Para realizar el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS en sus versiones 17.0 y 20.0. A continuación se presentan y justifican los análisis de datos empleados, completando sus objetivos en la introducción del siguiente capítulo “Resultados”.

En primer lugar, se realizó un **análisis descriptivo y exploratorio de las variables dependientes** objeto de estudio. La **normalidad** de cada variable dependiente se comprobó mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov y la **homocedasticidad** mediante la prueba Levene. A pesar de la no normalidad hallada en todas las variables, se emplearon contrastes paramétricos (*T* de *Student*) ya que son más potentes estadísticamente que los contrastes no paramétricos y el cumplimiento del supuesto de normalidad en la *prueba T*, aunque es un supuesto esencial para la demostración de su validez, se puede obviar ya que se ha demostrado empíricamente que esta prueba funciona muy bien para muestras grandes, como las del presente estudio, aunque no haya normalidad (Newbold, Carlson y Thorne, 2008). No es el caso de las pruebas paramétricas de homogeneidad de varianzas, por lo cual no son fiables en este estudio y, consiguientemente, la *prueba T* sólo podrá interpretarse en el caso de que lleve a las

mismas conclusiones tanto si hay homogeneidad de varianzas como si no, puesto que opera con distintas fórmulas en cada supuesto.

Dada la ausencia de normalidad, en todos los análisis posteriores en los que se usan técnicas paramétricas se utilizaron también posteriormente las correspondientes técnicas no paramétricas, y las conclusiones se confirmaron en todos los casos, por lo que sólo se discutirán los resultados de las técnicas paramétricas.

En segundo lugar, se realizó **un análisis intragrupos**, mediante contrastes paramétricos (*t-student*) de muestras emparejadas entre las mediciones pre y post-test. Es decir, la comparación de las puntuaciones medias en las variables dependientes entre la primera medición antes de realizar el Programa de Aprendizaje-Servicio (pre-test) y la segunda medición después de que el Grupo Experimental realizara el Programa (post-test).

En tercer lugar, se realizó un **estudio intergrupos** de las diferencias en las variables dependientes entre el Grupo Experimental y el Grupo Control, antes y después de que el Grupo Experimental realizara el Programa.

Inicialmente, se llevó a cabo un análisis intergrupos mediante contrastes paramétricos (*t-student*) para detectar diferencias en el pre-test, en cada variable estudiada, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control. No se detectaron diferencias significativas por métodos paramétricos, y esto se confirma si cabe más rotundamente cuando usamos técnicas no paramétricas. Este resultado es importante ya que, al no haberse seleccionado el Grupo Experimental por métodos probabilísticos, no puede afirmarse *a priori* la igualdad de las condiciones iniciales de ambos grupos. Los

resultados anteriores permiten asegurar esa igualdad en lo que respecta a todas las variables observadas.

Posteriormente, se analizaron las diferencias en las puntuaciones medias en el Post-test entre ambos grupos mediante contrastes paramétricos para muestras independientes (*t-student*). Adicionalmente, se calculó el tamaño del efecto intergrupo mediante el estadístico *d* de Cohen. Ante la ausencia de normalidad de las variables, se realizó un cálculo confirmatorio del tamaño del efecto mediante la Δ (Delta) de Glass y la *g* de Hedges.

Para confirmar los resultados obtenidos y estudiar la comparación de los cambios entre las mediciones pre-test y post-test entre el Grupo Experimental y el Grupo Control, se crearon unas nuevas variables “Cambio = valor antes – valor después” para cada variable, que medirían la variación en las puntuaciones. El objetivo era comprobar si el cambio difería entre el Grupo Experimental y el Grupo Control. Para ello, se aplicaron los contrastes de muestras independientes mediante análisis paramétricos (*t-student*) sobre las “Variables Cambio”.

Posteriormente, dada la existencia de correlaciones significativas entre todas las variables entre las que se detectó un cambio significativo (y también entre las que se detectó un cambio probable), no hubiera sido adecuado un Análisis de Regresión Múltiple teniendo en cuenta, además, que la no normalidad de las variables invalida las pruebas de homocedasticidad. Pero se podía considerar inicialmente la idoneidad de un **Análisis Factorial**. El objetivo primero sería reducir las dimensiones del problema y tratar de identificar una o varias variables no observadas (latentes) o factores que resumieran el comportamiento conjunto. Se pudo confirmar la adecuación del análisis e

identificar un factor con esas características que también se pudo interpretar, y ello permitió plantear el segundo objetivo: **determinar si alguna de las variables dependientes sobre las que se había hallado un efecto beneficioso del Programa podría ser considerada como indicadora y/o predictora de la mejoría del conjunto** de estas variables. Esto permitiría usar dicha variable como indicadora y/o predictora del efecto de un Programa de este tipo en estudios ulteriores.

A continuación, se **identificaron** los **subgrupos** del Grupo Experimental en relación con la **mejoría** detectada mediante un análisis Cluster Bietápico y la técnica de K-medias. Se realizó una **caracterización de los subgrupos** por su relación con otras variables medidas a la muestra (sexo, edad, facultad, voluntariado previo o externo al Programa) mediante el estadístico χ^2 y el de Razón de Verosimilitudes. Además, se realizó un análisis correlacional (lineal, cuadrático y cúbico) entre la duración de voluntariado previo o externo al Programa y la mejoría en la variable detectada como indicadora y/o predictora de cambio en el conjunto de las variables.

Por último, con el objetivo de comprobar la influencia del estado de salud inicial (puntuaciones en el pre-test de las variables dependientes) en los resultados obtenidos en el post-test, se crearon categorías con las puntuaciones de cada escala (a través de los puntos de corte establecidos en la literatura o, en caso de no existir, usando los percentiles 25, 50 y 75) y se analizó la **relación entre la mejoría y el estado inicial** mediante tablas de contingencia. Para analizar el sentido de las asociaciones detectadas, se realizó un análisis de correspondencias.

Para todos los contrastes se aceptó **un valor de significación estadística (p) menor o igual a 0.05 para un nivel de confianza del 95%.**

Capítulo 9

Resultados

CAPÍTULO 9. Resultados

*“Somos seres en transformación y no en adaptación”
Paulo Freire*

- 9.1. Introducción
- 9.2. Análisis descriptivo y exploratorio
- 9.3. Análisis de la normalidad y homocedasticidad
- 9.4. Análisis intragrupo
 - 9.4.1. Grupo experimental
 - 9.4.2. Grupo control
- 9.5. Análisis intergrupo
- 9.6. Variables predictoras y/o indicadoras.
- 9.7. Descripción e identificación de los subgrupos de mejoría
- 9.8. Conclusiones

9.1. Introducción

En este capítulo se muestran los resultados, que han sido divididos en ocho apartados para facilitar su comprensión. Esta introducción pertenece al primero de los apartados y en ella se señalan los análisis de datos (descritos en el apartado 8.6. del capítulo anterior) correspondientes a cada uno de los apartados.

En el **segundo apartado**, se realiza el **análisis descriptivo y exploratorio** de las variables dependientes, correspondiente al total de la muestra, al Grupo Experimental (haber realizado el Programa de Aprendizaje-Servicio) y al Grupo Control (no haber realizado el Programa).

En el **tercer apartado**, se incluye el **análisis** de la **normalidad** y de la **homocedasticidad** de cada una de las variables dependientes objeto de estudio.

En el **cuarto apartado**, se realiza el **análisis intragrupos** con el fin de detectar cambios significativos después de la intervención, que se realiza en el Grupo Experimental. El análisis se llevó a cabo tanto en el Grupo Experimental como en el Grupo Control.

En el **quinto apartado**, se desarrolla el **estudio intergrupos** con el objeto de comprobar la posible existencia de diferencias en las variables dependientes entre el Grupo Experimental y el Grupo Control, después de la intervención realizada sobre el Grupo Experimental. Este apartado permite dar respuesta a las hipótesis planteadas.

Para ello, se realiza en primer lugar un análisis intergrupos para detectar diferencias en el pre-test, en cada variable estudiada, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control. Posteriormente, se presenta un análisis de las diferencias entre ambos grupos en los valores de las variables dependientes en el post-test. Complementariamente, se calcula el tamaño del efecto intergrupo para medir la magnitud del cambio de las variables.

Para confirmar los resultados obtenidos y estudiar las diferencias en el cambio entre el Grupo Experimental y el Grupo Control, se crean unas nuevas variables “Cambio = valor antes – valor después” para cada variable, que miden la variación entre las puntuaciones pre y post-test. El objetivo es comprobar si el cambio difiere entre ambos grupos.

En el **sexto apartado**, tras descartar un Análisis de Regresión Múltiple, dada la existencia de correlaciones significativas entre todas las variables en las que se detecta un cambio significativo y la no normalidad de las variables, se plantea la idoneidad de un Análisis Factorial para tratar de identificar una o varias variables no observadas (latentes) o factores que resuman el comportamiento del conjunto de las variables. Se logra confirmar la adecuación del análisis factorial e identificar un factor con esas características que también se puede interpretar, lo que permite plantear el objetivo de **determinar si alguna de las variables** dependientes significativas podría ser considerada como **indicadora y/o predictora de la mejoría del conjunto de estas variables**. Esto posibilitaría usar dicha variable como indicadora y/o predictora de los efectos de un Programa de ApS en futuros estudios.

En el **séptimo apartado** se aborda la descripción del grupo de personas que han participado en el Programa (Grupo Experimental) y para el cuál esta participación ha supuesto una mejoría, así como la identificación de subgrupos de mejoría dentro de este grupo. Para ello, se identifican los subgrupos del Grupo Experimental y **se lleva a cabo una caracterización** de los subgrupos por su relación con otras variables medidas a la muestra (sexo, edad, facultad, realización o no de voluntariado previo o externo al Programa de ApS). Asimismo, con el objetivo de comprobar si el estado de salud inicial (puntuaciones en el pre-test de las variables dependientes) influye en los resultados obtenidos en el post-test, se crean categorías con las puntuaciones de cada escala y se analiza la relación entre la mejoría y el estado inicial.

9.2. Análisis descriptivo y exploratorio

A continuación se muestran los descriptivos generales de las variables dependientes utilizadas en el estudio para ambas condiciones experimentales (Tablas 21-22) y para el total de la muestra (Tabla 23), tanto en el pre-test como en el post-test. En todas las variables se especifica el tamaño muestral de los casos válidos, la media, la desviación típica y los valores mínimo y máximo.

Con base a estos datos se puede decir que los niveles medios en el pre-test, tanto en el conjunto de la muestra como en ambas condiciones experimentales, son **indicativos de un óptimo estado de salud de partida** con respecto a las variables dependientes objeto de estudio. Específicamente, los valores son ligeramente superiores a las puntuaciones medias de la muestra original en Bienestar Subjetivo ($M = 105.09$, $DT = 18.29$); los correspondientes a la medida de Ansiedad se sitúan por debajo del centil 50 de la muestra original; los valores medios de Depresión indican depresión mínima o ausente y los niveles medios de Adaptación Social indican normalidad. Con respecto a las ocho dimensiones de la medida de Salud Percibida, se hallan puntuaciones cercanas a los valores medios españoles de referencia en Rol Físico ($M = 83.2$, $DT = 35.2$), Dolor Corporal ($M = 84.7$, $DT = 24.0$), Vitalidad ($M = 66.9$, $DT = 22.1$) y Salud Mental ($M = 73.3$, $DT = 66.9$); valores superiores a la media en Función Física ($M = 84.7$, $DT = 24$) y Salud General ($M = 68.3$, $DT = 22.3$) y valores ligeramente inferiores en Función Social ($M = 90.1$, $DT = 20$) y Rol Emocional ($M = 88.6$, $DT = 30.01$).

Obsérvese que, aparentemente, los valores medios en el pre-test son muy similares entre el Grupo Experimental y el Grupo Control. Sin embargo, nótese que todos los

valores medios de las variables del Grupo Experimental en el post-test parecen moverse en la dirección esperada. En cambio, parecen mantenerse estables en el Grupo Control.

Tabla 21

*Descriptivos generales de las variables dependientes en el **Grupo Experimental***

	Pre-Test					Post-Test				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Min	Max	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Min	Max
Bienestar Subjetivo	98	113.07	14.63	76.00	139.00	98	117.37	15.87	46.00	145.00
Depresión	98	6.00	5.68	0.00	24.00	98	3.94	4.76	0.00	19.00
Ansiedad										
Ansiedad-Estado	98	16.60	9.58	0.00	43.00	98	14.72	8.41	0.00	40.00
Ansiedad-Rasgo	98	18.37	10.24	1.00	47.00	98	15.92	8.51	0.00	36.00
Adaptación Social	98	43.48	6.33	28.00	58.00	98	44.62	6.60	20.00	59.00
Salud Percibida										
Función Física	96	96.67	5.26	70.00	100.00	95	96.53	7.76	40.00	100.00
Rol Físico	97	85.05	27.16	0.00	100.00	98	84.44	28.38	0.00	100.00
Dolor Corporal	98	75.40	21.07	12.00	100.00	98	79.36	21.78	0.00	100.00
Salud General	96	80.25	15.52	37.00	100.00	92	83.23	15.31	25.00	100.00
Vitalidad	97	64.69	16.31	25.00	100.00	97	67.42	14.58	30.00	100.00
Función Social	98	85.33	18.91	12.50	100.00	96	90.76	14.31	50.00	100.00
Rol Emocional	98	76.53	37.75	0.00	100.00	98	86.05	29.48	0.00	100.00
Salud Mental	97	72.04	18.03	24.00	100.00	96	73.96	14.37	36.00	100.00
Componente de Salud Mental	91	47.25	11.86	16.59	61.99	85	49.99	7.85	28.74	62.07
Componente de Salud Física	91	56.04	6.22	29.51	68.95	85	56.17	6.16	30.76	67.78

Tabla 22

Descriptivos generales de las variables dependientes en el Grupo Control

	Pre-Test					Post-Test				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Min	Max	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Min	Max
Bienestar Subjetivo	136	111.12	14.82	69.00	144.00	136	112.26	15.67	60.00	148.00
Depresión	136	6.26	6.25	0.00	31.00	136	5.74	5.94	0.00	29.00
Ansiedad										
Ansiedad-Estado	136	16.23	8.77	1.00	44.00	136	16.08	8.63	0.00	53.00
Ansiedad-Rasgo	136	17.47	9.09	1.00	49.00	136	17.24	9.31	0.00	52.00
Adaptación Social	136	43.25	5.24	30.00	54.00	136	42.57	5.61	19.00	54.00
Salud Percibida										
Función Física	133	95.56	8.72	40.00	100.00	134	95.56	8.20	50.00	100.00
Rol Físico	135	84.81	26.64	0.00	100.00	136	79.60	31.36	0.00	100.00
Dolor Corporal	135	75.45	21.42	21.00	100.00	134	74.88	19.43	21.00	100.00
Salud General	135	79.68	16.24	32.00	100.00	130	79.55	17.01	30.00	100.00
Vitalidad	135	67.37	15.82	25.00	100.00	134	67.20	16.62	15.00	100.00
Función Social	134	86.66	18.47	25.00	100.00	131	86.74	18.78	0.00	100.00
Rol Emocional	135	79.01	36.37	0.00	100.00	136	78.43	34.07	0.00	100.00
Salud Mental	134	71.52	16.65	20.00	100.00	134	73.01	16.05	16.00	96.00
Componente de Salud Mental	131	48.36	10.52	17.99	65.78	122	49.08	9.98	11.84	62.63
Componente de Salud Física	131	55.80	5.28	40.55	67.90	122	54.78	5.44	35.81	69.87

Tabla 23

Descriptivos generales de las variables dependientes en el total de la muestra

	Pre-Test					Post-Test				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Min	Max	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Min	Max
Bienestar Subjetivo	234	111.94	14.74	69.00	144.00	234	114.40	15.92	46.00	148.00
Depresión	234	6.15	6.01	0.00	31.00	234	4.99	5.54	0.00	29.00
Ansiedad										
Ansiedad-Estado	234	16.38	9.10	0.00	44.00	234	15.51	8.54	0.00	53.00
Ansiedad-Rasgo	234	17.85	9.58	1.00	49.00	234	16.69	8.99	0.00	52.00
Adaptación Social	234	43.35	5.71	28.00	58.00	234	43.43	6.12	19.00	59.00
Salud Percibida										
Función Física	229	96.03	7.47	40.00	100.00	229	95.96	8.01	40.00	100.00
Rol Físico	232	84.91	26.80	0.00	100.00	234	81.62	30.18	0.00	100.00
Dolor Corporal	233	75.43	21.23	12.00	100.00	232	76.77	20.53	0.00	100.00
Salud General	231	79.92	15.91	32.00	100.00	222	81.08	16.39	25.00	100.00
Vitalidad	232	66.25	16.05	25.00	100.00	231	67.29	15.76	15.00	100.00
Función Social	232	86.10	18.63	12.50	100.00	227	88.44	17.12	0.00	100.00
Rol Emocional	233	77.97	36.89	0.00	100.00	234	81.62	32.38	0.00	100.00
Salud Mental	231	71.74	17.21	20.00	100.00	230	73.41	15.35	16.00	100.00
Componente de Salud Mental	222	47.90	11.08	16.59	65.78	207	49.45	9.15	11.84	62.63
Componente de Salud Física	222	55.90	5.67	29.51	68.95	207	55.35	5.77	30.76	69.87

9.3. Análisis de la normalidad y homocedasticidad

Se realizó un análisis de la normalidad de las variables dependientes mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, tanto en el pre-test como en el post-test, así como en la

muestra total y en cada una de las condiciones experimentales (Anexo 2). Los contrastes descartaron la normalidad en todas las variables (al nivel del 5%). La distribución no normal se mantenía incluso eliminando los casos extremos, no pudiendo atribuir la falta de normalidad a dichos casos. Por este motivo, no se eliminó ningún caso extremo del análisis. Se puede observar la ausencia de normalidad en los histogramas ajustados con curvas normales (Anexo 2).

Además, se realizó un contraste de homogeneidad de varianzas mediante la prueba Levene (Anexo 3), obteniendo homogeneidad de varianzas para todas las variables en el pre-test y para casi todas las variables en el post-test. No obstante, cabe recordar que han de tenerse en cuenta ambas condiciones (homogeneidad y no homogeneidad de varianzas) en los contrastes paramétricos al haberse descartado la normalidad, ya que los contrastes de varianza y, en particular la prueba F, son muy sensibles a las condiciones de normalidad.

9.4. Análisis intragrupo

9.4.1. Grupo Experimental

Para comprobar si las diferencias entre las medidas pre-test y post-test del Grupo Experimental respecto a las variables dependientes eran significativas, se realizaron contrastes paramétricos para muestras relacionadas (mediante *t-student*). En la Tabla 24 se muestran los resultados.

Tabla 24

Diferencias de medias en el Grupo Experimental

	<i>t</i> (gl)	95 % IC	<i>p</i>
Bienestar Subjetivo	-3.73 (97)	[-6.58, -2.01]	.000*
Depresión	4.70 (97)	[1.19, 2.93]	.000*
Ansiedad			
Ansiedad-Estado	2.46 (97)	[0.36, 3.39]	.016*
Ansiedad-Rasgo	3.67(97)	[1.12, 3.77]	.000*
Adaptación Social	-2.18 (97)	[-2.19, -0.10]	.031*
Salud Percibida			
Función Física	0.09 (92)	[-1.16, 1.26]	.930
Rol Físico	0.15(96)	[-6.27, 7.30]	.880
Dolor Corporal	-1.58 (97)	[-8.93, 1.01]	.117
Salud General	-2.35 (89)	[-5.92, -0.50]	.021*
Vitalidad	-1.66 (95)	[-5.72, 0.51]	.101
Función Social	-2.69 (95)	[-9.28, -1.40]	.008*
Rol Emocional	-2.24 (97)	[-17.94, -1.10]	.027*
Salud Mental	-1.00 (94)	[-4.90, 1.62]	.320
Componente de Salud Mental	-2.16 (205)	[-5.36, -0.22]	.034*
Componente de Salud Física	-0.18 (78)	[-1.70, 1.42]	.859

Nota. * $p < .05$, significativo; IC = intervalo de confianza.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dirección esperada en las variables de **Bienestar Subjetivo**, $t(97) = -3.73$, $p = .005$, 95% IC [-6.58, -2.01]; **Depresión**, $t(97) = 4.70$, $p < .001$, 95% IC [1.19, 2.93]; **Ansiedad-Estado** $t(97) = 2.46$, $p = .016$, 95% IC [0.36, 3.39]; **Ansiedad-Rasgo** $t(97) = 3.67$, $p < .001$, 95% IC [1.12,

3.77]; **Adaptación Social**, $t(97) = -2.18$, $p = .031$, 95% IC [-2.18, - 0.10]; y en las siguientes dimensiones de Salud Percibida: **Salud General**, $t(89) = -2.37$, $p = .021$, 95% IC [-5.92, -0.50], **Función Social**, $t(95) = -2.69$, $p = .008$, 95% IC [-9.28, -1.40]; **Rol Emocional** $t(97) = -2.24$, $p = .027$, 95% IC [-17.94, -1.10]; y en el **Componente Sumatorio de Salud Mental** $t(78) = -2.16$, $p = .034$, 95% IC [-5.36, -0.22].

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas al nivel del 5% en las siguientes dimensiones de Salud Percibida: Función Física ($p = .930$), Rol Físico ($p = .880$), Dolor Corporal ($p = .117$), Vitalidad ($p = .101$), Salud Mental ($p = .320$), Componente Sumatorio de Salud Física ($p = .859$).

9.4.2. Grupo Control

Con el fin de comprobar si había cambio en las variables dependientes en el Grupo Control, se aplicaron contrastes paramétricos de muestras relacionadas (*t-student*). **No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables dependientes**, al nivel del 5% (véase Tabla 25). Se hallaron p valores pequeños para las variables de Adaptación Social ($p = .062$), Rol Físico ($p = .080$) y Componente de Salud Física ($p = .181$), lo que sugiere la posibilidad de cambio. Sin embargo, como se puede ver en el análisis descriptivo y exploratorio, la dirección del cambio en las tres variables sería de empeoramiento de las mismas.

Tabla 25

Diferencias de medias en el Grupo Control

	<i>t</i> (gl)	95 % IC	<i>p</i>
Bienestar Subjetivo	-1.09 (135)	[-3.22, 0.93]	.277
Depresión	1.40 (135)	[-0.22, 1.26]	.165
Ansiedad			
Ansiedad-Estado	0.22 (135)	[-1.17, 1.46]	.826
Ansiedad-Rasgo	0.40 (135)	[-0.89, 1.35]	.688
Adaptación Social	1.88 (135)	[-0.03, 1.40]	.062
Salud Percibida			
Función Física	0.28 (130)	[-1.13, 1.51]	.776
Rol Físico	1.76 (134)	[-0.66, 11.40]	.080
Dolor Corporal	0.41 (132)	[-3.20, 4.90]	.679
Salud General	0.24 (128)	[-1.99, 2.53]	.812
Vitalidad	0.06 (132)	[-2.32, 2.47]	.951
Función Social	-0.19 (129)	[-3.29, 2.71]	.849
Rol Emocional	0.22 (134)	[-5.85, 7.33]	.824
Salud Mental	-1.08 (131)	[-4.28, 1.25]	.281
Componente de Salud Mental	-0.43 (117)	[-2.32, 1.48]	.665
Componente de Salud Física	1.34 (117)	[-0.36, 1.90]	.181

Nota. $p > .05$, no significativo; IC = intervalo de confianza.

9.5. Análisis intergrupo

Diferencias en el post-test

Con el objetivo de comparar ambos grupos, se aplicaron contrastes de medias para muestras independientes paramétricos (*t-student*) en todas las variables.

Además, con el fin de analizar la magnitud del cambio, se calculó el tamaño del efecto (TE) intergrupo mediante el estadístico *d* de Cohen. Cohen (1988) propuso tamaños del efecto pequeños (0.2), moderados (0.5) y altos (0.8) como guía para interpretar los resultados. Ante la no normalidad de las variables, se realizó un cálculo confirmatorio del tamaño del efecto mediante la Δ (Delta) de Glass y la *g* de Hedges, obteniendo resultados similares.

El análisis en el pre-test constató la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en todas las variables (Anexo 4).

Sin embargo, el análisis en el post-test indicó **diferencias estadísticamente significativas** y, de manera consistente, una **magnitud del efecto entre pequeña y moderada** en las variables de **Bienestar Subjetivo** $t(232) = 2.44, p = .015, d = 0.32$; **Depresión** $t(229.35) = -2.58, p = .011, d = -0.34$ y **Adaptación Social** $t(232) = 2.57, p = .011, d = 0.34$ (véase Tabla 26). Se obtenían las mismas conclusiones en las dos posibilidades de homocedasticidad. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de Ansiedad ni en las dimensiones de Salud Percibida, al nivel del 5%. Sin embargo, se hallaron tamaños del efecto pequeños en algunas de las dimensiones de la medida de Salud Percibida, que además contaban con una

significación cercana al 5%. Estas son Dolor Corporal $d = 0.22$; Salud General $d = 0.23$; Función Social $d = 0.24$ y Rol Emocional $d = 0.26$.

Tabla 26

Diferencias de medias en el post-test entre el Grupo Experimental y el Grupo Control en las variables dependientes

	Estadístico			
	t (gl)	p	Tamaño del efecto	r
Bienestar Subjetivo	2.44 (232)	.015*	0.32	.16
Depresión	-2.58 (229.35)	.011*	-0.34	-.16
Ansiedad				
Ansiedad-Estado	-1.19 (232)	.232	- 0.16	-.08
Ansiedad-Rasgo	-1.11 (232)	.267	-0.15	-.07
Adaptación Social	2.57 (232)	.011*	0.34	.16
Salud Percibida				
Función Física	0.89 (227)	.370	0.12	.06
Rol Físico	1.21 (232)	.227	0.16	.08
Dolor Corporal	1.65 (230)	.101	0.22	.11
Salud General	1.65 (220)	.100	0.23	.11
Vitalidad	0.10 (229)	.916	0.01	.01
Función Social	1.83 (224.64)	.069	0.24	.12
Rol Emocional	1.83 (224.31)	.069	0.26	.13
Salud Mental	0.46 (228)	.647	0.06	.03
Componente de Salud Mental	0.71 (205)	.481	0.10	.05
Componente de Salud Física	1.71 (205)	.088	0.24	0.12

Nota. * $p < .05$, significativo.

Análisis confirmatorio. “Variables Cambio”

Se crearon unas nuevas “Variables Cambio = valor antes- valor después” para cada variable, que medirían la variación en las puntuaciones pre y post, para comprobar si la variación difería entre el Grupo Experimental y Grupo Control. Para ello, se aplicaron los contrastes de muestras independientes, mediante análisis paramétricos (*t-student*), sobre las medias diferenciales entre el pre-test y post-test de cada grupo o variación antes-después (“Variables Cambio”).

Como se puede observar en la Tabla 27, **los resultados confirman que hay diferencias estadísticamente significativas indicativas de mejoría**, al nivel del 5%, entre la variación media (antes-después) de las variables **Bienestar Subjetivo** $t(232) = -1.99, p = .047$; **Depresión** $t(232) = 2.67, p = .008$ y **Adaptación Social** $t(232) = -2.96, p = .003$. Asimismo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la variación de **Ansiedad-Rasgo** $t(232) = 2.53, p = .012$ y de **Función Social** $t(224) = -2.06, p = .012$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al nivel del 5% en el resto de las variables.

Tabla 27

Diferencias en las variaciones medias (Variables Cambio) en las variables dependientes entre el Grupo Experimental y Grupo Control

	Estadístico	
	<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
cambio Bienestar Subjetivo	-1.99 (232)	.047*
cambio Depresión	2.67 (232)	.008*
Ansiedad		
cambio Ansiedad-Estado	1.701 (232)	.090
cambio Ansiedad-Rasgo	2.53 (232)	.012*
cambio Adaptación Social	-2.96 (232)	.003*
Salud Percibida		
cambio Función Física	-0.14 (222)	.885
cambio Rol Físico	-1.05 (230)	.294
cambio Dolor Corporal	-1.49 (229)	.135
cambio Salud General	-1.95 (217)	.052
cambio Vitalidad	0.10 (229)	.916
cambio Función Social	-2.06 (224)	.041*
cambio Rol Emocional	-1.37 (227)	.171
cambio Salud Mental	-0.06 (225)	.953
cambio Componente de Salud Mental	-1.50 (195)	.134
cambio Componente de Salud Física	-0.96 (195)	.338

Nota. * $p < .05$, significativo.

9.6. Variables predictoras y/o indicadoras

Puesto que había cinco variables “Cambio” significativas, y varias posiblemente significativas (significaciones del orden de 0,10), que permitían asegurar la eficacia del Programa para la mejora del estado de salud de los participantes, se planteó el nuevo objetivo de **determinar si existía alguna variable que se pudiera considerar como indicadora de este efecto y abordar la descripción del grupo de personas participantes en el Programa y para el cuál esta participación había supuesto una mejoría.**

Se consideró, por tanto, el grupo de personas que sí participaron en el Programa, y en el que globalmente se había detectado una mejoría (en todos o en un subgrupo, aspecto que luego se abordará). Un Análisis de Regresión múltiple sobre las variables significativas debía descartarse, no sólo porque no presentan normalidad sino principalmente porque existía una alta colinealidad entre ellas. Esto mismo permitió pensar en un Análisis Factorial. Se planteó un Análisis Factorial sobre el conjunto de variables “Cambio”, cuyos resultados muestrales se exponen en la Tabla 28.

Nótese que el tamaño muestral de este análisis es de 79 en lugar de 98, ya que se eliminaron los participantes que constaban de valores de perdidos en alguna de las variables.

Tabla 28

Estadísticos descriptivos de las “Variables Cambio”

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
cambio Bienestar Subjetivo	79	-4.67	9.45
cambio Depresión	79	2.20	4.12
Ansiedad			
cambio Ansiedad-Estado	79	1.88	7.46
cambio Ansiedad-Rasgo	79	2.17	6.57
cambio Adaptación Social	79	-0.81	5.25
Salud Percibida			
cambio Función Física	79	0.06	6.27
cambio Rol Físico	79	-2.21	31.82
cambio Dolor Corporal	79	-3.95	23.08
cambio Salud General	79	-2.37	12.12
cambio Vitalidad	79	-3.16	15.29
cambio Función Social	79	-5.69	19.69
cambio Rol Emocional	79	-9.28	45.27
cambio Salud Mental	79	-2.73	15.84
cambio Componente de Salud Mental	79	-2.79	11.48
cambio Componente de Salud Física	79	-0.14	6.95

Se hizo un análisis previo de la adecuación de los datos. La matriz de correlaciones presentó muchas correlaciones entre las “Variables Cambio” (entre el pre-test y el post-test), además gran parte de ellas resultaron significativas o muy significativas (véase Anexo 5).

De otro lado, el determinante de la matriz de correlaciones resultó prácticamente cero y el test de esfericidad de Barlett fue muy significativo (Tabla 29). La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue demasiado baja (adecuada a partir de 0,7).

Tabla 29

Análisis de adecuación de los datos para elaborar un Análisis Factorial.

Test de Esfericidad de Barlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin	.279
Prueba de esfericidad de Bartlett	
Chi-cuadrado aproximado	2513.109
gl	136
Significación	.000*

Nota. Determinante = 5,44E-016.

* $p < .05$, significativo.

Por todo ello, en conjunto, se concluyó que el Análisis Factorial era adecuado. Así, se realizó en primer lugar un análisis exploratorio por el Método Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax al conjunto de Variables Cambio (entre pre-test y post-test) en el subconjunto muestral de las personas que participaron en el Programa. Se detectaron seis factores con valores propios mayores o iguales a 1, que en conjunto ofrecieron una capacidad explicativa del 71.7% (véase Tabla 30).

Se puede observar que los dos primeros factores explican el 41.18% de la varianza total, por lo que según el criterio de suficiencia de la varianza explicada deberían retenerse dos factores. El análisis del Gráfico de Sedimentación (regla del codo) (Figura 11) también sugiere la conveniencia de retener dos factores.

Tabla 30

Análisis exploratorio de los factores explicativos del cambio detectado en el Grupo Experimental.
Método Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al Cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al Cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.374	25.728	25.728	4.374	25.728	25.728	3.643	21.427	21.427
2	2.628	15.461	41.189	2.628	15.461	41.189	2.402	14.131	35.558
3	1.551	9.122	50.312	1.551	9.122	50.312	1.860	10.941	46.500
4	1.434	8.435	58.746	1.434	8.435	58.746	1.753	10.311	56.810
5	1.152	6.775	65.521	1.152	6.775	65.521	1.297	7.628	64.438
6	1.053	6.191	71.713	1.053	6.191	71.713	1.237	7.274	71.713
7	.934	5.492	77.205						
8	.744	4.377	81.582						
9	.730	4.296	85.878						
10	.617	3.628	89.506						
11	.483	2.841	92.346						
12	.416	2.449	94.796						
13	.368	2.165	96.961						
14	.319	1.876	98.836						
15	.198	1.164	100.000						
16	2.345E-7	1.379E-6	100.000						
17	5.121E-8	3.012E-7	100.000						

Nota. Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.

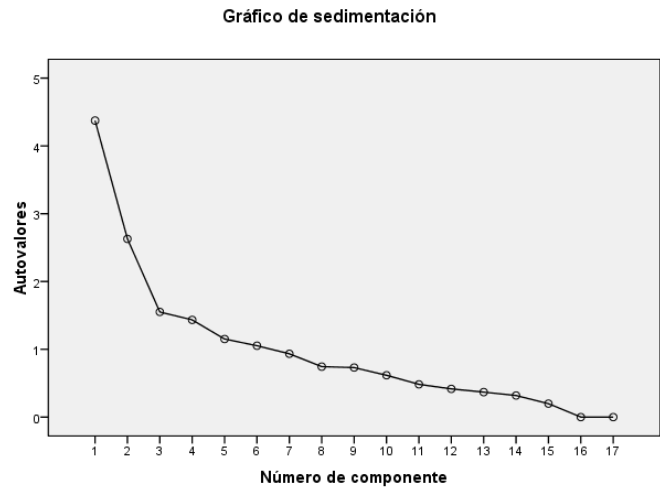


Figura 11. Gráfico de sedimentación indicativo del número de factores a considerar.

Por ello, se realizó un Análisis Factorial por el método de Componentes Principales con Rotación Varimax y retención de dos factores. Luego, se repitió el análisis por el método de Máxima Verosimilitud y las conclusiones no cambiaron sustancialmente. En la Tabla 31 se pueden observar los resultados: **El primer factor explica el 25.72% de la varianza total y el segundo el 15.46%, en total el 41.18%.**

Tabla 31

Análisis exploratorio de los factores explicativos del cambio. Método Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax y retención de dos factores

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al Cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al Cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.374	25.728	25.728	4.374	25.728	25.728	4.355	25.618	25.618
2	2.628	15.461	41.189	2.628	15.461	41.189	2.647	15.571	41.189
3	1.551	9.122	50.312						
4	1.434	8.435	58.746						
5	1.152	6.775	65.521						
6	1.053	6.191	71.713						
7	.934	5.492	77.205						
8	.744	4.377	81.582						
9	.730	4.296	85.878						
10	.617	3.628	89.506						
11	.483	2.841	92.346						
12	.416	2.449	94.796						
13	.368	2.165	96.961						
14	.319	1.876	98.836						
15	.198	1.164	100.000						
16	2.345E-7	1.379E-6	100.000						
17	5.121E-8	3.012E-7	100.000						

Nota. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Además, analizando las comunalidades después de la extracción, se observó que un total de 11 variables (de 17) están bien o muy bien explicadas por esos factores (comunalidad final > 0.25), entre ellas todas las significativas. La matriz de

componentes rotados (correlaciones de las variables con los factores) permite concluir que siete de las variables están muy correladas con el factor-1 y cuatro bastante correladas (sólo una muy correlada) con el factor-2 (Anexo 6), como se puede observar también en el gráfico de componentes rotados (Figura 12)

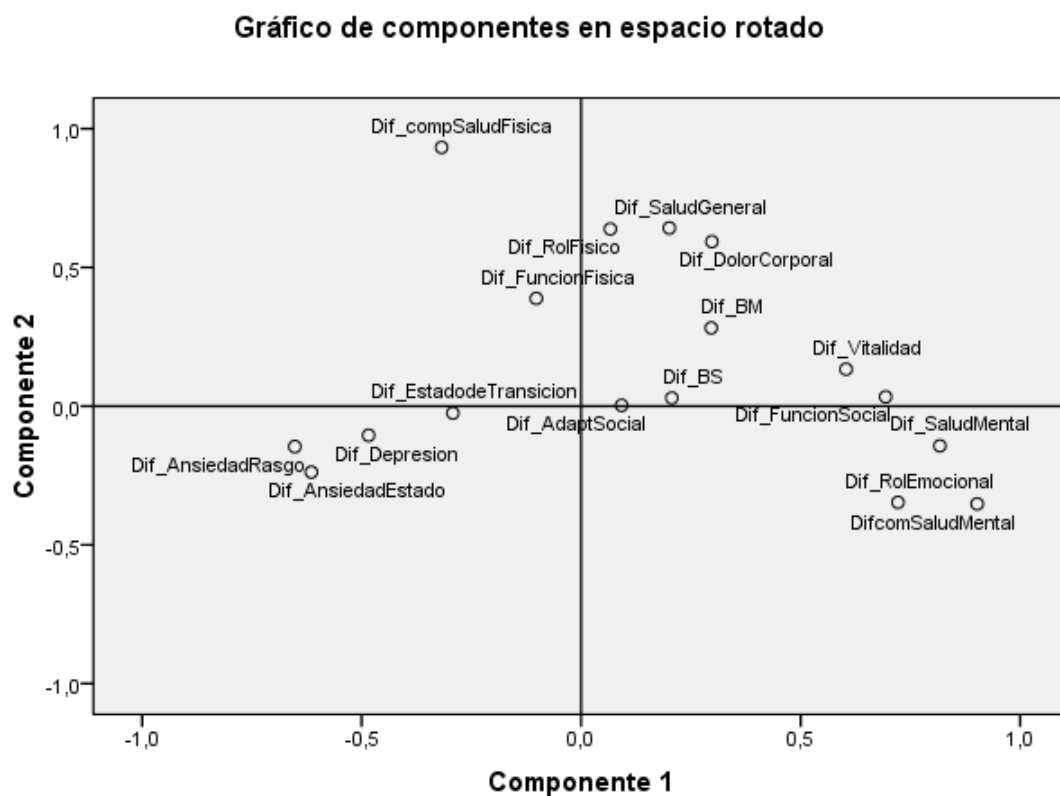


Figura 12. Gráfico de componentes rotados donde se observan los dos factores que pueden explicar el cambio en la mayoría de las variables. *Nota.* En el gráfico “Dif_”, diminutivo de diferencia, hace referencia a las Variables Cambio (diferencia entre el pre-test y el post-test). La Variable *Dif_BM*, hace referencia al cambio en la variable de Bienestar Material, obtenida con la medida de Bienestar Subjetivo. La variable *Dif_Estadodetransición* es una medida adicional de las dimensiones de Salud Percibida. No se mencionan en los análisis finales al considerarse redundantes, en vista de los resultados obtenidos en el estudio de la presente investigación.

Atendiendo a las variables asociadas al factor-2 (“componente 2” en la Figura 12), éste parece que podría interpretarse como mejoría-empeoramiento del estado de salud a nivel físico, pero esto es dudoso por cuanto gran parte de esas variables están mal explicadas por estos factores (están dentro del círculo de radio 0.5), es decir, están también explicadas por otros factores que no se han considerado. Además, sólo hay una variable muy correlada. Sin embargo, **el factor-1** (componente 1 en la Figura 12) **es claramente interpretable como mejoría-empeoramiento del estado de salud a nivel psicosocial, teniendo en cuenta las variables asociadas y el alto grado de correlación con el factor.** Además, entre estas variables están precisamente las significativas. Atendiendo al significado (directo o inverso) de las puntuaciones de las variables y al signo (positivo o negativo) de las correlaciones con el factor, dicho factor puede interpretarse como **empeoramiento del estado psicosocial para puntuaciones positivas del factor y mejora del estado psicosocial para puntuaciones negativas del factor.** El modelo asigna a cada participante una puntuación en este factor, según su comportamiento en el conjunto de las variables. Debe tenerse en cuenta, de cara a las interpretaciones, que un participante con puntuación negativa en el factor (mejoría) tendrá puntuación positiva por ejemplo en Dif_AnsiedadRasgo (mejoría) por tener dicha variable correlación negativa con el factor, y tendrá puntuación negativa en Dif_SaludMental (mejoría) por tener correlación positiva con el factor. Eso se debe también a que en la escala de Ansiedad-Rasgo, mayor puntuación significa mayor ansiedad, luego una diferencia positiva indica mejoría. Mientras que en la dimensión Salud Mental mayor puntuación significa mejor estado, luego la diferencia negativa significa mejoría.

Para elegir un indicador, debería elegirse una variable con alta correlación con el factor, que esté muy bien explicada por el factor (alta comunalidad final) y que fuera significativa. La variable Dif_AnsiedadRasgo (Cambio en Ansiedad-Rasgo) sería adecuada. Por la teoría se sabe que las puntuaciones factoriales son normales y tipificadas. Pero la comprobación puede ofrecer alguna información sobre la existencia de grupos extremos (véase Tabla 32).

Tabla 32

Análisis de la normalidad para detectar la existencia de grupos extremos

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
REGR factor store 1	.095	79	.075	.976	79	.152
REGR factor store 2	.073	79	.200*	.987	79	.610

a. Corrección de la significación de Lilliefors.
*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

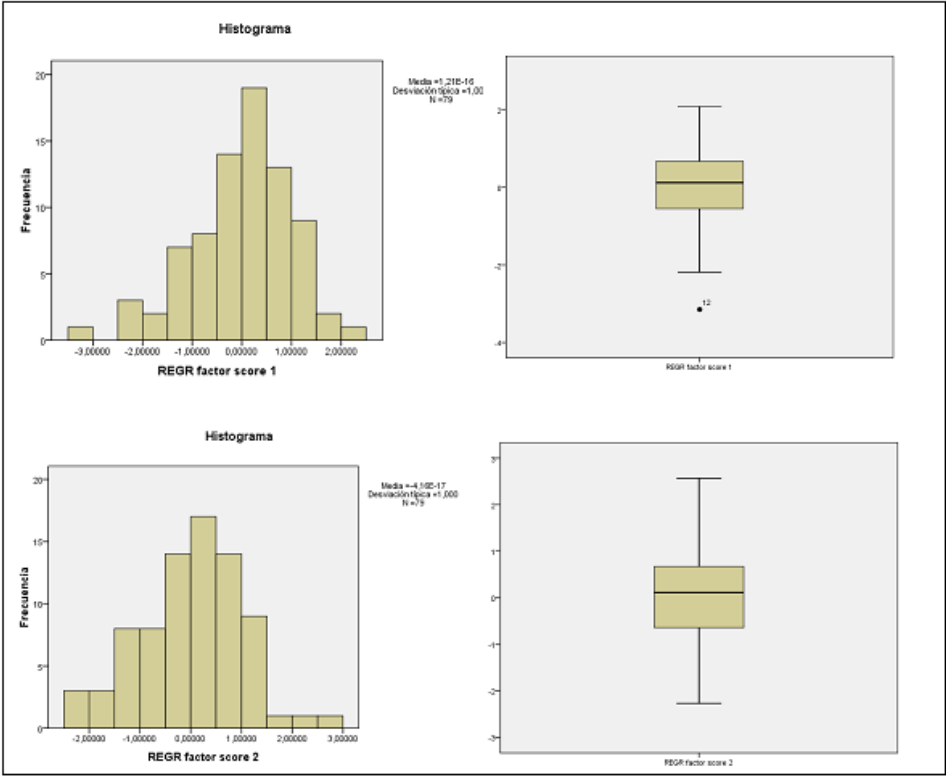


Figura 13. Gráficos para la observación de grupos extremos.

Aunque en líneas generales se puede mantener la normalidad de las puntuaciones factoriales, el Test de Kolmogorov para el factor-1 tiene una significación extremadamente baja y el de Shapiro-Wilk muy baja. Como se observa en los gráficos de la Figura 13, eso se debe a la existencia de un grupo relativamente pequeño de individuos con puntuaciones muy negativas (alta mejoría) destacando un participante como outlayer.

9.7. Descripción e identificación de los subgrupos de mejoría

En este apartado se planteó el objetivo de **identificar y describir los subgrupos del Grupo Experimental en relación con la mejoría del estado de salud a nivel psicosocial** tras el paso por el Programa.

Identificación de los subgrupos

Inicialmente se realizó un Análisis Cluster Bietápico (Tabla 33) que identificó automáticamente 2 grupos muy distintos. Uno con 25 personas que de media mejora y otro (el resto de 54 que no mejora con respecto a sí mismos) (Tablas 33-34 y Figuras 14-15).

Tabla 33

Análisis Cluster para la detección de subgrupos

	N	% de combinados	% del total
Conglomerado 1	54	68.4%	55.1%
Conglomerado 2	25	31.6%	25.5%
Combinados	79	100%	80.6%
Casos excluidos	19		19.4%
Total	98		100%



Figura 14. Representación gráfica de los *cluster* detectados.

Tabla 34

Diferencias de medias entre los 2 grupos detectados

	REGR factor store 1	
	Media	Desv. típica
Conglomerado 1	.5389378	.56880099
Conglomerado 2	-1.1641056	.68585736
Combinados	.0000000	1.00000000

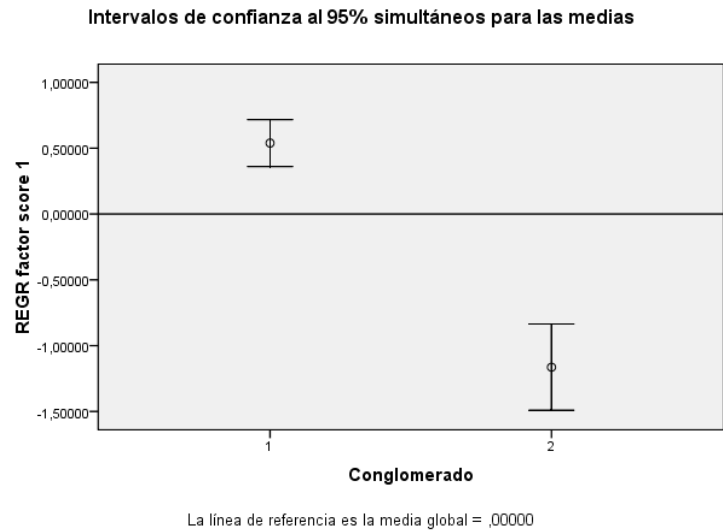


Figura 15. Representación gráfica de la diferencia de medias entre los 2 grupos detectados.

Por la técnica de K-medias (se debe indicar el n° de grupos a buscar), pidiendo 2 grupos, la técnica identificó en cuatro iteraciones 2 grupos, que además coinciden con los anteriores 2 grupos (véanse Anexo 7 y Figuras 16 y 17).

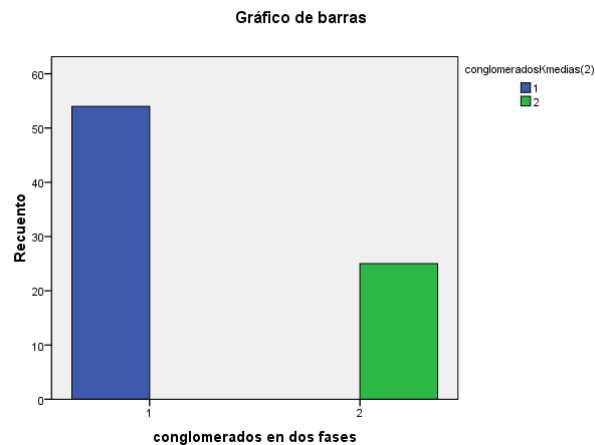


Figura 16. Representación gráfica de los 2 grupos hallados por la técnica de K-medias.

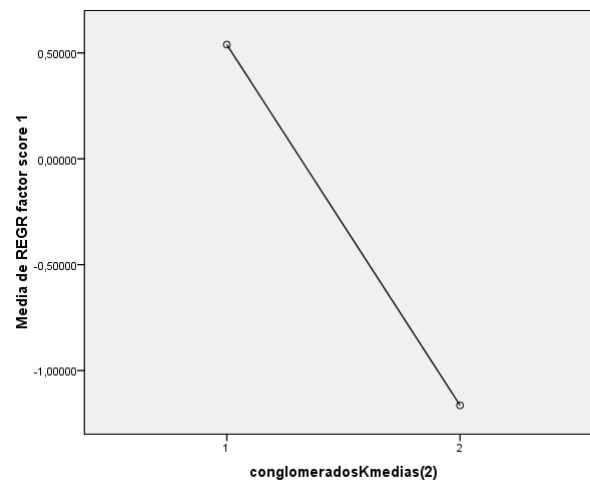


Figura 17. Representación gráfica de los 2 grupos hallados por la técnica de K-medias en relación con el factor.

Luego ambas técnicas identificaron claramente esos 2 grupos: el grupo-1 de 54 participantes que de media no mejoraría con respecto a sí mismo y el grupo-2 de 25 participantes que claramente de media mejoraría.

Además, se exploraron por la técnica de K-medias agrupaciones de 3, 4 y 5 grupos. Parece que se descubre una agrupación más matizada de 4 grupos (Anexo 8).

Se puede observar como hay 2 grupos que suman un total de 54 participantes que no mejoran en el conjunto de las variables. Un tercer grupo, con 19 participantes, presenta una ligera mejoría y un cuarto grupo, con 6 participantes, presenta una alta mejoría. Por tanto, se encontró que de los 79 participantes del Grupo Experimental (recuérdese que se eliminaron de este análisis los participantes con valores perdidos), **mejoraron el 32% (25 personas), aproximadamente una tercera parte de las personas que realizaron el Programa.**

Caracterización de los subgrupos

El objetivo de este subapartado fue **caracterizar los subgrupos detectados por su relación con otras variables medidas** (sexo, edad, facultad, realización y duración de voluntariado previo e independiente al Programa) (véase Anexo 9). Para ello, se cruzó la variable “grupo” con la variable correspondiente mediante la opción “Tablas de Contingencia” y el estadístico CHI-2 y el de Razón de Verosimilitudes, obteniéndose una agrupación de 4 grupos en las que no se detectó ninguna asociación significativa con sexo, edad, facultad ni con la práctica de voluntariado previo o independiente al Programa de Aprendizaje-Servicio. Para comprobar la influencia de la variable continua “duración de voluntariado externo o previo al Programa” en la mejoría, se realizó un análisis correlacional lineal, cuadrático y cúbico con la variable indicadora “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Se confirmó que la práctica de voluntariado no está asociada al cambio en la variable indicadora. Por consiguiente, NO se pueden caracterizar los grupos con las variables medidas a la muestra.

A continuación, se realizó un análisis mediante Anovas entre el factor-1 y las variables significativas medidas en el pre-test y con el cambio de esas mismas variables con la agrupación obtenida en 4 grupos (Figura 18). Esto sólo tiene efecto descriptivo, no se pueden hacer inferencias porque las variables no son normales (luego no se puede interpretar la prueba F de homocedasticidad) y el factor, aunque es normal, no permite Anovas sobre los grupos debido a la técnica que se ha utilizado para hacer las agrupaciones (los Anovas sólo tienen aquí efectos descriptivos sobre la muestra). No obstante, permite caracterizar los grupos (en la muestra) según su comportamiento.

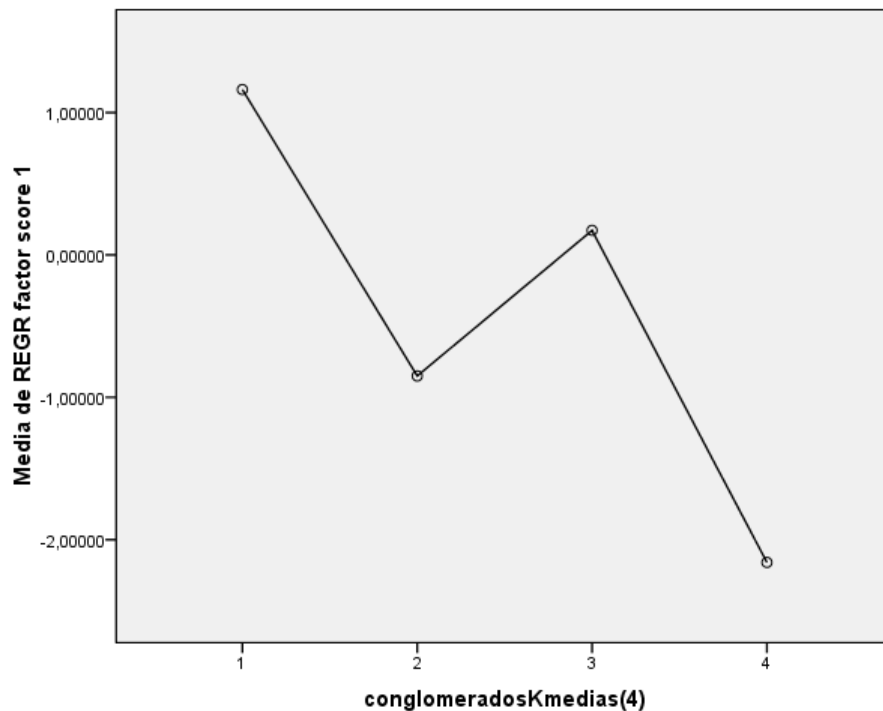


Figura 18. Representación gráfica del Análisis ANOVA entre el factor-1 y las variables con cambio significativo en el Grupo Experimental.

Por ejemplo, tómese el grupo de 6 participantes que se caracteriza por una clara mejoría del estado psicosocial (puntuación muy negativa en el factor-1). Como cabría

esperar, también tiene una clara mejoría en el Cambio en Ansiedad-Rasgo (Figura 20) siendo, además, el grupo que peor estado inicial de Ansiedad-Rasgo presentaba (puntuación alta en Ansiedad-Rasgo en el pre-test) (Figura 19). Se puede concluir que en esta variable el Programa es muy beneficioso para el grupo (6 personas) que peor estado presentaba en esta variable.

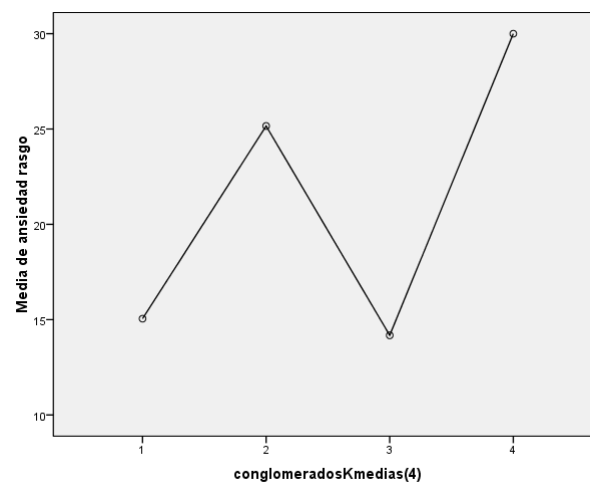


Figura 19. Ansiedad-Rasgo en el pre-test en los subgrupos detectados.

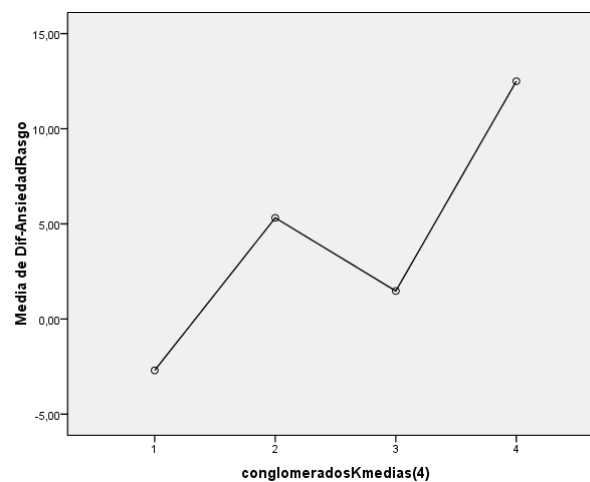


Figura 20. Cambio de Ansiedad-Rasgo en los subgrupos detectados.

Así se podría analizar una por una todas las variables de este grupo, e igual con todos los grupos. En la mayoría presentan similar comportamiento (véase Anexo 10).

Para consolidar las anteriores observaciones, se categorizaron las cinco variables significativas “Cambio”, así como las cinco correspondientes al pre-test. Se pretendió así ver cómo se relaciona la mejoría en una variable con la puntuación inicial del participante en esa variable, buscando comprobar si el Programa afecta de forma diferencial en función del estado de salud de partida. Efectivamente, los análisis que se muestran a continuación evidenciaron que **el Programa tiene efectos más beneficiosos sobre las personas que parten de un peor estado de salud**, concluyendo asimismo que en los demás grupos el estado inicial no permite caracterizar el grado de mejoría.

Se utilizaron los puntos de corte establecidos por la literatura para algunas escalas y, cuando no existían, los percentiles 25, 50 y 75. En todos los casos se etiquetaron las categorías siguiendo el orden de la puntuación. Así:

puntuación baja → “baja”

puntuación alta → “alta”

Según las escalas de cada variable, “baja” puede significar buen o mal estado (o mejoría o empeoramiento para las variables Cambio), lo cuál debe tenerse en cuenta en la interpretación.

Relación de la mejoría con el estado inicial-Tablas de Contingencia

Como cabía esperar, se detectó una asociación significativa o probablemente significativa (tanto con el estadístico χ^2 como con el de Razón de Verosimilitudes) entre la mejoría y el estado inicial en casi todas las variables, pero ni las Tablas de Contingencia ni los gráficos de barras asociados permitían analizar con facilidad el sentido de esa asociación (Anexo 11).

Puesto que el sentido de la asociación no se puede analizar adecuadamente, se recurrió al Análisis de Correspondencias.

Relación de la mejoría con el estado inicial. Análisis de Correspondencias

Para analizar el sentido de las asociaciones detectadas en el análisis anterior, se recurrió al Análisis de Correspondencias. Por ejemplo, para analizar el sentido de la mejoría en Ansiedad-Rasgo (variable “Cambio Ansiedad-Rasgo”, que ha sido establecida como indicadora y/o predictora del cambio o mejoría) en relación con el estado inicial (puntuación en Ansiedad-Rasgo en el pre-test), se realizó un Análisis de Correspondencias (véase Figura 21. En el Anexo 12 se muestran los gráficos con el resto de las variables).

Del análisis anterior, se encontró que la primera dimensión explicaba el 87.4% de la inercia total, por lo que era claramente explicativo de la relación.

Se observó que la categoría que aporta mayor inercia a la dimensión-1 es la “alta”, tanto en los perfiles de fila como de columna. Eso significa que la mayor parte del valor del estadístico χ^2 que lo hace significativo se debe al comportamiento de esa categoría.

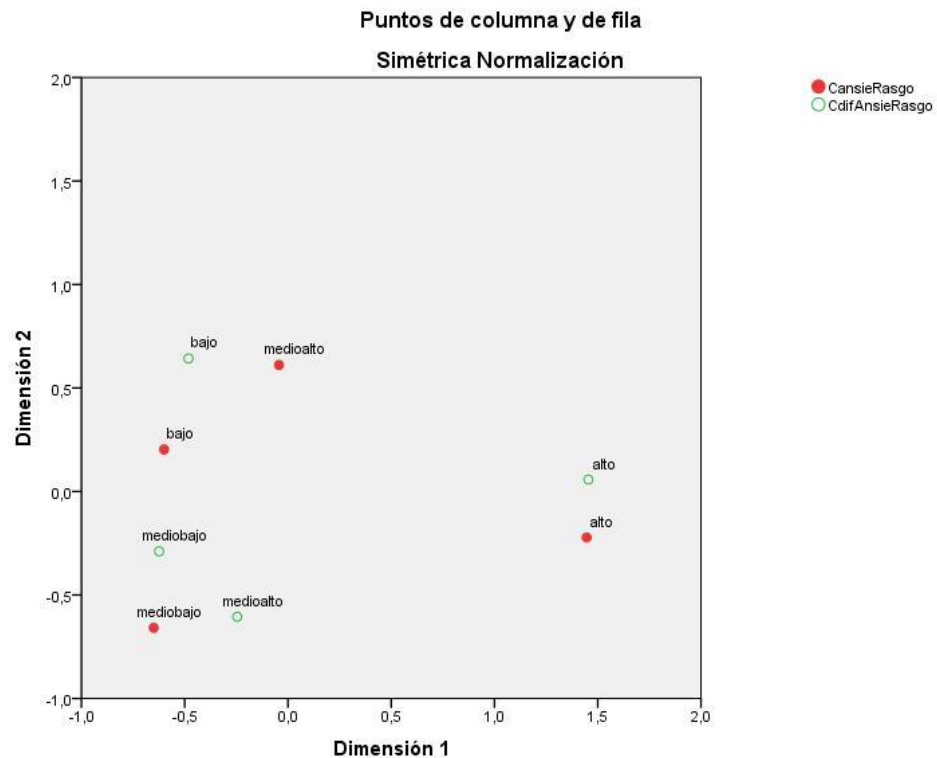


Figura 21. Gráfico de Análisis de Correspondencias entre el estado inicial y el cambio en la variable Ansiedad-Rasgo.

Mirando al gráfico de la Figura 21 se puede concluir que una mejoría alta está altamente asociada a un estado inicial de Ansiedad-Rasgo alto, no pudiéndose hacer una caracterización clara de la intensidad de la mejoría en función de los otros estados iniciales.

9.8. Conclusiones

La mejoría detectada como significativa en los estudiantes que participaron en el Programa (luego la influencia del Programa en la mejoría del estado de salud psicosocial de los participantes) afecta a un grupo de 25 personas (aproximadamente un

30% de las personas que participaron en el Programa) y especialmente a un subgrupo de 6 personas (aproximadamente el 10% de los participantes) que se caracteriza por tener un estado de salud peor de acuerdo a las variables dependientes medidas a la muestra (recuérdese que no se hace referencia a problemas patológicos, sino a altos niveles en población general). Para los demás estados iniciales no hay una influencia clara del Programa. Además el nivel de la mejoría no está caracterizada por ninguna de las otras variables medidas en la muestra (sexo, edad, facultad, voluntariado previo o externo al Programa).

Por tanto, los análisis realizados confirman cuatro de las cinco hipótesis específicas, al confirmarse una mejoría en el grupo de alumnos que ha realizado el Programa de Aprendizaje-Servicio en las variables de Bienestar Subjetivo, Depresión, Adaptación Social y Ansiedad-Rasgo, no detectándose una mejoría clara en Ansiedad-Estado ni en la Salud Percibida a nivel físico. Es decir, el Programa ha tenido un efecto positivo en la salud a nivel psicológico y social, pero no a nivel físico, según estos resultados.

Se realizaron también los correspondientes análisis no paramétricos con idénticos resultados, aunque éstos detectaban significaciones más débiles. Esto es consistente con el hecho de que son técnicas de menor potencia (aunque menos exigentes en sus supuestos: no se exige normalidad, etc.) y con las conclusiones de los análisis realizados, en el sentido de que la mejoría detectada es en general pequeña, salvo en un subgrupo (10%) del Grupo Experimental asociado a las personas con peor estado de salud inicial.

Capítulo 10

Discusión y Conclusiones

CAPÍTULO 10. Discusión y Conclusiones

“La educación, más que cualquier otro recurso de origen humano, es el gran igualador de las condiciones del hombre, el volante de la maquinaria social”

Horace Mann

10.1. Introducción

10.2. Contraste de hipótesis y discusión de resultados

10.3. Limitaciones

10.4. Conclusiones generales

10.1. Introducción

El objetivo general de este estudio fue comprobar la mejora de la salud integral de estudiantes universitarios a través de un Programa de Aprendizaje-Servicio.

La hipótesis general planteada fue que los estudiantes que realizaran el Programa de ApS de la Universidad de Deusto mejorarían su Bienestar Subjetivo, sus niveles de Ansiedad, de Depresión, de Adaptación Social y su Salud Percibida más que aquellos estudiantes que no realizaran el Programa.

Partiendo de los hallazgos en la literatura que apuntan a un impacto positivo de las prácticas de ApS en el desarrollo psicosocial de los participantes (p. ej., Conway, Amel y Gerwien, 2009; Deeley, 2010; Eyler et al., 2001; Yorio y Ye, 2012); de la evidencia sobre los efectos beneficiosos de la práctica de servicio solidario en la salud a nivel tanto físico como psicológico y social del que lo practica (p. ej., Li y Ferraro, 2005;

Musick y Wilson, 2003; Piliavin y Siegl, 2007; Schwartz et al., 2003) y desde una conceptualización biopsicosocial de la salud, cabría esperar que la práctica de ApS tuviera también efectos positivos en las tres dimensiones de salud y, consiguientemente, en las variables dependientes seleccionadas para la presente investigación.

Los datos obtenidos en el pre-test (antes de la participación en el Programa por parte del Grupo Experimental) en el conjunto de la muestra fueron indicativos de un óptimo estado de salud de partida con respecto a las variables dependientes objeto de estudio y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que conformarían el Grupo Experimental y los que integrarían el Grupo de Control (en función de estar inscritos o no en el Programa).

Sin embargo, **después de la realización del Programa de ApS** por parte del **Grupo Experimental**, se halla en éste una **mejora en** las variables relacionadas con **la salud a nivel psicológico y social**. No se encuentra un cambio estadísticamente significativo en la percepción de la salud física con respecto al Grupo Control.

Tres características del estudio sugieren que ha sido el Programa de ApS el que ha causado estas influencias:

1) Los estudiantes fueron comparados con alumnos de características similares (edad, facultades, cursos) pero que no realizaban el Programa, lo que sugiere que la causa no ha sido simplemente la maduración durante el curso.

2) No existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos antes de que el Grupo Experimental realizara el Programa.

3) La práctica de servicio solidario previo o independiente al Programa no se asoció a la mejoría detectada en el Grupo Experimental, lo que apoya la atribución de la mejoría detectada al Programa de ApS.

En términos generales se puede concluir que la hipótesis de trabajo se ha confirmado en lo que refiere a la mejora de la salud a nivel psicológico y social, no pudiéndose confirmar para la salud a nivel físico.

En el siguiente apartado, se discutirán los resultados en base a las hipótesis específicas planteadas para esta investigación.

10.2. Contraste de hipótesis y discusión de resultados

- **Hipótesis Específica 1:** Los estudiantes que realicen el Programa aumentarán su Bienestar Subjetivo más que los que no lo realicen.

El análisis comparativo entre el Grupo Experimental y el Grupo Control indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas, al nivel del 5%, tanto en los niveles de Bienestar Subjetivo en el post-test como en la variación de estos niveles entre los dos momentos de medición (antes y después de que el Grupo Experimental realizara el Programa).

Además de la significación estadística hallada, se obtiene un tamaño del efecto $d = 0.32$, lo que sugiere una magnitud de cambio entre pequeña y moderada (Cohen, 1988).

Se confirma la hipótesis específica 1. El grupo de estudiantes que ha realizado el Programa de Aprendizaje-Servicio de la Universidad de Deusto ha aumentado su **Bienestar Subjetivo** más que el grupo de estudiantes que no lo ha realizado.

De manera consistente con los resultados obtenidos de la comparación entre los dos grupos, en los análisis intragrupo se ha observado como hay un cambio estadísticamente significativo, al nivel del 5%, en los niveles de Bienestar Subjetivo en el grupo que ha realizado el Programa de ApS, cambio que no se da en el Grupo Control.

■ **Hipótesis Específica 2: Los estudiantes que realicen el Programa presentarán menor nivel de Depresión en comparación con los que no lo realicen.**

El análisis comparativo entre el Grupo Experimental y el Grupo Control indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas tanto en los niveles de Depresión en el post-test como en la variación de estos niveles entre los dos momentos de medición (antes y después de que el Grupo Experimental realizara el Programa).

Además de la significación estadística hallada, se obtiene un tamaño del efecto $d = 0.34$, lo que sugiere una magnitud de cambio entre pequeña y moderada (Cohen, 1988).

Se confirma la hipótesis específica 2. El grupo de estudiantes que ha realizado el Programa de Aprendizaje-Servicio de la Universidad de Deusto ha mejorado su nivel de **Depresión** más que el grupo de estudiantes que no lo ha realizado.

De manera consistente con los resultados obtenidos de la comparación entre los dos grupos, en los análisis intragrupo se ha observado como hay un cambio estadísticamente significativo, al nivel del 5%, en los niveles de Depresión en el grupo que ha realizado el Programa de ApS, cambio que no se da en el Grupo Control.

■ **Hipótesis Específica 3: Los estudiantes que realicen el Programa presentarán menor nivel de Ansiedad en comparación con los que no lo realicen.**

Los resultados obtenidos no hallan diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control en los niveles de ansiedad en el post-test. Sin embargo, evidencian **diferencias** estadísticamente significativas entre ambos grupos **en el cambio** (antes-después del Programa) de los niveles **de Ansiedad-Rasgo**. Esto es, aunque no haya diferencias en los niveles de Ansiedad-Rasgo en el post-test entre ambos grupos, sí las hay en la variación de dichos niveles: los estudiantes que han realizado el Programa han mejorado sus niveles de Ansiedad-Rasgo más que los estudiantes que no lo han realizado. No se hallan diferencias estadísticamente significativas en el cambio de los niveles de Ansiedad-Estado entre ambos grupos.

Se confirma parcialmente la hipótesis específica 3. El grupo de estudiantes que ha realizado el Programa de Aprendizaje-Servicio de la Universidad de Deusto ha **mejorado sus niveles de Ansiedad-Rasgo** más que el grupo que no lo ha realizado, pero **no ha mejorado sus niveles de Ansiedad-Estado en comparación** con éste.

Con respecto a los resultados de los análisis intragrupo, se observa como en el Grupo Experimental hay un cambio con respecto a sí mismo estadísticamente significativo, al nivel del 5%, tanto en los niveles de Ansiedad-Estado como en los niveles de Ansiedad-Rasgo. Este cambio no se observa en el Grupo Control.

Además, se halla que la variable “Cambio en Ansiedad-Rasgo” es indicadora y/o predictora del cambio o mejoría en el conjunto de las variables de salud psicosociales empleadas en el presente estudio.

■ **Hipótesis Específica 4:** Los estudiantes que realicen el Programa presentarán mayor nivel de Adaptación Social en comparación con los que no lo realicen.

El análisis comparativo entre el Grupo Experimental y el Grupo Control indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas, al nivel del 5%, tanto en los niveles de Adaptación Social en el post-test como en la variación de estos niveles entre los dos momentos de medición (antes y después de que el Grupo Experimental realizara el Programa).

Además de la significación estadística hallada, se obtiene un tamaño del efecto $d = 0.34$, lo que sugiere una magnitud de cambio entre pequeña y moderada (Cohen, 1988).

Se confirma la hipótesis específica 4. El grupo de estudiantes que ha realizado el Programa de Aprendizaje-Servicio de la Universidad de Deusto ha aumentado su **Adaptación Social** más que el grupo de estudiantes que no lo ha realizado.

De manera consistente con los resultados obtenidos de la comparación entre los dos grupos, en los análisis intragrupo se ha observado como hay un cambio estadísticamente significativo, al nivel del 5%, en los niveles de Adaptación Social en el grupo que ha realizado el Programa de ApS, cambio que no se da en el Grupo Control.

■ **Hipótesis Específica 5: Los estudiantes que realicen el Programa informarán de una mejor Salud Percibida en comparación con los que no lo realicen.**

Los resultados obtenidos no hallan diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control en ninguna de las dimensiones de Salud Percibida en el post-test. No obstante, se evidencian significaciones cercanas al 5% (en torno al nivel del 10%) y tamaños del efecto pequeños (entre 0.22 y 0.26) (Cohen, 1988) en la dirección esperada en **Salud General** (dimensión de salud percibida a nivel físico) y en el **Componente Sumatorio de Salud Física**, así como en dos dimensiones de salud mental percibida: **Rol Emocional** y **Función Social**.

Además, con respecto a los cambios en las dimensiones de Salud Percibida antes-después del Programa, se halla una diferencia estadísticamente significativa indicativa de mejoría en el cambio de la dimensión de **Función Social**, y posiblemente significativa para **Salud General** ($p = .052$) no hallándose para el resto de las dimensiones ni para ninguno de los dos componentes sumatorios.

Se rechaza la hipótesis específica 5. No se puede afirmar que el grupo que ha realizado el Programa de Aprendizaje-Servicio de la Universidad de Deusto haya mejorado su **Salud Percibida** más que el grupo de estudiantes que no lo ha realizado.

Con respecto a los resultados de los análisis intragrupo, se observa como **en el Grupo Experimental hay un cambio con respecto a sí mismo** estadísticamente significativo, al nivel del 5%, en las dimensiones de **Salud General**, **Función Social**, **Rol Emocional** y **Componente Sumatorio de Salud Mental**, cambio **que no se**

observa en el Grupo Control. En base a los resultados anteriores no se puede confirmar la mejoría de la salud percibida a nivel físico, pero se observan indicios de un posible efecto pequeño a este nivel. Además, los resultados también sugieren la posible mejoría de la percepción de salud a nivel psicosocial. Es posible que los cambios en la salud percibida a nivel físico que se pueda dar en la población de este estudio, jóvenes universitarios con buen estado de salud de partida, sean muy sutiles y requieran de instrumentos más sensibles para poder detectarlos. El instrumento empleado para esta medición pone el acento en la detección de la percepción de limitaciones a causa del estado de salud física.

- Con base a los datos obtenidos en el análisis de resultados y en relación con el contraste de hipótesis, se puede concluir que el **Programa de ApS de la Universidad de Deusto tiene un impacto positivo en la salud psicosocial** de los estudiantes que lo realizan, **no pudiéndose confirmar** un efecto beneficioso **en la salud a nivel físico** en comparación con los estudiantes del Grupo Control. Estos resultados son consistentes con la evidencia disponible en la literatura que indica un impacto positivo de los programas de ApS de calidad en variables de desarrollo personal y social (p. ej., Astin et al., 2000; Conway, Amel y Gerwien, 2009; Eyler et al., 2001; Yorio y Ye, 2012), así como los hallazgos referentes al impacto beneficioso en la salud mental de las prácticas de servicio solidario (p. ej., Musick y Wilson, 2003; Piliavin y Siegl, 2007; Schwartz y Sendor, 2000; Thoits y Hewitt, 2001). Sin embargo, no se ha podido comprobar en este estudio el posible impacto en la salud a nivel físico, que sí ha sido asociado a la práctica de servicio solidario en otras investigaciones (p. ej., Chuang y Kwan, 2006; Pivialin y Siegl, 2007;

Poulin, 2013; Van Willigen, 2000; Young y Glasgow, 1998). No obstante, se han hallado indicios en esta investigación de un posible impacto positivo en la percepción de la salud física. Varios son los motivos que se pueden encontrar para explicar la falta de impacto en la salud percibida a nivel físico:

- **Es posible que los cambios que puedan darse en la salud a nivel físico en la población de este estudio** (jóvenes universitarios, con unos buenos niveles de salud de partida) **sean muy pequeños** y que el impacto positivo a este nivel sea más evidente en población de edad más avanzada o con un peor estado de salud. A este respecto, algunos estudios (Dávila y Díaz, 2005; Van Willigen, 2000) sugieren que los efectos beneficiosos en población mayor pueden ser más acusados o diferentes de los que se encuentran en personas más jóvenes. Van Willigen (2000) indica que la diferencia podría residir en el significado que personas jóvenes y de edad avanzada le dan al servicio solidario. Dávila y Díaz (2005) opinan que el servicio solidario se asume como un rol especialmente importante entre las personas de la tercera edad, ya que este tipo de actividad es considerado como protector del declive físico y de la inactividad del retiro laboral. Puesto que el servicio solidario puede reducir los sentimientos de pérdida que con frecuencia acompañan el paso al retiro laboral (Musick y Wilson, 2003), Dávila y Díaz (2005) sugieren que puede conllevar más beneficios para las personas mayores que para cualquier otro grupo de edad. Además, como se desarrolla en el siguiente punto, la literatura apunta a un mayor beneficio del servicio solidario para las personas que parten de una peor salud y que presentan más déficits de recursos a nivel personal e interpersonal (p. ej., Fengler, 1984; Musick et al., 1999; Piliavin y Siegl; 2007; Poulin, 2013). Esto puede ser especialmente relevante en la salud física, ya que por la edad de la

muestra del presente estudio es menos probable que pueda haber dificultades a nivel físico que a nivel psicológico o social.

- **Es posible que el instrumento** utilizado para la medida de salud percibida a nivel físico, el SF-36, sea más sensible a los cambios en la percepción del estado de salud en poblaciones con un peor estado de salud o de edad más avanzada, siendo **poco sensible a los cambios en población con un buen estado de salud de partida**, como la de este estudio.
- **La mejoría** detectada en el grupo de estudiantes que ha participado en el Programa **afecta a aproximadamente al 30%** de estos participantes. Se encuentra que **el Programa tiene efectos más beneficiosos sobre las personas que parten de un peor estado de salud**. Esto es, los participantes que más han mejorado se caracterizan por un peor estado de salud psicosocial de partida (no se hace referencia aquí a problemas psicopatológicos, sino a peores niveles en población no clínica en las variables objeto de estudio). Este hallazgo es **consistente** con los **estudios** que han encontrado cómo **se benefician más de la práctica de servicio solidario las personas con peor estado de salud o que presentan mayor déficit de recursos a nivel interpersonal** (p. ej., Goleman, 2008; Poulin, 2013).
- El **nivel de la mejoría no se caracteriza por** ninguna de las variables sociodemográficas y extrañas medidas en la muestra (**sexo, edad, facultad, voluntariado previo o adicional**). En la revisión de la literatura se ha observado que los efectos positivos del servicio solidario se asocian al **tiempo dedicado** a esta actividad (p. ej., Dávila y Díaz; 2005; Piliavin y Siegl, 2007; Thoits y Hewitt, 2001). La influencia de la duración e intensidad también se ha confirmado en las prácticas

de ApS. La evidencia hallada sugiere que a mayor duración e intensidad del servicio, los efectos son mayores (p. ej., Eyler y Giles, 1997, 1999). No obstante, el presente estudio no ha evidenciado una influencia del tiempo dedicado al servicio solidario independiente o previo a la realización del Programa. Estos resultados confirman la evidencia ya existente acerca de los efectos diferenciales del ApS y otras actividades solidarias. Por ejemplo, Astin et al. (2000) mostraron que los efectos positivos del ApS en el desarrollo cognitivo y afectivo de estudiantes de educación superior eran claramente superiores que los efectos producidos por otras actividades de servicio solidario. En cuanto a la edad, la literatura también apunta a una influencia de esta variable en los efectos del servicio solidario (Dávila y Díaz, 2005; Van Willigen, 2000), de manera que los efectos beneficiosos en población mayor parecen ser más acusados que los que se encuentran en personas más jóvenes. Sin embargo, la homogeneidad de la muestra en cuanto a la edad (rango de edad comprendido entre los 18 y los 25 años y una edad media de 19.21 años) limita la posibilidad de comprobar la posible influencia mediadora de la edad.

- **Es posible que los efectos en las variables de salud medidas en este estudio requieran de un mayor espacio de tiempo para poder ser evidentes**, al ser variables de contenido afectivo. Diversos estudios han encontrado efectos positivos claros de los programas de ApS sobre variables de tipo fundamentalmente académico, intelectual, cognitivo, social, actitudinal o en valores tras finalizar el Programa (p. ej., Arratia, 2008; Conway, Amel y Gerwien, 2009; Deeley, 2010). Las variables dependientes de la presente investigación pueden ser más sensibles a situaciones de estrés y por tanto no mostrar signos tan claros de mejoría bajo estas condiciones. Además, **es posible que sea necesario un tiempo mayor para poder**

adaptarse emocionalmente y para integrar los cambios afectivos que pueden impulsar este tipo de experiencias. Los participantes han de afrontar situaciones nuevas y buena parte de ellos contacta posiblemente por primera vez con realidades impactantes a nivel emocional. En la medida post-test los estudiantes estaban finalizando el Programa, de modo que aún continuaban en contacto directo con este tipo de experiencias, además de estar sujetos al estrés derivado del final del curso académico.

- Sorprendentemente, se halla una **mejoría en la variable Ansiedad-Rasgo, no pudiendo confirmarla para Ansiedad-Estado**, con respecto al Grupo de Control. Esto es, a pesar de que el grupo que realiza el Programa de ApS mejora con respecto a sí mismo en Ansiedad-Estado, la diferencia no resulta estadísticamente significativa cuando es comparada con el Grupo de Control. Es posible que el momento de la obtención de las **medidas del post-test**, que se ha llevado a cabo a **final de curso**, así como la sobrecarga horaria que puede implicar el Programa hayan influido en los resultados de la medida de Ansiedad-Estado, requiriendo de una latencia mayor para que los posibles efectos sobre ella puedan hacerse evidentes. Se puede asumir que al final del curso académico, próximo al comienzo de los exámenes, **los niveles de estrés aumentan considerablemente**, lo que **influye directamente en los niveles de ansiedad y posiblemente en el resto de las variables**. Así, puede ser que no se haya dado una magnitud mayor en los efectos positivos del Programa en las variables de salud objeto de estudio, y específicamente en la variable de Ansiedad-Estado debido a una posible **sobrecarga en los alumnos del Grupo Experimental**. En la revisión de literatura se encontraban estudios que advertían que es la práctica moderada de servicio solidario

la que proporciona beneficios (Post, 2005), y que la sobrecarga o el sentirse abrumados por la ayuda a otros puede tener un efecto perjudicial, incluso mayor que el efecto positivo de su práctica (Schwartz et al., 2003). Se ha revisado, además, como el estrés juega un papel fundamental en los procesos de salud-enfermedad (Klinger et al., 2005; Ramos et al., 2008; Rodríguez-Marín y López-Roig, 1993). **Así, es posible que algunos alumnos se hayan podido sentir abrumados por las tareas de ayuda.** Por un lado, los estudiantes que han realizado el Programa de ApS han aumentado considerablemente el número total de horas lectivas (con una media estimada de cuatro horas adicionales respecto a los alumnos que no han realizado el Programa). Pero además de la sobrecarga horaria, para algunos alumnos puede haber supuesto una sobrecarga en los recursos de afrontamiento psicológicos. El 51% no había realizado nunca ningún servicio solidario previo, de modo que para ellos éste ha podido ser el primer contacto con grupos en situación o riesgo de exclusión y la primera experiencia en relaciones formales de ayuda. El estrés derivado de lo anterior, ha podido elevar los niveles de Ansiedad-Estado y Depresión, disminuido los niveles de Bienestar Subjetivo y Adaptación Social o empeorado la Salud Percibida en algunos participantes.

- Se halla que la variable Cambio en **Ansiedad-Rasgo** puede ser un **indicador y/o predictor de la mejoría** en el conjunto de las variables empleadas en el presente estudio que miden la salud a nivel psicosocial. Es posible que los estudiantes que han pasado por el Programa hayan desarrollado recursos de afrontamiento, contribuyendo todo ello a bajar los niveles de ansiedad como rasgo de personalidad. Este hallazgo es coherente con los datos observados en la revisión de la literatura realizada. Se ha revisado como las experiencias de ApS ayudan a los estudiantes a

ser psicosocialmente competentes (p. ej., Conway, Amel y Gerwien, 2009; Eyler y Giles, 1999; Yorio y Yee, 2012), esto es, a estar en unas mejores condiciones para desenvolverse de una manera positiva consigo mismas, con las demás personas y con el entorno sociocultural en el que viven. Así, el desarrollo de las competencias psicosociales dota a la persona de mayores recursos de afrontamiento y está asociada a una mayor resistencia psicológica y física (p. ej., Bear, Manning y Izard, 2003; Zins et al., 2004). En este sentido, se ha revisado como el afrontamiento juega un papel fundamental en los procesos de salud-enfermedad, al ser el resultado del proceso de adaptación general de una persona, y como los efectos de la respuesta adaptativa se manifiestan tanto a nivel biológico, como psicológico y social (Santacreu, 1991). Además, la evidencia disponible en la literatura apunta a una relación recíproca entre los estados emocionales, el afrontamiento y los procesos de estrés, de manera que las emociones positivas favorecen el desarrollo de recursos de afrontamiento, y el afrontamiento favorece determinadas emociones (Fredrickson y Joiner, 2002). Folkman y Lazarus (1988) señalaban que el afrontamiento actúa como mediador de los estados emocionales, de modo que si la persona valora que las demandas de la situación exceden ampliamente sus recursos, se darán emociones negativas y niveles altos de estrés. En cambio, la valoración de la situación como reto o desafío se asociará a emociones positivas y a niveles moderados o leves de estrés. Esto puede ayudar a comprender porque en el presente estudio no se evidencia el efecto en Ansiedad-Estado (en comparación con el Grupo Control; recuérdese que el Grupo Experimental sí mejora en esta medida entre el pre-test y el post-test), evidenciándose, en cambio, en Ansiedad-Rasgo. Puesto que los alumnos estaban aún finalizando su experiencia y debían además afrontar el final del curso

académico, resulta fácil deducir que la valoración que podían hacer de su situación era de reto o desafío, resultando en unos niveles mayores inmediatos de Ansiedad-Estado. En cambio, recuérdese que el concepto de Ansiedad-Rasgo hace referencia a una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a las personas en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1982). Es decir, Ansiedad-Rasgo hace referencia a una tendencia de personalidad relativamente estable, que no se manifiesta directamente en la conducta sino que ha de ser inferida por la frecuencia en que una persona experimenta aumentos en su estado de ansiedad y en los modos de afrontamiento, así como en la cognición y emoción asociada a él. Así, las personas con un alto grado de Ansiedad-Rasgo tienden a percibir y evaluar un rango mayor de situaciones como más amenazantes y tienen una predisposición mayor a padecer una Ansiedad-Estado más elevada con mayor frecuencia, lo que repercute en una mayor frecuencia o intensidad de estados emocionales negativos (Ries et al., 2012). Asimismo, Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993) sugieren que la eficacia adaptativa del tipo de afrontamiento empleado dependerá de las características de la situación de la persona, del momento temporal y del contexto. Así, puede ser que determinada respuesta de afrontamiento pueda tener efectos positivos en el bienestar psicológico y, sin embargo, tener un impacto negativo a nivel fisiológico a corto plazo (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993). Los datos de la presente investigación parecen indicar que las personas que han realizado el Programa han disminuido su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, posiblemente a través de la promoción de las competencias psicosociales que promueve el ApS y el consiguiente desarrollo de recursos de afrontamiento. Esto

posiblemente no se refleja en la Ansiedad-Estado por las circunstancias altamente estresantes del momento de la medición post-test.

- Diversos factores específicos han podido contribuir al desarrollo de competencias psicosociales y de recursos de afrontamiento, con la consiguiente disminución de los niveles de Ansiedad-Rasgo:
- Un posible factor puede ser el **cambio de una perspectiva competitiva a una perspectiva cooperativa en clave de reciprocidad**, paradigma que promueve y en el que se enmarca el ApS. En el contexto académico, la ansiedad aumenta cuando hay presiones por el desempeño, consecuencias graves por el fracaso y comparaciones competitivas entre el grupo de pares (Contreras et al., 2005). El ApS favorece el aprendizaje constructivo y cooperativo *con* el otro, en lugar de *contra* el otro o *sobre* el otro. De este modo, se favorece además, la **orientación hacia el proceso de aprendizaje** y la **motivación intrínseca**, en lugar de la orientación a los resultados, asociada a la motivación extrínseca, al miedo al fracaso y a una mayor ansiedad (Contreras et al., 2005). Además, el ApS posibilita equilibrar, a través del trabajo cooperativo y constructivo entre el conjunto de personas implicadas en la tarea, las habilidades de los estudiantes con los desafíos que han de enfrentar, lo que se ha evidenciado como factor promotor de bienestar y de implicación placentera en la actividad (Csikszentmihaly, 2000). Se ha revisado como en el área de investigación del bienestar psicológico, las teorías de la actividad postulan que éste es consecuencia de la actividad humana, más que del alcance de un fin (Diener, 1984).

- Otro mecanismo explicativo de la disminución de la Ansiedad-Rasgo, ha podido ser el contacto con grupos en situación o riesgo de exclusión o vulnerables en algún aspecto. Es posible que el contacto con condiciones de vida más desfavorables, promueva una relativización de los propios problemas y de los estresores percibidos, contribuyendo a disminuir los niveles de Ansiedad-Rasgo. Además, las experiencias de ApS pueden favorecer el desarrollo emocional y salir del propio punto de vista y del propio egocentrismo, para empatizar con otras personas y otras realidades, y poder situarse en otras perspectivas. En este sentido, hay estudios que han mostrado como la **sensibilidad emocional interpersonal** está asociada positivamente a la salud percibida (Guarino, 2005). La sensibilidad emocional personal e interpersonal son aspectos que se pueden desarrollar a través del Programa de ApS, mediante el contacto con las personas destinatarias del servicio comunitario y los grupos de reflexión que se realizan en la Universidad entre los alumnos bajo la conducción del profesor-tutor. Según Piliavin y Siegl (2007), es la focalización *fuera de uno mismo* lo que produce un mayor beneficio a la salud mental, debido quizás en parte al aumento de la autoestima y a un aumento de la vivencia de ser importante para otros.
- Este paradigma cooperativo y la vivencia de realizar una contribución real y útil a otros puede incrementar la vivencia de ***sentirse importante para otros***, lo que en la literatura se ha conceptualizado en voz inglesa como *mattering* (Rosenberg y McCulloch, 1981). Se ha revisado que la evidencia en torno a este concepto ha mostrado su asociación con una mayor autoestima (Taylor, 2001), apoyo social (Rayle y Chung, 2008), bienestar psicológico (Taylor, 2001), menores niveles de depresión y ansiedad (Dixon y Kurpius, 2008; Dixon, Scheidegger y McWhirter,

2009; Taylor, 2001) o menor estrés académico (Rayle y Chung, 2008). El ApS promueve el sentirse parte importante de la comunidad y la sociedad. En este sentido, se ha señalado que la oportunidad en ApS de hacer una contribución real a otras personas es un elemento de calidad del programa que media en los efectos del ApS en los estudiantes (Eyler y Giles, 1999; Gray et al., 1996).

- El hecho de que los programas de ApS ofrezcan la posibilidad de que otras personas, grupos y organizaciones reconozcan el valor y la competencia de la persona (Mendía y Moreno, 2010), puede repercutir en un aumento de la **autoeficacia** (Bandura, 1977a, 1986), lo que supone un posible factor explicativo de la disminución de la Ansiedad-Rasgo y la consiguiente mejora en el conjunto de las variables. Recuérdese que la autoeficacia percibida hace alusión a la capacidad que la persona cree tener para ejercer control sobre su motivación, comportamiento y sobre su ambiente social, lo que moviliza las propias capacidades para organizar y llevar a cabo acciones para alcanzar determinados resultados (Bandura, 1986). Se ha revisado evidencia que relaciona las experiencias de ApS con un aumento de la autoeficacia percibida (Astin et al., 2000; Eyler, Giles y Braxton, 1997; Simons y Clearly, 2006). Además, la literatura señala que **la autoeficacia posee una dirección compleja y bidireccional con la ansiedad**, de modo que las personas que tienen una percepción baja de autoeficacia generan mayores niveles de ansiedad y las personas que presentan percepción de alta autoeficacia muestran bajos niveles de ansiedad (Contreras et al., 2005). Asimismo, el aumento de autoeficacia y la constatación a través de la experiencia directa de que se puede hacer algo por cambiar las cosas, puede provocar un aumento de la **controlabilidad** percibida y favorecer un **locus de control interno**. La literatura ha evidenciado que la

controlabilidad tiene efectos indirectos sobre la ansiedad y depresión, a través del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas y el incremento de la percepción de eficacia (Johansson et al., 2012). La falta de controlabilidad está asociada con la indefensión aprendida (Maier y Seligman, 1975; Seligman, 1975), que conlleva la sensación subjetiva de no poder hacer nada y la ausencia de respuesta a pesar de que existan oportunidades reales de cambiar la situación aversiva, mediante la evitación o la obtención de recompensas positivas. Así, cierto grado de controlabilidad y de falta de controlabilidad energiza para el afrontamiento, sin embargo, un elevado nivel de percepción de incontrolabilidad del medio se ha asociado a depresión y a la ausencia de respuesta (Delgado, Herrera y Lamyau 2006; Herrera y Delgado, 2008). En cuanto al locus de control interno, que hace referencia a la percepción de que se puede controlar la propia vida (Rotter, 1966), favorece que el estudiante valore el propio esfuerzo, las habilidades y la responsabilidad personal, mientras que un locus de control externo promueve que se devalúen, al subyacer la percepción de que los eventos no pueden ser controlados por esfuerzo propio. En este caso, los méritos y las responsabilidades serían atribuidos principalmente a otras personas, lo que iría en detrimento del desarrollo de habilidades de afrontamiento. Así, es posible que las experiencias de ApS promuevan la vivencia de que las acciones que se realizan tienen un impacto directo transformador en otras personas y en sí mismos, aumentando la propia percepción de control sobre el medio. Además, puede que las experiencias de ApS reestructuren las creencias de inadecuación e inhabilidad del estudiante para hacer frente a determinadas tareas, creencias en las que tienden a centrarse más las personas con Ansiedad-Rasgo elevada. Al creer que se puede hacer frente a determinadas tareas y determinados desafíos, disminuye la tendencia a

percibir las como amenazantes, lo que repercutiría en una disminución de los niveles de Ansiedad-Rasgo.

- Otro factor que se desprende del paradigma cooperativo del ApS y que puede contribuir a la disminución de los niveles de Ansiedad-Rasgo, puede ser el **apoyo social**. El apoyo social ha sido relacionado con la práctica de servicio solidario (p. ej., Black y Living, 2004; Pliavin y Siegl, 2007) y se ha establecido en la literatura como un factor protector de salud y como amortiguador del estrés, por lo que implica el desarrollo de recursos de afrontamiento (p. ej., Barrón y Sánchez, 2001; Guarino y Sojo, 2011; Vivaldi y Barra, 2012). La práctica de ApS favorece el desarrollo de redes sociales de apoyo, a través del aumento del contacto social cooperativo (con las personas destinatarias del servicio, con los compañeros de clase, con el personal de las entidades donde se realiza el servicio, etc.) y a través del desarrollo de habilidades sociales que favorecen la cantidad y calidad en el contacto social. Cabe recordar que el ApS desarrolla proyectos en el contexto de la comunidad, por lo que necesita y facilita las relaciones entre grupos, organizaciones e individuos para su desarrollo, incrementando las relaciones interpersonales de las personas que intervienen (Mendía y Moreno, 2010); promoviendo, además, procesos de inclusión y de **integración social**. La integración social, que hace referencia a la relación entre la persona y la sociedad, ha sido considerada como un factor clave en salud mental (Barrón y Sánchez, 2001; Maruottolo, 2012; Sánchez, 2001), estando asociada con una mejor adaptación al entorno y posiblemente a una vivencia menos amenazante del mismo.

- En consonancia con lo anterior, otro factor que puede estar influyendo en la disminución de la vivencia del entorno como amenazante, y por tanto en la disminución de los niveles de Ansiedad-Rasgo, es el desarrollo de la **espiritualidad**, que se ha relacionado con efectos más positivos de la práctica de ApS (Hefner y Beversluis, 2002). Recuérdese que la espiritualidad tiene que ver con la capacidad de trascender al sí mismo, con sentir la pertenencia a un contexto más amplio y la conexión con los demás, aspectos que promueve el ApS. El ApS facilita el sentirse parte de algo más grande que uno mismo; facilita sentirse parte de la comunidad y de la sociedad a través de la experiencia de servicio comunitario, la reflexión crítica y la formación en valores asociada. *Si me siento* más conectado a los otros, *si me siento* parte de un todo más grande, entonces *no percibiré* a los otros y al mundo como amenazantes, lo que disminuiría los niveles de Ansiedad-Rasgo. Además, la espiritualidad permite estar en una mejor conexión con uno mismo y darle sentido y coherencia al proyecto vital, lo que podría disminuir la ansiedad asociada a la incertidumbre y a la percepción del futuro como amenazante.
- El desarrollo de la identidad ha sido otro factor asociado a las experiencias de ApS (Eyler et al., 2001; Yorio y Yee, 2012) y que podría estar asociado a la disminución de la ansiedad como rasgo de personalidad. Se ha señalado que determinados trastornos psicopatológicos, que se caracterizan por una identidad no desarrollada adecuadamente, suelen conllevar síntomas de falta de significado y vacío existencial y que es necesario que haya una crisis de identidad para poder llegar a cierta resolución y a la estabilidad de una identidad desarrollada (Erikson, 1968). Al respecto, se ha argumentado que es posible que el ApS ayude a desarrollar aspectos identitarios a través del cuestionamiento de valores y significados; de la integración

de aspectos escindidos mediante la reflexión crítica y del consiguiente incremento de autoconciencia. De esta manera, el ApS puede promover una crisis de valores, creencias y significados que uno tiene sobre sí mismo y el mundo, para poder resignificarlos y reconstruirlos de una manera más evolucionada, integrada y sana. No obstante, este es un proceso relativamente doloroso y ansiógeno, ya que implica desprenderse parcialmente de lo que ha sido constitutivo de uno. La crisis implica que ciertos aspectos entran en conflicto; lo de antes ya no sirve y lo nuevo conlleva la ardua y larga tarea del proceso de integración de algo que resulta menos familiar, y por tanto menos seguro a ojos del psiquismo, *que le gusta lo conocido* y se resiste al cambio. Esto puede explicar porque los efectos de programas promotores de desarrollo integral de las personas, cómo éste, pueden requerir de una latencia mayor para hacerse evidentes en toda su intensidad.

- Por último, y de manera consistente con lo anterior, subrayar el hallazgo de Poulin (2013) acerca de la visión positiva de otros como mediador de los efectos de la práctica de servicio solidario en la salud. Este es un factor clave para comprender parcialmente el efecto diferencial de las prácticas de ApS con respecto a otras prácticas solidarias. Las prácticas de ApS huyen de posturas partenaristas que sitúan al que ayuda en una posición asimétrica y de poder con respecto al que recibe la ayuda. En el ApS es clave la reciprocidad: *“Yo te ayudo a través de un servicio y tú me ayudas dándome la oportunidad de aprender contigo”*. Desde esta perspectiva, se rompen los estereotipos y prejuicios que pueden acompañar a las prácticas solidarias, y el destinatario del servicio es considerado como alguien valioso *“para mí y para la comunidad”*. Lo anterior se consigue a través de la profunda reflexión crítica que acompaña a toda la experiencia de ApS, que la literatura ha evidenciado

como un mediador fundamental de los efectos positivos del ApS (p. ej., Eyler y Giles, 1999), y que además ha sido asociada con mejor salud física y emocional (Pennebaker, 1997).

En conclusión, de acuerdo a los resultados del presente estudio y a la literatura revisada, los efectos positivos de la práctica del ApS en la salud psicosocial podrían explicarse parcialmente en base al desarrollo de las competencias psicosociales que promueve, lo que se refleja en la disminución de los niveles de Ansiedad-Rasgo. Esta disminución se produciría al percibir los eventos como menos amenazantes puesto que se dispone de más recursos para afrontarlos. Posiblemente, la relativización de los propios problemas que implica el contacto directo con realidades más desfavorecidas que la propia, y el cambio de un paradigma competitivo a uno cooperativo en clave de reciprocidad, hayan influido en la disminución de la Ansiedad-Rasgo. Además, los recursos cognitivos, emocionales, sociales e interpersonales adquiridos a través del Programa de ApS posiblemente estén relacionados con factores asociados a la práctica de ApS en la literatura como la autoeficacia, la autoestima, el sentirse importante para otros, la controlabilidad, el apoyo social, la integración social, el crecimiento espiritual o el desarrollo identitario (p. ej., Conway, Amel y Gerwien, 2009; Eyler et al., 2001; Yorio y Ye, 2012) lo que a su vez redundaría en estados de ánimo positivos y en una mejor adaptación general de la persona, que en última instancia, determina los procesos de salud-enfermedad. Lo anterior podría explicar la mejora en los niveles de Bienestar Subjetivo, Depresión y Adaptación Social y que la variable Ansiedad-Rasgo haya resultado indicadora o predictora de la mejoría en el conjunto de estas variables psicosociales.

10.3. Limitaciones

- Una limitación relevante del presente estudio ha sido la **pérdida de participantes**, lo que ha contribuido a una desigualdad en los tamaños muestrales de cada condición experimental y a la desigualdad en la distribución por facultades obtenida, aunque en el análisis de datos se ha comprobado que la facultad no está asociada a la mejoría detectada. Se han perdido un total de 162 participantes, al haber completado datos de sólo una de las medidas (pre o post-test). Esto ha supuesto la pérdida del 69% de la muestra.
- Otra limitación del estudio ha sido el haber tomado las **medidas post-test al final de curso**, donde se puede asumir que los **niveles de estrés aumentan** considerablemente, lo que influye directamente en los niveles de ansiedad y posiblemente en el conjunto de las variables.
- El **instrumento utilizado** para la **medida de salud percibida a nivel físico**, ha podido ser otra limitación de esta investigación. Es posible que el SF-36 sea más sensible a los cambios en la percepción del estado de salud en poblaciones con un peor estado de salud o de edad más avanzada, siendo poco sensible a los cambios en población con un buen estado de salud de partida, como la del presente estudio. Es fundamental tener en cuenta dicha limitación para la elección de un instrumento más adecuado a población joven con buen estado de salud general, como la de este estudio.

- Dada la **especificidad** de la **población** de esta investigación (población universitaria de la Universidad de Deusto de 2º de grado), otra posible limitación es la generalización de los resultados a otras poblaciones; si bien la consistencia con los resultados observados en la literatura con poblaciones de otras características sugieren la posibilidad de resultados similares en muestras extraídas de otras poblaciones (otros rangos de edad; otros niveles educativos; otras ubicaciones geográficas; otras instituciones educativas, etc.).

10.4. Conclusiones generales

- Los análisis realizados confirman cuatro de las cinco hipótesis específicas, al confirmarse una mejoría en el grupo de alumnos que ha realizado el Programa de Aprendizaje-Servicio en las variables de Bienestar Subjetivo, Depresión, Adaptación Social y Ansiedad-Rasgo, no pudiéndose constatar la mejoría en Ansiedad-Estado ni en la Salud Percibida, especialmente a nivel físico. Es decir, el Programa ha tenido un efecto positivo en la salud a nivel psicológico y social, pero no se puede confirmar a nivel físico, según estos resultados.
- La significación estadística se ha evidenciado tanto en el cambio del Grupo Experimental con respecto a sí mismo, como en las diferencias entre ambos grupos en las medidas post-test y en el cambio antes-después de la realización del Programa. Además, se han evidenciado tamaños del efecto entre pequeños y moderados en las medidas post-test tanto en las variables estadísticamente significativas como en algunas variables no significativas.

- No se puede confirmar el efecto del Programa en la Salud Percibida general de los alumnos, aunque se encuentran tamaños del efecto pequeños en varias dimensiones de salud percibida tanto a nivel psicosocial como físico, así como mejoras estadísticamente significativas en comparación con el Grupo Control (en Salud General y Función Social) y con respecto a sí mismos (en Salud General, Función Social, Rol Emocional y Componente Sumatorio de Salud Mental). Estos resultados sugieren la mejora de la salud percibida a nivel psicosocial y arrojan indicios de una leve mejora en la salud física percibida, que quizás por ser muy sutil, no se evidencia de manera clara en los resultados. Por tanto, no se puede constatar un efecto positivo del Programa en la salud a nivel físico.
- La mejoría detectada como significativa en los estudiantes que participaron en el Programa (luego la influencia del Programa en la mejoría del estado de salud psicosocial de los participantes) afecta a un grupo de 25 personas (aproximadamente un 30% de las personas que participaron en el Programa) y especialmente a un subgrupo de seis personas (aproximadamente el 10% de los participantes) que se caracteriza por tener un estado de salud peor a nivel psicosocial de acuerdo a las variables dependientes medidas a la muestra (recuérdese que no se hace referencia a problemas psicopatológicos, sino a altos niveles en población general). Para los demás estados iniciales no hay una influencia clara del Programa.
- La mejoría detectada es en general pequeña, salvo en un subgrupo (10%) del Grupo Experimental asociado a las personas con peor estado de salud inicial. Esto es coherente con las características de la muestra de este estudio, jóvenes universitarios con un buen estado de salud de partida en general (como se ha podido observar en

los datos descriptivos del pre-test), para la que se esperan efectos pequeños, aunque relevantes.

- El nivel de la mejoría no está caracterizada por ninguna de las otras variables medidas en la muestra (sexo, edad, facultad, voluntariado previo o externo al Programa).
- Se encuentra que la variable Cambio en Ansiedad-Rasgo puede ser indicadora y/o predictora del cambio en el conjunto de las variables psicológicas y sociales empleadas en el presente estudio. Esto puede permitir usar dicha variable en futuros estudios como indicadora y/o predictora del efecto de un Programa de ApS en la salud psicosocial.
- Los correspondientes análisis no paramétricos que se realizaron a modo confirmatorio arrojaron idénticos resultados, aunque detectaban significaciones más débiles. Esto es consistente con el hecho de que son técnicas de menor potencia (aunque menos exigentes en sus supuestos: no se exige normalidad) y con las conclusiones de los análisis realizados, en el sentido de que la mejoría detectada es en general pequeña, salvo en el subgrupo del Grupo Experimental asociado a las personas con peor estado de salud inicial.
- En base a lo anterior, se puede concluir que el Programa de ApS de la Universidad de Deusto ha tenido un impacto positivo en la salud psicosocial de los estudiantes, especialmente en aquellos que presentaban peor salud inicial.

Estos resultados arrojan resultados prometedores en cuanto al potencial de los programas de ApS como promotores de salud, especialmente para población de riesgo

(no clínica) dentro de la población general. No obstante, las limitaciones de este estudio, llevan a interpretar con cautela los resultados hallados. Además, plantean la necesidad de aumentar la investigación en esta área poco investigada, para poder así consolidar los resultados hallados en esta investigación y poder seguir avanzando en la comprensión del potencial promotor de salud que la evidencia disponible apunta a atribuir a los programas de ApS.

Para finalizar, destacar que el ApS se perfila como una excelente oportunidad para promover la salud mental desde las instituciones educativas y como una estrategia muy efectiva desde el punto de vista de coste-beneficio, que permite no sólo la mejora del aprendizaje académico y competencial de los estudiantes, sino también de su desarrollo integral, así como la mejora de la comunidad y la promoción de una sociedad más ética, más humana, más cooperativa y más solidaria.

Capítulo 11

Implicaciones y Aplicaciones Prácticas del Estudio. Futuras Líneas de Investigación

CAPÍTULO 11. Implicaciones y Aplicaciones Prácticas del Estudio. Futuras Líneas de Investigación

“La experiencia me ha aportado muchísimo más de lo que yo he aportado [...]. Mis objetivos en la vida han dado un giro drástico, ya que ahora no está solo el mejorarme únicamente a mí misma, sino el mejorar a toda la humanidad en global. Todos formamos parte de un todo indivisible, y cuando una parte del todo está en peligro, es responsabilidad de todos el salvar esa parte”

Alumna de Aprendizaje-Servicio

11.1. Implicaciones y aplicaciones prácticas desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud

11.2. Futuras líneas de investigación

11.1. Implicaciones y aplicaciones prácticas desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud

A la luz de la literatura revisada y de los resultados obtenidos, los efectos positivos del aprendizaje-servicio están mediados por características de la calidad del programa en cuestión, así como por características de los propios participantes. Esto conlleva implicaciones a la hora de diseñar y desarrollar programas de ApS promotores de salud.

Con respecto a las características del programa, uno de los factores que la literatura ha señalado como componente fundamental y que ha sido establecido como mediador de los efectos positivos del ApS, es la **reflexión crítica** (Eyler y Giles, 1999). Además, hay evidencia de que la reflexión aporta beneficios en la salud tanto física como emocional, especialmente cuando ésta contiene elementos de pensamiento causal,

introspección y autoconocimiento (Pennebaker, 1997). Además, la evidencia revisada en torno a la inteligencia espiritual (Zohar y Marshall, 2001), a los beneficios de la espiritualidad en la salud a través del ApS (Hefner y Beversluis, 2002) y al potencial del ApS para el desarrollo de la identidad, implica la cuidadosa planificación y estructuración de **espacios sistemáticos de reflexión** en los programas de ApS que no se limiten a la integración de la materia y el servicio y a la exploración académica significativa de las experiencias; sino que también **promuevan el significado y el conocimiento personal**, además del cuestionamiento de valores, creencias y significados relativos a uno mismo y al mundo. Para ello, es preciso que los espacios de reflexión dejen espacio suficiente para que los estudiantes puedan intercambiar experiencias y pensar sobre ellas. Si se completan estos espacios de reflexión en el aula sólo con actividades académicas, se estará perdiendo parte del potencial que tienen los programas de ApS para promover la salud psicosocial entre los estudiantes (Eyler y Giles, 1999; Ngai y Ngai, 2005). La reflexión crítica, además, ha de ser en **clave de reciprocidad**, de cooperación, de democracia y abierta al diálogo, para no producir el efecto paradójico de reforzar perjuicios y estereotipos de los colectivos de la comunidad con los que se colabora; para favorecer la flexibilidad cognitiva y el desarrollo de actitudes y valores y, en definitiva, para favorecer el impacto en la salud de los estudiantes. En este sentido, se ha revisado que los efectos positivos del servicio solidario están mediados por la visión positiva de las personas a las que se ayuda (Poulin, 2013). La perspectiva de reciprocidad en contraposición al *asistencialismo* es un factor clave para lograrlo. La reflexión en formato grupal en el aula tiene un gran potencial para poder desarrollar los anteriores aspectos. Además, es recomendable acompañarla con actividades de reflexión individual para maximizar el impacto que la

reflexión produce en el desarrollo de los estudiantes. En este sentido, resulta muy adecuada la elaboración de una memoria final individual que ayude a los alumnos a integrar la experiencia de ApS y reflexionar sobre ella, incluyendo el impacto en su propio desarrollo. También puede resultar muy recomendable la elaboración de un diario personal a lo largo de todo el curso que vaya recogiendo las experiencias y reflexiones que vayan surgiendo a lo largo del proceso.

Además, es importante que todos los aspectos del programa sean coherentes con la **perspectiva cooperativa, democrática y constructiva** que fundamenta el ApS. Así, esto habría de reflejarse en el formato de las actividades y trabajos personales que han de realizar los alumnos en la universidad. Un **aprendizaje más constructivo y cooperativo** implica que los estudiantes colaboren para construir el conocimiento en lugar de competir por hacer el mejor trabajo individual. Por ejemplo, tras un trabajo personal individual, se les puede pedir a los alumnos que se reúnan en grupos para ayudarse a complementar el contenido y para descubrir distintos modos de pensar y hacer las cosas. Además, es importante promover que los estudiantes utilicen los trabajos para pensar, reflexionar y aprender, en lugar de *producir* trabajos académicos con el fin principal de obtener una buena calificación o aprobar la asignatura. A través de lo anterior, se logra promocionar la motivación intrínseca y la orientación al proceso en lugar de al resultado. Es la motivación intrínseca la que se asocia al disfrute de la actividad, al bienestar y a la persistencia en ella (Reeve, 2003). Esto es muy importante para comprender la importancia de que los estudiantes de ApS hagan suyos los motivos de realizar el servicio, lo cual es posible a través de la reflexión crítica, de la **mayor horizontalidad entre docente-alumno**, y del paso de una postura paternalista a una postura colaboradora y recíproca. De este modo, también se promueve la

responsabilidad personal del alumno y su autonomía, otro de los ejes clave del ApS, que repercute en un aumento de la autoeficacia, la autoestima y la percepción de controlabilidad del estudiante (Mendía y Moreno, 2010). A este respecto, la teoría de autoeficacia (Bandura, 1997) implica que el ámbito educativo puede ser una fuente de satisfacción importante para los estudiantes, si se les permite poner a prueba sus capacidades y habilidades, favoreciendo la percepción de control sobre las situaciones y aumentando las expectativas de autoeficacia, lo que promueve una mejora del autoconcepto y la autoestima.

La **tutorización directa** de los alumnos también ha sido establecida como un mediador de los efectos del ApS en la literatura (Batchelder y Root, 1994). Esto implica la importancia de realizar una supervisión cercana de los alumnos y acompañarles a lo largo de toda la experiencia de ApS. Esta tutorización se puede llevar a cabo de las siguientes formas complementarias: de manera grupal a través de los grupos de reflexión en el aula; de manera individualizada, a través de tutorías individuales donde los alumnos puedan traer dificultades o problemáticas que puedan estar teniendo dificultad de compartir en el espacio grupal; y a través del seguimiento de la actividad de servicio. Si este servicio se está llevando a cabo en entidades y organizaciones sociales, es fundamental mantener un contacto estrecho a lo largo del curso con los responsables que tutorizan y acompañan a los alumnos en dichas entidades. A este respecto, se ha encontrado que la relación que los alumnos establecen con el personal de los centros donde realizan el servicio es también un mediador de los efectos positivos del ApS (Furco, 2003), por lo que es importante promover una adecuada relación agentes sociales-alumno desde el centro educativo a través del contacto a lo largo de todo el programa de los docentes con el personal de las entidades. Esta tutorización

habría de implicar también la retroalimentación del trabajo y las actividades que van haciendo los alumnos a lo largo del curso. Se ha comprobado que esta supervisión directa afecta a la complejidad de pensamiento; a la toma de conciencia de las múltiples soluciones que puede tener un problema y de los obstáculos a solucionar, así como a los estilos de afrontamiento (Batchelder y Root, 1994).

Por otro lado, la literatura revisada evidencia que la duración e intensidad de la experiencia, correlaciona con los efectos positivos del ApS (Eyler y Giles, 1999; Eyler, Giles y Braxton, 1997). Esto implica la importancia de que la **experiencia** sea **sostenida a lo largo del curso** en cuestión. No obstante, hay evidencia que indica que la sobrecarga en las actividades de ayuda a otros o el sentirse abrumado por la actividades de ayuda puede tener efectos contraproducentes, incurriendo en una peor salud (Post, 2005; Schwartz et al., 2003). Lo anterior implica la importancia de **cuidar** una posible **sobreimplicación de los alumnos** en las tareas de ayuda y subraya la necesidad de **acompañarles** a través de la tutorización de la experiencia, **ayudándoles a** reflexionar en torno a la importancia de **poner límites** en esta actividad. Otra implicación de estos hallazgos, es que quizá **no** sea aconsejable **simultanear más de un programa de ApS** a la vez, ya que puede resultar abrumador para algunos estudiantes y producir efectos contrarios a los esperados desde el punto de vista de la salud.

Además, se ha revisado como el equilibrio entre las habilidades de los estudiantes y los desafíos que han de enfrentar es importante para que estas actividades repercutan en su bienestar. Si las demandas de la actividad exceden sus recursos, generará elevada ansiedad, pudiendo tener así efectos contraproducentes. Si es demasiado fácil, no estimulará suficientemente el desarrollo de recursos de las personas y generará

aburrimiento. En cambio, si las habilidades y desafíos que la persona tiene que enfrentar están equilibradas, se propiciará una sensación de bienestar (Csikszentmihaly, 2000). Lo anterior implica que la **tarea de servicio que los alumnos deben realizar sea planificada de manera adecuada a sus capacidades y a su momento vital.**

Otra implicación de la literatura revisada es que son los servicios que implican **contacto directo con las personas destinatarias del servicio** los que conllevan efectos más positivos (Kraft y Krug, 1994). Así, desde el punto de vista de la salud de los estudiantes, es preferible que el diseño de programas de ApS incluya actividades de servicio que conlleven el contacto directo con las personas destinatarias del mismo.

Asimismo, se ha encontrado que es importante que la **experiencia implique la libertad para explorar los propios intereses** (Eyler y Giles, 1999; Gray et al., 1996), así como que vaya en consonancia con las propias preferencias. Esto implica la importancia de que los alumnos puedan involucrarse en la decisión del servicio que quieren realizar y el paradigma bajo el cual quieren hacer el servicio (personas directas o estructuras sociales más amplias), así como atender a las preferencias de los alumnos por el tipo de servicio a realizar. Es, por tanto, recomendable **unir las problemáticas concernientes a otros con los propios intereses y motivación.** En este sentido, la obligatoriedad del programa, bien por el programa de estudios o por determinados requisitos académicos, es posible que implique menos efectos positivos en la salud que cuando el programa es elegido libremente, lo que es coherente con los resultados hallados en el área de la motivación intrínseca (Reeve, 2003).

Además, se ha señalado que la oportunidad que brinda el ApS de hacer una contribución real a otras personas, a la comunidad, es un elemento de calidad del

programa que media en los efectos del ApS sobre los estudiantes (Eyler y Giles, 1999; Gray et al., 1996). De manera consistente, el *sentirse importante para los otros* y para la sociedad, ha sido relacionado con efectos positivos en la salud (p. ej., Dixon, 2007; Piliavin y Siegl, 2007; Rayle y Chung, 2008). Estos hallazgos implican la necesidad de **planificar una actividad que suponga una contribución útil y real a otras personas o a la sociedad.**

En el estudio empírico de la presente tesis no se ha encontrado que los efectos positivos estén asociados al sexo, a la edad o a la práctica de servicio solidario previa o externa al Programa. Este último hallazgo es consistente con los resultados en la literatura que indican los efectos diferenciales del ApS con respecto al servicio solidario u otras prácticas de servicio comunitario (Astin et al., 2000). Esto implica que **no** es adecuado **buscar los mismos efectos** que produce el ApS a través del **voluntariado u otras actividades de servicio comunitario.**

Además, en este estudio empírico, y en consonancia con los resultados de anteriores investigaciones, se ha encontrado que las personas que más se benefician de la práctica de ApS son aquellas que parten de un peor estado de salud psicosocial inicial de partida. Esto es sugestivo del **potencial** de los programas de ApS **como intervenciones dirigidas a población de riesgo.** Se ha señalado como existen modelos psicoterapéuticos que coinciden ampliamente con los principios del ApS y que arrojan buenos resultados con pacientes psiquiátricos (Guimón et al., 2012; Maruottolo, 2012). Además, se ha sugerido su uso como **intervención psicoterapéutica con población clínica o de riesgo** (Wilczenski y Cook, 2009). En este sentido, Kraft y Wheeler (2003) han empleado la metodología del ApS para estudiantes con problemas de salud mental.

Para ello, usaron el ApS como un tipo de terapia de grupo similar a una modificación cognitivo-conductual. En ese contexto, el ApS fue más allá de los aprendizajes académicos para incluir componentes terapéuticos y actividades de reflexión que estimularan las **creencias positivas de los estudiantes sobre sí mismos**. Otro ejemplo de intervención terapéutica lo ofrecen Elias et al. (2003), quienes han empleado un programa de ApS como **alternativa a un programa de manejo de la agresividad**. Se abre aquí, por tanto, una línea prometedora de intervención e investigación que es necesario explorar. El ApS puede suponer un poderoso recurso para personas con dificultades sociales, emocionales o comportamentales al ser implicados e incluidos en su comunidad, al demostrar y desarrollar sus capacidades en situaciones prácticas y vivenciar que son importantes para los demás, que son capaces, eficaces y que pueden contribuir a cambiar las cosas.

Para finalizar, subrayar que para asegurar el logro de los efectos en la salud del ApS, es preciso cuidar la calidad de las experiencias que se les ofrece a los estudiantes y reconocer que estos programas necesitan ser adecuada y conscientemente planificados e implementados para generar los resultados que se esperan. Como docentes de ApS, investigadoras y psicólogas del área clínica y de la salud, las autoras de este estudio consideramos necesario prestar atención en investigación e intervención tanto a los resultados, como al diseño, características e implementación de los programas de ApS para que puedan suponer un marco potencial de prevención y promoción de salud.

11.2. Futuras líneas de investigación

El hecho de que los estudios realizados en el área de aprendizaje-servicio hayan demostrado efectos beneficiosos sobre el desarrollo personal, social, ético, académico o cognitivo (p. ej., Arratia, 2008; Astin et al., 2000; Conway, Amel y Gerwien, 2009; Deeley, 2010; Haski-Leventhal et al., 2010), desde una perspectiva biopsicosocial, hacía esperar que estos efectos se reflejaran en variables de salud psicosocial, como se ha evidenciado en el presente estudio, y también a nivel físico, influencia que no se ha podido constatar. Sin embargo, este impacto biopsicosocial de la práctica del servicio solidario se ha podido demostrar en otros estudios (p. ej., Li y Ferraro, 2005; Musick y Wilson, 2003; Piliavin y Siegl, 2007; Schwartz et al., 2003). Por tanto, resulta relevante seguir investigando para consolidar las conclusiones alcanzadas y aumentar el conocimiento acerca del potencial de los programas de ApS como promotores de salud entre la población universitaria, así como en otras poblaciones.

Se proponen las siguientes líneas de investigación:

- Replicar esta **investigación con otras poblaciones** para consolidar y ampliar los resultados hallados, tanto de otras instituciones educativas de educación superior, como de otros niveles educativos, ubicaciones geográficas, rangos de edad y estados de salud.
- Realizar **estudios longitudinales** que puedan **comprobar** los **efectos a medio y largo plazo** de las experiencias de ApS, al suponer que los efectos requieren de un tiempo mayor para evidenciarse en toda su intensidad.

- Tener en cuenta en futuras investigaciones **variables de salud a nivel físico**, ya que no se han hallado en la literatura estudios al respecto ni se ha podido constatar un efecto positivo del Programa a este nivel. Los hallazgos en la literatura del impacto beneficioso de la práctica de servicio solidario sobre el bienestar psicológico, hace más que sospechar un impacto positivo sobre la salud física, ya que hay evidencia suficiente que señala el efecto positivo o protector del bienestar psicológico en la salud física (p. ej., Dávila y Díaz, 2009, Oman et al, 1999; Klinger et al., 2005).
- Aumentar la investigación del impacto de programas de ApS en **variables de corte más clínico**, ya que es un área de investigación escasamente abordada, hecho que motivó la elección de las variables empleadas en el presente estudio. Asimismo, creemos conveniente investigar los procesos subyacentes a la mejora de las variables de salud a través de la práctica de ApS.
- Se señalaba cómo una posible sobrecarga en los estudiantes podría explicar que no se dé un impacto positivo tan claro con respecto al Grupo de Control. A este respecto, una futura línea de investigación puede estar orientada a **examinar en que nivel de implicación se encuentra el efecto beneficioso de la práctica de ApS, según distintas poblaciones**. Esto puede tener implicaciones muy importantes en el uso o incentivo del ApS como agente promotor de salud.
- Reforzar la investigación en torno a los **efectos diferenciales de la práctica de voluntariado y otras actividades de servicio comunitario con respecto a la realización de programas de ApS**, que tienen en común la realización de un servicio solidario, pero que suponen actividades conceptual y estructuralmente distintas.

- Continuar la investigación en torno a las **características de calidad** que ha de reunir un Programa de Aprendizaje-Servicio **para tener efectos positivos en la salud de los participantes.**
- Investigar el **impacto en la salud del resto de los agentes implicados** en el programa de ApS, como los docentes, los socios comunitarios y, especialmente, **los efectos en la salud de las personas de la comunidad destinatarias del servicio.** No se trataría de investigarlo desde una perspectiva meramente receptora de ayuda, sino desde la perspectiva de la parte activa, recíproca y cooperativa que asumen las personas destinatarias del servicio para contribuir al desarrollo de los estudiantes. Esta es una línea teórica, no abordada en la literatura del ApS, que podría arrojar resultados relevantes para la consideración del uso de estos programas como intervención biopsicosocial simultánea con las personas de la comunidad.
- Por último, se propone explorar el prometedor potencial de la metodología del ApS como herramienta de **prevención e intervención con población de riesgo psicosocial**, así como **intervención psicoterapéutica con población clínica.**

Referencias

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy L. Y. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. doi:10.1037/0021-843X.87.1.49
- Agudelo-Bedoya, M. E. y Estrada-Arango, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 17, 353-378.
- Agúndez, M. (2008). El paradigma universitario Ledesma-Kolvenbach. *Revista de Fomento Social*, 63(252), 603-631.
- Alaminos, A. y Castejón, C. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Universidad de Alicante: Editorial Marfil S. A.
- Albarracín, G., Rovira, J. Carrera, L. y Rejas, J. (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3), 165-176.
- Alonso, A. (2008). Utilitas: La dimensión práctica de la formación universitaria. *Revista de Fomento Social*, 63(252), 633-650.

- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez C. y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin*, 111, 410-416.
- Alzina, R. (2006). Orientación psicopedagógica y educación emocional. *Estudios Sobre Educacion*, 11, 9-25.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Anaitua, C. y Quintana, J. M. (1999). Valores poblacionales del índice de salud SF-36 en el País Vasco: importancia y aplicación en la práctica clínica. *Osasunkaria*, 17, 10-17.
- Aparicio-García, M. E., Ramos-Cejudo, J., M. Salguero, J. y Sanz-Blasco, R. (2011). Trait anxiety and self-rated health as predictor variables of medical attention in spanish population. *Ansiedad y Estrés*, 17(2/3), 125-136.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 373-553). New York: Russell Sage Foundation.
- Arratia, A. (2008). Ética, solidaridad y “aprendizaje servicio” en la educación superior. *Acta Bioethica*, 14(1), 61-66.

- Astin, A. W. y Sax, L. J. (1998). How Undergraduates are Affected by Service Participation. *Journal of College Student Development*, 39(3), 251-263.
- Astin, A. W., Vogelgesang, L. J., Ikeda, E. K. y Yee, J. A. (2000). *How service learning affects students*. Los Ángeles: Higher Education Research Institute, UCLA. Recuperado de <http://heri.ucla.edu/pdfs/hslas/hslas.pdf>
- Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J. L., Oviedo, A. y Diez-Manrique, J. F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: Internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 26-32. doi:10.1111/j.1600-0447.1999.tb05381.x
- Bandura, A. (1977a). Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral changes. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Oxford England: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373. doi:10.1521/jscp.1986.4.3.359
- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*, 8, 197-206.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.

- Batchelder, T. H. y Root, S. (1994). Effects of an undergraduate program to integrate integrate academic learning and service: Cognitive, prosocial, cognitive, and identity outcomes. *Journal of Adolescence*, 17, 341-355.
- Batlle, R. (2010). Organizaciones sociales y aprendizaje-servicio. *Tzhoecoen*, 5, 81-107.
- Batlle, R. (2011). ¿De qué hablamos cuando hablamos de aprendizaje-servicio? *Revista Crítica*, 972, 49-54. Recuperado de <http://roserbatlle.files.wordpress.com/2009/02/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-aps-revista-crc3adtica1.pdf>
- Batlle, R. (2012, Abril 5). Aprender a través del servicio. [Archivo de video]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=XNxfgTF3XOI>
- Baumeister, H. y Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 537-546. doi:10.1007/s00127-007-0204-1
- Bear, G. G., Manning, M. A. y Izard, C. E. (2003). Responsible behavior: The importance of social cognition and emotion. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 140-157. doi:10.1521/scpq.18.2.140.21857
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Dias, H., Bassi, A.,...Morato S. (2007). Ansiedad y miedo: Su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75-81.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 461-572.
- Bennett, K. S. y Shepherd, J. M. (2013). Depression in Australian women: The varied roles of spirituality and social support. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 429-438. doi:10.1177/1359105312443400
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A. y Modam, B. (2003). Gender differences in the self-rated health-mortality association: Is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *Gerontologist*, 43(3), 396-405. doi: 10.1093/geront/43.3.396
- Benyamini, Y. y Idler E. L. (1999) Community studies reporting association between self-rated health and mortality additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, 21, 392-401.
- Berkowitz, L. y Walster, E. (1976). *Advances in experimental social psychology*, Vol. 9, *Equity theory: Toward a general theory of social interaction*. San Diego, CA US: Academic Press.
- Berson, J. S. y Younkin, W. F. (1998). *Doing well by doing good: A study of the effects of a service-learning experience on student success*. Comunicación presentada en el ASHE Annual Meeting. Recuperado de <http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED427568>
- Besteiro, J., Alvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C. y Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en

- pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 411-427.
- Billig, S. H. (2000a). Research on K-12 School-Based Service-Learning. *Phi Delta Kappan*, 81(9), 658-665.
- Billig, S. H. (2000b). The Effects of Service Learning. *School Administrator*, 57(7), 14-18.
- Billig, S. H. y Eyler, J. (2003). *Deconstructing service-learning: Research exploring context, participation, and Impacts. Advances in service-learning research*. Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Black, W. y Living, R. (2004). Volunteerism as an occupation and its relationship to health and wellbeing. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(12), 526-532.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17, 580-587.
- Bobes, J., González, M. P., Bascarán M. T., Corominas A., Adan, A., Sánchez J.,... Grupo de Validación en Español de la Escala de Adaptación Social (SASS) (1999). Validación de la versión española de la Escala de Adaptación Social en pacientes depresivos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(2), 71-80.
- Bosc, M., Dubini, A. y Polin V. (1997). Development and validation of social functioning scale: The Social Adaptation Self-evaluated Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1), 57-70.

- Boss, J. A. (1994). The effect of community service on the moral development of college ethics students. *Journal of Moral Development*, 23(2), 183-198.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of subjective well-being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Branderberger, J. W. (1998). Developmental psychology and service learning: A theoretical framework. En R. G. Bringle y D. K. Duffy (Eds.), *With service in mind: Concepts and models for service-learning in Psychology*. AAHE's series on service-learning in the disciplines (pp. 68-84). Washington, DC : American Association for Higher Education.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M. y Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 646–653. doi:10.1037/0022-3514.64.4.646
- Bringle, R. G. (2003). Enhancing theory based research on service-learning. En S. Billig y J. Eyler (Eds.), *Deconstructing service-learning: Research exploring context, participation, and Impacts*. *Advances in service-learning research* (pp. 3-21). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Bringle, R. G. y Kremer, J. F. (1993). Evaluation of an intergenerational service-learning project for undergraduates. *Educational Gerontology*, 19(5), 407-16.
- Bringle, R. G. y Velo, P. M. (1998). Attributions about misery: A social psychological analysis. En Bringle y Duffy (Eds.), *With service in mind: Concepts and models for service-learning in psychology*. AAHE's series on service-learning in the

- disciplines* (pp. 51-84). Washington, DC: American Association for Higher Education.
- Bringuier, J. V. (2004). *Conversaciones con Piaget. Mis trabajos y mis días*. Barcelona: Gedisa.
- Burström, B. B. y Fredlund, P. P. (2001). Self rated health: Is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(11), 836-840. doi:10.1136/jech.55.11.836
- Campo, L. (2008). El aprendizaje servicio en la universidad como propuesta pedagógica. En M. Martínez (Ed.), *Aprendizaje servicio y responsabilidad social de las universidades* (pp. 81-92). Barcelona: Octaedro.
- Cano-Vindel, A. (2004). Costes de los trastornos de ansiedad. En *Información general sobre la ansiedad y el estrés: Los trastornos de ansiedad* (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés). Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/ta/costes/index.htm>
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Cardenal, V. y Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.
- Castro, Á., Espinosa, I., Rodríguez, P. y Santos, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 7(3), 883-898.

- Cheung, C. y Kwan, A.Y. (2006). Inducting older adults into volunteer work to sustain their psychological well-being. *Ageing International*, 31(1), 44-58.
- Chico, E. (2000). Intensidad emocional y su relación con extraversión y neuroticismo. *Psicothema*, 12(4), 568-573.
- Clary, E., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J. y Miene, P. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516-1530. doi:10.1037/0022-3514.74.6.1516
- Clary, E., Snyder, M. y Stukas, A. (1998). Service-learning and psychology: Lessons from the psychology of volunteers' motivations. En R. G. Bringle (Ed.), *With service in mind: Concepts and models for service-learning in psychology* (pp. 35-50). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10505-002
- Clemente, A., Florencia, A. Tartaglini, M. y Stefani, D. (2008). Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 5(2), 47-53.
- Coderch, J. (1982). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.) Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen J. y Kinsey, D. F. (1994). Doing good and scholarship: A service-learning study. *Journalism Educator*, 48(4), 4-14.

- Conde, C., Orozco, L., Báez, A. y Dallos, A. (2009). Aportes fisiológicos a la validez de criterio y constructo del diagnóstico de ansiedad según entrevista psiquiátrica y del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 263-278.
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol med Eur Am*, 12, 217-236.
- Conrad, D. E. y Hedin, D. (1981). National assessment of experiential education: Summary and implications. *Journal of Experiential Education*, 4(2), 6-20.
- Conrad, D., Hedin, D. y National Center on Effective Secondary Schools, M. I. (1989). *High school community service: A review of research and programs*. Recuperado de <http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED313569>
- Contreras, F., Espinosa J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polania, A. y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194.
- Conway, Amel y Gerwien (2009). Teaching and learning in the social context: A meta-analysis of service-learning's effects on academic, personal, social, and citizenship outcomes. *Teaching of Psychology*, 36(4), 233-245. doi:10.1080/00986280903172969

- Costa, P. T. y McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678. doi: 10.1037/0022-3514.38.4.668
- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The evolving self: A psychology for the third millennium*. New York: HarperCollins.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). Happiness and creativity: Going with the flow. *Futurist*, 31(5), 8-12.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. y Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813 doi: 10.1037//0022-3514.80.5.804
- Dávila, M. C. y Díaz, J. F. (2005). Voluntariado y satisfacción vital. *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 81-94.
- Davis, J. (2009). Complementary research methods in humanistic and transpersonal psychology. *The Humanistic Psychologist*, 37, 4-23.
- De la Fuente, M., Franco, C. y Salvador, M. (2010). Reducción de la presión arterial en un grupo de docentes hipertensos mediante un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual. Revista Internacional Clínica y de La Salud*, 18(3), 533-552.

- De la Fuente, M., Granados, M. y Justo, C. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en la autoestima y la inteligencia emocional percibidas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual. Revista Internacional Clínica y de La Salud*, 18(2), 297-315.
- Deans, T. (1999). Service learning in two keys: Paulo Freire's critical pedagogy in relation to John Dewey's Pragmatism. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 6, 15-29.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185. doi:10.1037/a0012801
- Declaración de Bolonia (1999). Recuperado de http://www.aneca.es/modal_eval/docs/declaracion_bolonia.pdf
- Deeley, S. J. (2010). Service-learning: Thinking outside the box. *Active Learning in Higher Education*, 11(1), 43-53. doi: 10.1177/1469787409355870
- Delgado, J., Herrera, L. F. y Lamyau, Y. (2006). Una nueva mirada a los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad. Un análisis en los accidentes cerebrovasculares. *Duazary*, 3(1), 24-31.
- Delors, J. (1996). *Informe a la Unesco de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI, presidida por Jacques Delors. La educación encierra un tesoro*. Madrid: UNESCO / Santillana.

- Despot Lucanin, J. y Lucanin, D. (2012). Functional and biological factors with age changes in the self-perceived health of old persons. *GeroPsych*, 25(3), 135-143. doi: 10.1024/1662-9647/a000063
- Dewey, J. (1916). *Democracy and education*. New York: Macmillan.
- Dewey, J. (1926). *Los principios morales que cimentan la educación. Ensayos de Educación* (Obras de Dewey, vol.II, pp. 1-61). Madrid: La Lectura.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: MacMillan.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 266-294.
- Diener, E. (1984). Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663. doi:10.1007/978-90-481-2352-0-4
- Diener, E. y Lucas R.E. (1999). Personality and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. y Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South Africa Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.

- Dillard, A. J., Schiavone, A. y Brown, S. L. (2008). Helping behavior and positive emotions: Implications for health and well-being. En S. J. Lopez, S. J. Lopez (Eds.), *Positive psychology: Exploring the best in people, Vol 2: Capitalizing on emotional experiences* (pp. 101-114). Westport, CT US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Dixon, A. L. (2007). Mattering in the later years: Older adults' experiences of mattering to others, purpose in life, depression, and wellness. *Adultspan Journal*, 6(2), 83-95.
- Dixon, S. K. y Kurpius, S. (2008). Depression and college stress among university undergraduates: Do mattering and self-esteem make a difference? *Journal of College Student Development*, 49(5), 412-424.
- Dixon, A. L., Scheidegger, C. y McWhirter, J. (2009). The adolescent mattering experience: Gender variations in perceived mattering, anxiety, and depression. *Journal of Counseling & Development*, 87(3), 302-310.
- Dreuth, L. y Dreuth-Fewell, M. (2002). A model of student learning in community service field placements: Voices from the field. *Active Learning in Higher Education*, 3(3), 251-264. doi:10.1177/1469787402003003005
- Driscoll, A., Holland, B., Gelmon, S. y Kerrigan, S. (1996). An assessment model for service learning: Comprehensive case studies of impact on faculty, students, community, and institutions. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 3, 66-71.

- Duffy, D. K. y Bringle, R. G. (1998). Collaborating with the community: Psychology and service-learning. En R. G. Bringle y D. K. Duffy (Eds.), *With Service in Mind: Concepts and Models for Service-Learning in Psychology*. AAHE's Series on Service-Learning in the Disciplines (pp. 1-18). Washington, DC : American Association for Higher Education.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. y Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Graczyk, P. A. y Weissberg, R. P. (2003). Implementation, sustainability, and scaling up of social-emotional and academic innovations in public schools. *School Psychology Review*, 32(3), 303-319.
- Encinas, E. (2008). *Participación social y valores*. (Tesina inédita). Universidad de Deusto, Bilbao.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York, NY US: W W Norton & Co.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. Oxford England: Norton & Co.

- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York, NY US: W W Norton & Co.
- Esnaola, I., Infante, G., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y la salud percibida. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 413-427.
- Espuny, C. (2010). Inteligencia espiritual. Plataforma editorial. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, 1, 201-204.
- Eyler, J. y Giles, D. E. (1997). The importance of program quality in service-learning. En A.S. Waterman (Ed.), *Service-learning: Applications from the research* (pp. 57-76). Lawrence Erlbaum Associates; Mahwah, NJ.
- Eyler, J. S. y Giles, D. E. (1999). *Where's the learning in service-learning?* San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Eyler, J. S., Giles, D. E. y Braxton, J. (1997). The impact of service-learning on college students. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 4, 5-15.
- Eyler, J. S., Giles, D. E., Stenson, C. M. y Gray, C. J. (2001). *At a glance: What we know about the effects of service-learning on college students, faculty, institutions and communities, 1993-2000: Third edition*. Recuperado de <http://www.servicelearning.org/filemanager/download/aag.pdf>
- Eyler, J. S., Root, S. y Giles, D. (1998). Service-Learning and the development of expert citizens: Service-learning and cognitive science. En R. G. Bringle y D. K. Duffy (Eds.), *With service in mind: Concepts and models for service-learning in*

- psychology. AAHE's series on service-learning in the disciplines* (pp. 85-100). Washington DC: American Association for Higher Education.
- Eysenck, H. J. (1981). Behavior therapy and the conditioning model of neurosis. *International Journal of Psychology*, 16, 343-370. doi:10.1080/00207598108247424
- Feldmanm, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Fengler, A. P. (1984). Life satisfaction of subpopulations of elderly: The comparative effects of volunteerism, employment, and meal site participation. *Research on Aging*, 6(2), 189-212. doi:10.1177/0164027584006002003
- Fernández, J. A. (1998). La intrahistoria de un pensamiento imperfecto. En Cáritas Española (Ed.). *Educación y transformación social*. Madrid: Cáritas Española.
- Ferragut, M. y Fierro, A. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 95-104.
- Ferrer-Ortega, J. (2010). Experiencia de acabamiento del pasado y pulsos vitales del sujeto. Aproximación fenomenológica al psicoanálisis de la depresión melancólica. *Diánoia*, 55(64), 127-152.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870. doi:10.1037/h0035605

- Fichtner, B. (2002). *Enseñar y aprender. Un diálogo con el futuro: La aproximación de Vigotski*. Barcelona: Octaedro.
- Fierro, A. (2006a). Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: Estudios con las Escalas Eudemon. *Clínica y Salud*, 17(3), 297-318.
- Fierro, A. (2006b). La inteligencia emocional ¿Se asocia a la felicidad? Un apunte provinciano. *Ansiedad y Estrés*, 12(2/3), 241-249.
- Fierro, A., Jiménez, J. y Fierro-Hernández, C. (2003). Bienestar personal y adaptación social: Correlatos en variables de personalidad, cognitivas y clínicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 281-295.
- Flecha, R. y Puigvert, L. (1998). Aportaciones de Paulo Freire a la educación y las ciencias sociales. En Cáritas Española (Ed.). *Educación y transformación social* (pp. 81-92). Madrid: Cáritas Española.
- Fleeson, W. (2001). Toward a structure and process-integrated view of personality: Traits as density distributions of states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 1011-1027. doi:10.1037/0022-3514.80.6.1011
- Floyd, K., Mikkelsen, A. C., Tafoya, M. A., Farinelli, L., La Valley, A. G., Judd, J., . . . Wilson, J. (2007). Human affection exchange: XIII. Affectionate communication accelerates neuroendocrine stress recovery. *Health Communication*, 22, 123–132. doi:10.1080/10410230701454015
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466

- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz-Fernández, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Paíno-Piñeiro, M., Villazón García, U. y Paños Sánchez, L. (2008). Propiedades psicométricas del Social Adaptation Self-evaluation Scale en adolescentes españoles. *Psiquiatria.com*, 12(2). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/217/202>
- Foulkes, S. H. y Anthony E. J. (1957). *Group psychotherapy. The psychoanalytic approach*. London: Penguin Books.
- Francisco, A. y Moliner, L. (2010). El aprendizaje y servicio en la universidad: Una estrategia en la formación de la ciudadanía crítica. *Reifop*, 12(4). Recuperado de: http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1291992629.pdf
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Fredericksen, P. J. (2000). Does service learning make a difference in student performance? *Journal of Experiential Education*, 23(2), 64-74.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Fredrickson, B. L. y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *American Psychological Society*, 13(3), 172-175.
- Freire, P. (1978). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.

- Frutos, J. y Royo, M.A. (2006). *Salud Pública y Epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos.
- Fujita, F., Diener, E. y Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and Well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434.
- Furco, A. (1996). Service-learning: A balanced approach to experiential education. En B. Taylor (ed.), *Expanding boundaries: Serving and learning*. Washington, DC: Corporation for National Service.
- Furco, A. (2003). Issues of definition and program diversity in the study of service-learning. En S.H. Billig and A.S. Waterman (Eds), *Studying service-learning: Innovations in education research methodology* (pp. 13-33). Mahwah, N. J: Lawrence Erlbaum Associates
- Furco, A. y Billig, S. H. (2002). *Service-Learning: The Essence of the Pedagogy. Advances in Service-Learning Research*. Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Gallardo, J. y Hernández, M. (1997). Efectos del maltrato y del status sociométrico sobre la adaptación social y afectiva infantil. *Psicothema*, 9(1), 119-131.
- Garaigordobil, M., Aliri, J. y Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: Diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Psicología Conductual*, 17(3), 543-559.
- García, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.

- García-Viniegras, C. R. y González-Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Gardner, H. (2004). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York, NY US: Basic Book.
- Gardner, H. (2006). Múltiples lentes sobre la mente. *Sinéctica*, 28, 1-12
- Giles, D. E. y Eyler, J. S. (1994). The impact of a collage community service laboratory on students' personal, social and cognitive outcomes. *Journal of Adolescence*, 17, 327-339.
- Giménez, A. (2008). Humanitas: la persona en el centro del proceso de formación. *Revista de Fomento Social*, 63(252), 671-690.
- Girón-Daviña, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Departamento de Enfermería. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/11024/>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York, NY England: Bantam Books, Inc.
- Goleman, D. (2008). The secret to success. *Education Digest*, 74(4), 8-9.
- Gómez, I. I., Ferreiro, M. D., Domínguez, M. D. y Rodríguez, A. A. (1995). Influencia de las relaciones parentales en la adaptación social y familiar en una muestra de adolescentes gallegos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 14-10.

- González-Pinto, A., López-Peña, P. y Zorrilla-Martínez, I. (2009). Depresión unipolar y otras depresiones. En T. Palomo y M.A. Jiménez (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp. 324-343). Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Goodlad, J. I. (1984). *A place called school. Prospects for the Future*. San Francisco: McGraw-Hill.
- Gorbeña, S., Martínez-Pampliega, A., Caballero, I., Deusto, C., León, M., de Lucas, B. (2006). *Participación Social y Valores*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Gorman, M. (1994). Service experience and the moral development of college students. *Religious Education*, 89(3), 422-31.
- Gray, M. J., Ondaatje, E. H., Fricker, R., Campbell, N., Rosenblatt, K., Geschwind, S.,...Rand Corp., S. A. (1998). Coupling Service and Learning in Higher Education: The Final Report of the Evaluation of the Learn and Serve America, Higher Education Program.
- Greene D. y Diehm, G. (1995). Educational and service outcomes of a service integration effort. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 2, 54-62.
- Gros, B. (2002). Constructivismo y diseños de entornos virtuales de aprendizaje. *Revista de Educación*, 328, 225-247.
- Guarino, L. R. (2005). Sensibilidad emocional: Su rol moderador en la relación estrés-enfermedad. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 13(2), 217-230.

- Guarino, L. y Sojo, V. (2011). Apoyo social como moderador del estrés en la salud de los desempleados. *Universitas Psychologica*, 10(3), 867-879.
- Guimón, J., Maruottolo C., Mascaró, A. Boyra, A. (2007). Results of a brief crisis program for people with borderline personality disorders. *European Psychiatry*, 22(1), 58-60.
- Habermas, J. (1981). Talcott Parsons: Problemas of theory construction. *Sociological Inquiry*, 51(3/4), 173-196.
- Hagquist, C. E. L. (1998). Economic stress and perceived health among adolescents in Sweden. *Journal of Adolescence Health*, 22, 250-257.
- Haski-Leventhal, D., Grönlund, H., Holmes, H., Mejis, L. C. P. M., Cnaan, R. A.; Brudney, J.,...Ranade, B. (2010). Service-Learning: Findings from a 14-nation study. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 22(3), 161-179. doi:10.1080/10495141003702332
- Health Outcomes Scoring Software (Versión 4.0) [software informático]. Quality Metric.
- Heffner, G. G. y Beversluis, C. D. (Eds.). (2002). *Commitment and connection: Service-learning and Christian higher education*. Lanham, MD: University Press of America.
- Hernández, S. (2007). El constructivismo social como apoyo en el aprendizaje en línea. *Apertura: Revista de Innovación Educativa*, 7(7), 46-62.

- Hernández, C., Larrauri, J y Mendía, R. (2009). *Guía zerbikas 2: Aprendizaje y servicio solidario y desarrollo de las competencias básicas*. Bilbao: Fundación Zerbikas.
- Herrera, L. F. y Delgado, J. (2008). Un acercamiento a la definición de la controlabilidad en el proceso de salud-enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 475-484.
- Herrera, V. y Guarino, L. (2008). Sensibilidad emocional, estrés y salud percibida en cadetes navales Venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(1), 185-198.
- Herrero, A. (2010). Una nueva forma de producción de conocimientos: El Aprendizaje-servicio en la educación superior, *Tzhoecoen*, 5, 63-80.
- Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, 102(2), 187-193. doi:10.1037/h0035910
- Hollander, E., y Simeon, D. (2004). Anxiety Disorders. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky (Eds.), *Essentials of clinical psychiatry* (2nd ed.) (pp. 339-422). Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Holt, C. L., Schulz, E., Caplan, L., Blake, V., Southward, V. L. y Buckner, A. V. (2012). Assessing the role of spirituality in coping among African Americans diagnosed with cancer. *Journal of Religion And Health*, 51(2), 507-521. doi:10.1007/s10943-011-9453-0
- Hosseini, M., Elias, H., Krauss, S. y Aishah, S. (2010). A Review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence, and the related theories. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 179-188.

- House, J. S. (1981). Social structure and personality. En M. Rosenberg y R.H. Turner (Eds.), *Social psychology. Sociological perspectives* (pp. 525-561). Nueva York: Basic Books.
- Hurtado, D. y Nascimento, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: Explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 18, 655-662.
- Idler, E. L. (1993). Age differences in self-assessments of health: Age changes, cohort differences, or survivorship? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, 289–300.
- Idler, E. L. (2003). Discussion: Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *The Gerontologist*, 43(3), 372-375. doi: 10.1093/geront/43.3.372
- Idler, E. L. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health y Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Idler, E. L. y Kasl, S. V. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journals of Gerontology*, 46(2), S55-S65.
- Idler, E. L. y Kasl, S. V. (1995). Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 50B(6), 344-354.

- Idler, E., Leventhal, H., McLaughlin, J. y Leventhal, E. (2004). In sickness but not in health: Self-Ratings, identity, and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 336-356. doi: 10.1177/002214650404500307
- Iraurgi, I., Poo, M. y Markez, I. (2004). Valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Rev. Esp. Salud Publica* , 78(5), 609-621. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727200400050006 &lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727200400050006&lng=es&nrm=iso)>
- IMIM - Institut Municipal d'Investigació Mèdica (2005). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Recuperado de www.imim.es/imim/cas/c-QQV.htm
- Jacoby, B. (1996). *Service-Learning in Higher Education: Concepts and Practices*. San Francisco: The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series.
- James, W. (1995). The moral equivalent of war. Peace and conflict. *Journal of Peace Psychology*, 1(1), 17-26. doi:10.1207/s15327949pac0101_4
- Jara-Holliday, O. (1998). Paulo Freire, filósofo de la transformación de la historia. En Cáritas Española (Ed.). *Educación y transformación social* (pp. 43-52). Madrid: Cáritas Española.
- Jiménez, M. y López-Zafra, E. (2011). Actitudes sociales y adaptación social en adolescentes españoles: El papel de la inteligencia emocional percibida. *Revista de Psicología Social*, 26(1), 105-117.

- Jiménez, L. y Suárez, J. (2008). Un acercamiento a la definición de la controlabilidad en el proceso de salud-enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 475-484.
- Johansson, B., Grant, J. D., Plomin, R., Pedersen, N. L., Ahern, F., Berg, S. y McClearn, G. E. (2001). Health locus of control in late life: A study of genetic and environmental influences in twins aged 80 years and older. *Health Psychology*, 20(1), 33-40. doi:10.1037/0278-6133.20.1.33
- Kenworthy-U'Ren, A. L. (2008). A decade of service-learning: A review of the field ten years after JOBE's seminal special issue. *Journal of Business Ethics*, 81(4), 811-822. doi:10.1007/s10551-007-9549-3
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Chiu, W., Demler, O. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Keyes, C., Ryff, C. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

- Kitzrow, M. A. (1998). An overview of current psychological theory and research on altruism and prosocial behavior. En R. G. Bringle y D. K. Duffy (Eds.), *With service in mind: Concepts and models for service-learning in psychology. AAHE's series on service-learning in the disciplines* (pp. 19-34). Washington, DC : American Association for Higher Education.
- Klinger, J. C., Herrera, J. A., Díaz, M., Jhann, A. A., Ávila, G. I. y Tobar, C. I. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 36(2), 120-129.
- Kohlberg, L. (1973). Stages and aging in moral development: Some speculations. *The Gerontologist*, 13(4), 497-502.
- Kohlberg, L. y Ryncarz, R. A. (1990). Beyond justice reasoning: Moral development and consideration of a seventh stage. En C. N. Alexander, E. J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development: Perspectives on adult growth* (pp. 191-207). New York, NY US: Oxford University Press.
- Konrath, S., Fuhrel-Forbis, A., Lou, A. y Brown, S. (2012). Motives for volunteering are associated with mortality risk in older adults. *Health Psychology*, 31(1), 87-96. doi:10.1037/a0025226
- Kraft, R. y Krug, J. (1994). Review of research and evaluation on service-learning in public and higher education. En R. Kraft y M. Swadener (Eds.), *Building community: Service learning in the academic disciplines*. Denver, CO: Colorado Campus Compact.

- Kraft, N. y Wheeler, J. (2003). Service-Learning and resilience in disaffected youth: Research study. En S. Billig y J. Eyler (Eds.). *Deconstructing service-learning: Research exploring context, participation, and impacts* (213-238). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Kyle, J. (2013). Spirituality: Its role as a mediating protective factor in youth at risk for suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15(1), 47-67. doi:10.1080/19349637.2012.744620
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.
- Lazar, A., Sandell, R. y Grant, J. (2007). Subjective health and ill health-related behaviour. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 297-309. doi:10.1348/147608306X132955
- León-Rubio, J. M. (2004). Fundamentos de la psicología de la salud. En León J. M., Medina, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. M. (Eds.), *Psicología de la salud y de la calidad de vida* (pp. 15-39). Barcelona: UOC.
- León-Rubio, J. M. y Expósito, L. (1995). Una perspectiva psicosocial de los servicios de salud. En F. Gil-Rodríguez, J. M. León-Rubio y L. Expósito (Eds.), *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.
- Leis, R. (1998). Educación y práctica transformadora. En Cáritas Española (Ed.). *Educación y transformación social* (pp. 67-80). Madrid: Cáritas Española.

- Li, Y. y Ferraro, K. F. (2005). Volunteering and Depression in Later Life: Social Benefit or Selection Processes? *Journal of Health And Social Behavior*, 46(1), 68-84. doi:10.1177/002214650504600106
- Litzky, B. E., Godshalk, V. y Walton-Bongers, C. (2010). Social entrepreneurship and community leadership. A service-learning model for management education. *Journal of Management Education*, 34(1), 141-162. doi:10.1177/1052562909338038
- Löckenhoff, C. E., Terracciano, A., Ferrucci, L. y Costa, P. T. (2012). Five-factor personality traits and age trajectories of self-rated health: The role of question framing. *Journal of Personality*, 80(2), 375-401. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00724.x
- López –Ibor, J. (1999) *Lecciones de Psicología Médica*. Masson. Barcelona.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being-measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.616
- Lucas, R. E. y Fujita, F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1039-1056. doi:10.1037/0022-3514.79.6.1039
- Lundberg, O. y Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24(3), 218-24.

- MacNeela, P. (2008). The give and take of volunteering: Motives, benefits, and personal connections among irish volunteers. *Voluntas*, 19, 125-139. doi:10.1007/s11266-008-9058-8
- Maier, S. F. y Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46. doi:10.1037/0096-3445.105.1.3
- Maldonado-López, A. A. y Ruiz-Caballero, J. A. (1982). Indefensión aprendida en humanos: Una revisión crítica. *Psicológica*, 3(2), 153-174.
- Mañá, S., Ivorra, J. y Girón, M. (1998). Adaptación y fiabilidad de la entrevista para la evaluación de la discapacidad social en pacientes psiquiátricos. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 25(2), 43-48.
- Mañas, I., Justo, C. y Martínez, E. (2011). Reducción de los niveles de estrés docente y los días de baja laboral por enfermedad en profesores de educación secundaria obligatoria a través de un programa de entrenamiento en mindfulness. *Clínica y Salud*, 22(2), 121-137. doi:10.5093/cl2011v22n2a3
- Markus, G. B., Howard, J. P. y King, D. C. (1993). Integrating community service and classroom instruction enhances learning: Results from an experiment. *Educational and Policy Analysis*, 15(4), 410-419.
- Martínez-Odría, A. (2007). Service-Learning o Aprendizaje-Servicio. La apertura de la escuela a la comunidad local como propuesta de educación para la ciudadanía, *Bordón*, 59(4), 611-626.

- Martínez, M. (2008). *Aprendizaje servicio y responsabilidad social de las universidades*. Barcelona: Octaedro.
- Martínez, E. y Pacheco, M. (2012). El incremento de mindfulness con el ejercicio de la psicoterapia. *Acción Psicológica*, 9(2), 111-116 doi: <http://dx.doi.org/10.5944/n/ap.9.2.4109>
- Marques, S. C., Lopez, S. J. y Mitchell, J. (2013). The role of hope, spirituality and religious practice in adolescents' life satisfaction: Longitudinal findings. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 251-261. doi:10.1007/s10902-012-9329-3
- Maruottolo, C. (2012). Comunidad terapéutica de orientación grupoanalítica. Experiencia en la técnica grupal, dinámica, intensiva y breve. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2(2), 281-294.
- Maruottolo, C., Fernández, J., Moneo, F., Mascaró, A., Boyra, A., Ozamiz, N., Cerviño, V., Lorenzo, V. y Plágaro A. (2012). *Personalidad después de uno y cinco años de finalizado el tratamiento en hospital de día mediante técnica de psicoterapia grupal dinámica intensiva y breve*. Poster presentado en XVI Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao.
- Maslow, A. H. (1948). "Higher" and "lower" needs. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 25, 433-436.
- Mauléon, X. (2008). Fides -- I: cultivar la dimensión trascendente. *Revista de Fomento Social*, 63(252), 691-714.

- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence?. En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-34). New York, NY US: Basic Books.
- McIntosh, D., Poulin, M., Silver, R. y Holman, E. E. (2011). The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: A national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 497-507. doi:10.1007/s10865-011-9331-y
- McNally, R. J. (1987). Preparedness and phobias: A review. *Psychological Bulletin*, 101(2), 283-303. doi:10.1037/0033-2909.101.2.283
- Meaney, K. S., Bohler, H. R., Kopf, K., Hernandez, L. y Scott, L. S. (2008). Service-learning and pre-service educators' cultural competence for teaching: An exploratory study. *Journal of Experiential Education*, 31(2), 189-208.
- Melchior, A. y Bailis, N. B. (2002). Impact of service learning on civic attitudes and behaviors of middle and high school youth: Findings from three national evaluations. En A. Furco y S. H. Billig (2002), *Service-Learning: The Essence of the Pedagogy. Advances in Service-Learning Research* (pp. 201-22). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Mendia, R y Moreno, V. (2010). *Guía Zerbikas 3: Aprendizaje y Servicio Solidario, una estrategia para la inclusión social*. Bilbao: Zerbikas Fundazioa.
- Mezzich, J. E. (2005). Positive health: Conceptual place, dimensions and implications. *Psychopathology*, 38(4), 177-179. doi: 10.1159/000086086

- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16(4), 347-413. doi:10.1007/BF00333288
- Miller, W. R. y Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238. doi:10.1037/h0076720
- Miro, M., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14.
- Moely, B. E., Furco, A. y Reed, J. (2008). Charity and social change: The impact of individual preferences on service-learning outcomes. *Journal of Community Service Learning*, 15(1), 37-48.
- Moely, B. E., Mercer S. H., Ilustre, D., Miron, D. y McFarland, M. (2002). Psychometric properties and correlates of the civic attitudes and skills questionnaire (CASQ): A measure of student's attitudes related to service learning. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 8(2): 15-26.
- Moen, P., Dempster-McCain, D. y Williams, R. M. (1993). Successful aging. *American Journal of Sociology*, 97(6), 1612-1632. doi:10.1086/229941
- Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García, A., Hernández-Domínguez, L. y Contreras, C. M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24(2), 353-360.

- Montero-Burgos, J. R. (1990). Fracaso escolar: Un estudio experimental en el marco de la teoría de la indefensión aprendida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 257-269.
- Morales, M. y López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: Estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-79.
- Moreno, M., Vacas, C. y Roa, J. (2000). Relaciones entre situación familiar, clima social y adaptación en adolescentes. *Boletín de Psicología*, 68, 75-88.
- Morejón-Sabio, R. (1995). *Incidencias del estrés en la salud de las mujeres*. Emakunde: Vitoria-Gasteiz.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565. doi:10.1037/h0054288
- Mowrer, O. H. (1940). Anxiety-reduction and learning. *Journal of Experimental Psychology*, 27(5), 497-516. doi:10.1037/h0056236
- Musick, M. A., Herzog, A. R. y House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology*, 54B(3), S173-180.

- Musick, M. A. y Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social science & Medicine*, 56, 259–269. doi:10.1016/S0277-9536(02)00025-4
- National Service Learning Cooperative (1998). *Essential elements of service learning*. St. Paul, MN: National Youth Leadership Council.
- National Service-Learning Clearing House (s. f.). *Historical Timeline*. Recuperado de http://www.servicelearning.org/what_is_service-learning/history
- Newbold, P., Carlson, W. L. Y Thorne, B. N. (2008). *Estadística para administración y economía*. Madrid: Pearson Educación S. A.
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. y Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. doi:10.1177/1745691612447309
- Ngai, S. (2006). Service-learning, personal development, and social commitment: A case study of university students in Hong Kong. *Adolescence* (San Diego). *An international quarterly devoted to the physiological, psychiatric, sociological, and educational aspects of the second decade of human life*, 41(161), 165-175.
- Ngai Sek-yum y Ngai Ngan-pun (2005). Differential effects of service experience and classroom reflection on service-learning outcomes: A study of university students in Hong-Kong. *International Journal of Adolescence and Youth*, 12(3), 231-250. doi: 10.1080/02673843.2005.9747954

- Öhman, A. y Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483-522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483
- Oman, D. (2007). Does volunteering foster physical health and longevity? En S. G. Post (Ed.), *Altruism and health* (pp. 15–32). New York, NY: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195182910.003.0003
- Oman, D. y Thoresen, C. E. (2005). Do religion and spirituality influence health? En R. F. Paloutzian y C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 435–459). NY: Guilford.
- Oman, D., Thoresen, C. E. y McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly. *Journal of Health Psychology*, 4, 301-316. doi:10.1177/135910539900400301
- Ordóñez, C. (2004). Pensar pedagógicamente desde el constructivismo. *Revista de Estudios Sociales*, 19, 7-12.
- Organización Mundial de la salud-O.M.S. (1948). World Health Organization Constitution. En *Basic Documents*. Ginebra. Suiza: Author.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), División de Salud Mental (1993). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/MNH_PSF_93.7A.pdf
- Organización Mundial de la Salud-O.M.S. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud: Décima revisión* (CIE-10). México: Correo de la Unesco.

- Overmier, J. y Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63(1), 28-33. doi:10.1037/h0024166.
- Pacheco, N. y Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15(2), 117-137.
- Pailhez G. y Bulbena, A. (2009). Trastornos de ansiedad, fobias y crisis de angustia. En T. Palomo y M. A. Jiménez (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp. 377-390). Madrid: Ene Life Publicidad S. A. y Editores.
- Pajares, F. (2002). Self-efficacy beliefs in academia context: An outline. Recuperado de <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/efftalk.html>
- Papalia, D. E., Olds, S. W. y Feldman, R. D. (2005). *Desarrollo humano* (9ª ed.). México: McGrawHill.
- Park, C. L. y Adler, N. E. (2003). Coping Style as a Predictor of Health and Well-Being Across the First Year of Medical School. *Health Psychology*, 22(6), 627-631. doi:10.1037/0278-6133.22.6.627
- Pena-Garijo, J., Ferreira, M. y Carmona, Y. (2011). Aplicación de un programa de Mindfulness en un grupo de pacientes con trastornos mentales comunes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 57(2), 122-130.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions* (rev. ed.). New York, NY US: Guilford Press.

- Pérez, N. y Costa, J. (2007). La inteligencia emocional como predictor del rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 121-131.
- Perls, F., Hefferline, R. F. y Goodman, P. (1965). *Gestalt therapy*. Oxford England: Dell.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15(1), 1-12. doi:10.1159/000271225
- Pichardo, M., Fernández, E. y Amezcua, J. (2002). Importancia del clima social familiar en la adaptación personal y social de los adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(4), 575-589.
- Piko, B. (2000). Health-related predictors of self-perceived health in a student population: The importance of physical activity. *Journal of Community Health*, 25(2), 125-137.
- Piliavin, J. A. y Siegl, E. (2007). Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 450-464. doi:10.1177/002214650704800408
- Piqueras, J. A., Martínez, A. E., Ramos, V., Rivero, R., García, L. J. y Oblitas, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-74.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. (2010). Emociones negativas y salud. *Avances en Psicología*, 18(1), 33-57.

- Post, G. S. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 66-77. doi:10.1207/s15327558ijbm1202_4
- Poulin, M. J. (2013). Volunteering predicts health among those who value others: Two national studies. *Health Psychology*. Advance on line publication. doi: 10.1037/a0031620
- Poulin, M. J., Brown, S. L., Dillard, A. J. y Smith, D. M. (en prensa). Giving to others and the association between stress and mortality. *American Journal of Public Health*. doi: 10.2105/AJPH.2012.300876
- Poulin, M. J., Brown, S. L., Ubel, P. A., Smith, D. M., Jankovic, A. y Langa, K. M. (2010). Does a helping hand mean a heavy heart? Helping behavior and well-being among spouse caregivers. *Psychology and Aging*, 25(1), 108-117. doi:10.1037/a0018064
- Poulin, M. J. y Holman, E. (2013). Helping hands, healthy body? Oxytocin receptor gene and prosocial behavior interact to buffer the association between stress and physical health. *Hormones & Behavior*, 63(3), 510-517. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.01.004
- Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C. y Diener M. (2005). Integrating the diverse definitions of happiness: A time-sequential framework of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 6, 261-300. doi:10.1007/s10902-005-7226-8.

- Puig, J. M., Batlle, R, Bosch, C. y Palos, J. (2007). *Aprendizaje y servicio. Educar para la ciudadanía*. Barcelona: Ministerio de Educación y Ciencia y Octaedro.
- Puig, J. M., Martín, X. y Batlle, R. (2007). *Guía zerbikas 1: Cómo iniciar un proyecto de aprendizaje y servicio solidario. Guía de Bolsillo*. Bilbao: Fundación Zerbikas.
- Puig, J. M. y Palos, J. (2006). Rasgos pedagógicos del aprendizaje-servicio. *Cuadernos de Pedagogía*, 357, 60-63.
- Quevedo, R. y Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33(1), 39-46.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-387. doi:10.1016/0005-7967(77)90041-9
- Rachman, S. (1991). Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, 12(2), 155-173. doi:10.1016/0272-7358(91)90093-A
- Ramírez, M.T. y Pizarro, B. (2005). *Aprendizaje servicio. Manual para docentes UC*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://www.documentacion.edex.es/docs/0403RAMapr.pdf>
- Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: El componente metacognitivo. *Ansiedad y Estrés*, 14 (2-3), 305-319.

- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J. A., García, L. J. y Oblitas, L. A. (2008). Psiconeuroinmunología: Conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, 15(1), 115-142.
- Ramos-Valverde, M. P. (2010). *Estilos de vida y salud en la adolescencia* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. Recuperado de <http://www.injuve.es/observatorio/tesis-doctorales/estilos-de-vida-y-salud-en-la-adolescencia>
- Rayle, A. y Chung, K. (2008). Revisiting first-year college students' mattering: Social support, academic stress, and the mattering experience. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 9(1), 21-37.
- Rebellato, J. L. (1998). Paulo Freire: Educación y proyecto ético-político. En Cáritas Española (Ed.). *Educación y transformación social* (pp. 93-84). Madrid: Cáritas Española.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. México, D. F.: McGrawHill.
- Richman, L. S., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P. Y Bauer, Mark (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, 24(4), 422-429. doi: 10.1037/0278-6133.24.4.422
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. d. C. y Del Castillo. O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.
- Rodríguez-Marin, J., Pastor, M.A. y Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

- Romero, A., López, J. J. y Díez, F. (1988). Inducción de indefensión aprendida en humanos mediante ordenador. *Psicológica*, 9(2), 113-120.
- Rosenberg, M. y McCullough, B. (1981). Mattering: Inferred significance and mental health among adolescents. *Research in Community & Mental Health*, 2, 163-182.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the Attribution Process. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, pp. 174-220). New York: Academic Press
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1-28.
doi:10.1037/h0092976
- Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C. Y Harris, J. R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1136-1146.
doi:10.1037/0022-3514.85.6.1136
- Rubio, L. (2008). *Guía zerbikas 0: Aprendizaje y servicio solidario. Guía de bolsillo*. Bilbao. Zerbikas Fundazioa.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi:10.1037/0022-3514-69.4.719
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1989). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Sánchez, E. E. (1998). Apoyo social, integración social y salud mental. *Revista de Psicología Social*, 13(3), 537-544. doi:10.1174/021347498760349797
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *Escala de Bienestar Psicológico. Manual*. Madrid: Tea.
- Sandín, B. (2008). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, 2, (pp. 91-136). Madrid: McGrawHill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2008). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, 2, (pp. 43-63). Madrid: McGrawHill.
- Santacreu, J. (1991). Psicología clínica y psicología de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 3-20.
- Schwartz, C., Meisenhelder, J. B., Yunsheng, M. A. y Reed, G. (2003). Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health. *Psychosomatic Medicine*, 65, 778-785. doi:10.1097/01.PSY.0000079378.39062.D4
- Schwartz, C. E. y Sendor, M. (2000). Helping others helps oneself: Response shift effects in peer support. En C. E. Schwartz, M. G. Sprangers (Eds.), *Adaptation*

- to changing health: Response shift in quality-of-life research* (pp. 175-188). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10382-012
- Seifer, S. D. (1998). Service-learning: Community-campus partnerships for health professions education. *Academic Medicine*, 73, 273-277.
- Seifer, S. D. y Connors, K. (Eds.) (2007). *Community campus partnerships for health. Faculty toolkit for service-learning in higher education*. Scotts Valley, CA: National ServiceLearning Clearinghouse.
- Seligman, M. E. P. (1970). On the generality of the laws of learning. *Psychological Review*, 77(5), 406-418. doi:10.1037/h0029790
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2(3), 307-320. doi:10.1016/S0005-7894(71)80064-3
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York, NY US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Seligman, M. E. P. y Maier, S. F. (1967). Failure to escape to traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1-9. doi:10.1037/h0024514
- Sheldon, K.M. y Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497. doi:10.1037/0022-3514.76.3.482
- Shields, M. y Shooshtari S. (2001). Determinants of self-perceived health. *Health Reports*, 13(1), 35-52.

- Shmotkin, D, Modan, B. y Blumstein, T. (2003). Beyond keeping active: Concomitant of being a volunteer in old-old age. *Psychology and Aging*, 18(3), 602-607. doi:10.1037/0882-7974.18.3.602
- Simons, L. y Cleary, B. (2005). Student and community perceptions of the "value added" for service-learners. *Journal of Experiential Education*, 28(2), 164-188.
- Simons, L y Cleary, B. (2006). The influence of service learning on students' personal and social development. *College Teaching*, 54(4), 307-319.
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35, 691-712.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Manual*. Madrid: TEA.
- Stallings, M., Dunham, C. C., Gatz, M., Baker, L. A. y Bengston, V. L. (1997). Relationships among life events and psychological well-being: More evidence for a two-factor theory of well-being. *The Journal of Applied Gerontology*, 16 (1), 104-119.

- Stern, W. (1914). The Method of Age-Gradation (Binet-Simon Method). En *The psychological methods of testing intelligence* (pp. 29-108). Baltimore, MD US: Warwick & York. doi:10.1037/11067-002
- Stones, M. J. y Kozma A. (1985). Structural relationships among happiness scales: A second order factorial study. *Social Indicators Research*, 17, 19-28.
- Strage, A. A. (2000). Service-learning: Enhancing learning outcomes in a college level lecture course. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 7, 5-13.
- Tapia, M. N. (2000). *La Solidaridad como Pedagogía*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Tapia, M. N. (2006). *Aprendizaje y servicio solidario en las instituciones educativas y las organizaciones juveniles*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Tapia, M. N. (2008a). Aprendizaje y servicio solidario en la misión de la educación superior. En A. González y R. Montes (Eds), *Aprendizaje-servicio en la educación superior. Una mirada analítica desde los protagonistas* (pp. 11-34). Barcelona: Eudeba.
- Tapia, M. N. (2008b). Calidad académica y responsabilidad social: El aprendizaje servicio como puente entre dos culturas universitarias. En M. Martínez (Ed), *Aprendizaje servicio y responsabilidad social de las universidades*. Barcelona: Octaedro.
- Tapia, M. N. (2010). La propuesta pedagógica del “aprendizaje-servicio”: Una perspectiva latinoamericana. *Tzhoeco*, 5, 23-43. Recuperado de <http://www.clayss.org.ar/archivos/TZHOECOEN-5.pdf>

- Tapia, M. N., González, A. y Elicegui, P. (2005). *Aprendizaje y servicio solidario en las escuelas argentinas: Una visión descriptiva a partir de las experiencias presentadas al Premio Presidencial Escuelas Solidarias (2000-2001)*. Global Service Institute, Center for Social Development, George Brown School of Social Work, Washington University, Mo., USA., Small Grants Research Program. Recuperado de http://clayss.org.ar/ingles/06_investigacion/descargas/CLAYSS_Investigacion.pdf
- Taylor, J. (2001). Mattering and psychological well-being. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Sciences*, 61(10), 4183.
- Taylor, R. D. y Dymnicki, A. B. (2007). Empirical evidence of social and emotional learning's influence on school success: A commentary on "building academic success on social and emotional learning: What does the research say?," a book edited by Joseph E. Zins, Roger P. Weissberg, Margaret C. Wang, and Herbert J. Walberg. *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 17(2-3), 225-231.
- Thoits y Hewitt (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 115-131. doi:10.2307/3090173
- Torralba, F. (2010). *Inteligencia espiritual*. Barcelona: Plataforma.
- Tryphon, A. y Vonèche, J. (2000). *Piaget-Vygotsky: La génesis social del pensamiento*. Buenos Aires: Paidós Educador.

- UNESCO (1998). *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: Visión y acción*. Recuperado de http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm#declaracion
- Urteaga, E. (2010). Las teorías sistémicas. Ámbitos. *Revista de Estudios de Ciencias Sociales y Humanidades*, 23, 73-97.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Vallejo, J. (2011). Trastornos depresivos. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (pp.230-257). Barcelona: Masson.
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology*, 55(5), 308-318.
- Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K. M. y Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, and persistence: The synergistic effects of intrinsic goal contents and autonomy-supportive contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 246 –260.
- Vázquez y Sanz (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, 2 (pp. 233-269). Madrid: McGrawHill.
- Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20, 333-354.
- Villa, A. y Poblete, M. (Coords.) (2010). *Aprendizaje basado en competencias* (3ª ed.). Bilbao: Mensajero.

- Villamaría-Cid, F. (1990). Papel de la autoeficacia en los trastornos de Ansiedad y depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16(47), 55-79.
- Vitón de Antonio, M. J. (1998). Freire: Una herencia para el futuro (Aportaciones de P. Freire a la acción socioeducativa de nuestro tiempo). En Cáritas Española (Ed.). *Educación y transformación social* (53-66). Madrid: Cáritas Española.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. doi:10.4067/S0718-48082012000200002
- Vogelgesang, L. J. y Astin A. W. (2000) Comparing the effects of community service and service learning. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 7, 25-34.
- Von Bertalanffy, L. (1957). General system theory. En R. W. Taylor (Ed.), *Life, language, law: Essays in honor of Arthur F. Bentley* (pp. 58-78). Oxford England: The Antioch Press.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Ware, J. E., Gandek, B. y el IQLA Project Group (1994). The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQLA project. *International Journal of Mental Health*, 23, 49-73.
- Ware J. E. y Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-83.

- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. y Gandek B. (1993) *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. doi: 10.1037/h0069608
- Weiner, B. (2008). Reflections on the history of attribution theory and research: People, personalities, publications, problems. *Social Psychology*, 39(3), 151-156. doi:10.1027/1864-9335.39.3.151
- Wilczenski, F. L. y Cook, A. M. (2009). How service learning addresses the mental health needs of students in urban schools. *Journal of School Counseling*, 7(25), 1-20.
- Wilczenski, F. L. y Coomey, S. M. (2007). *A practical guide to service learning: Strategies for positive development in schools*. New York, NY US: Springer Science + Business Media.
- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annu. Rev. Sociol.*, 26(2), 15-40.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- Wiedenfeld, S. A., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S. y Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1082-1094. doi:10.1037/0022-3514.59.5.1082

- Xu, J. y Roberts, R. E. (2010). The power of positive emotions: It's a matter of life or death subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology*, 29(1), 9-19. doi:10.1037/a0016767
- Yela-Bernabé, J. R. (1995). Efectos de la exposición a estímulos aversivos incontrolables en humanos. (Evaluación sistemática del modelo de indefensión aprendida de Seligman.). *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(80), 757-794.
- Yorio, P. L. y Ye, F. (2012). A meta-analysis on the effects of service-learning on the social, personal, and cognitive outcomes of learning. *Academy of Management Learning & Education*, 11(1), 9-27.
- Young, F. G. y Glasgow, N. (1998) Voluntary social participation and health. *Research on Aging*, 20(3), 339-362. doi:10.1177/0164027598203004
- Yubero, S. y Larrañaga, E. (2002). Concepción del voluntariado desde la perspectiva motivacional: Conducta de ayuda vs. altruismo. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, 9, 27-39.
- Zabala, A. y Arnau, L. (2007). *11 ideas clave. Cómo aprender y enseñar competencias*. Barcelona: Editorial Grao.
- Zavala, M. y López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional? *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 20(1), 59-75.
- Zdanowicz, N. N., Janne, P. P. y Reynaert, C. H. (2004). Does the health locus of control play a key role in the health during adolescence? *The European Journal of Psychiatry*, 18(2), 117-124.

Zerbikas (s. f.). *Qué es AySS. Definición*. Recuperado de <http://www.zerbikas.es/es/definicion.html>

Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C. y Walberg, H. J. (2004). *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* New York, NY US: Teachers College Press.

Zohar D. y Marshall, I. (2001). *Inteligencia espiritual*. Barcelona: Plaza & Janés Editores S. A.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informadoCONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados alumnos y alumnas,

Somos un equipo de investigación de la Universidad de Deusto; Evaluación Clínica y de la Salud. Nos gustaría contar vuestra ayuda para el siguiente estudio que formará parte de una tesis doctoral. En caso de tener cualquier duda o estar interesado en el conocimiento de los resultados podéis contactar con la Directora o Doctoranda de la tesis, Dra. Begoña Matellanes y Vanesa Lorenzo, respectivamente; a través de los siguientes correos electrónicos:

bego.matellanes@deusto.es / vanesa.lorenzo@deusto.es.

Este estudio trata de investigar el impacto de la metodología de aprendizaje-servicio en la salud de los alumnos. Investigar dicho impacto ayudará a potenciar la promoción de la salud entre la población universitaria.

No obstante, vuestra participación es totalmente voluntaria y debe realizarse exclusivamente si vosotros/as consentís en ello. Los cuestionarios se administrarán en dos momentos (al inicio y final de curso) y en dos únicas aplicaciones. Debéis saber que en todo momento los datos serán anónimos y se respetará la confidencialidad de los mismos.

Firmo aquí en caso de **dar autorización**

Firmo aquí en caso de **NO dar autorización**

En Bilbao, a 1 de octubre de 2011

Anexo 2: Análisis de la normalidad

- Análisis de la normalidad mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov

Tabla 1

Resultados de los contrastes de normalidad en el total de la muestra (N = 234)

	Pre-Test		Post-Test	
	Estadístico ^a	Significación	Estadístico ^a	Significación
Bienestar Subjetivo	.078	.001	.056	.070*
Depresión	.157	.000	.184	.000
Ansiedad				
Ansiedad-Estado	.100	.000	.075	.003
Ansiedad-Rasgo	.092	.000	.078	.001
Adaptación Social	.084	.000	.066	.015
Salud Percibida				
Función Física	.297	.000	.307	.000
Rol Físico	.399	.000	.383	.000
Dolor Corporal	.168	.000	.159	.000
Salud General	.139	.000	.132	.000
Vitalidad	.097	.000	.094	.000
Función Social	.289	.000	.323	.000
Rol Emocional	.424	.000	.428	.000
Salud Mental	.122	.000	.119	.000
Componente de Salud Mental	.158	.000	.126	.000
Componente de Salud Física	.059	.056	.089	.000

Nota. a. Corrección de significación de Lilliefors; $p > .05$, se mantiene la hipótesis de normalidad con $\alpha = .05$

- Gráficos del análisis exploratorio de la normalidad en el conjunto de la muestra en el

Pre-test

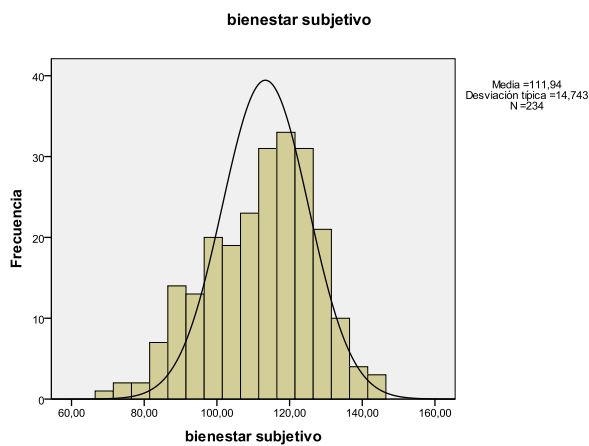


Figura 1. Estadística descriptiva de Bienestar Subjetivo.

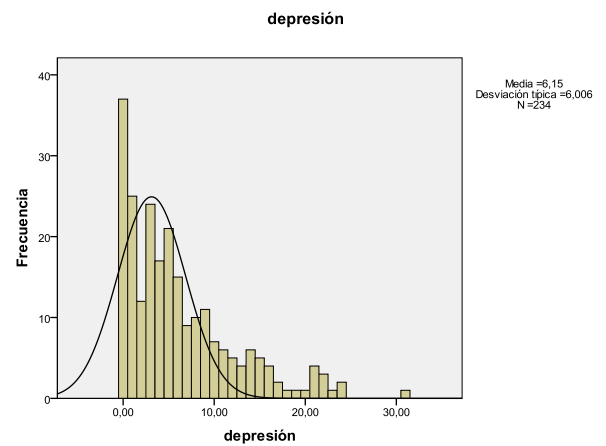


Figura 2. Estadística descriptiva de Depresión.

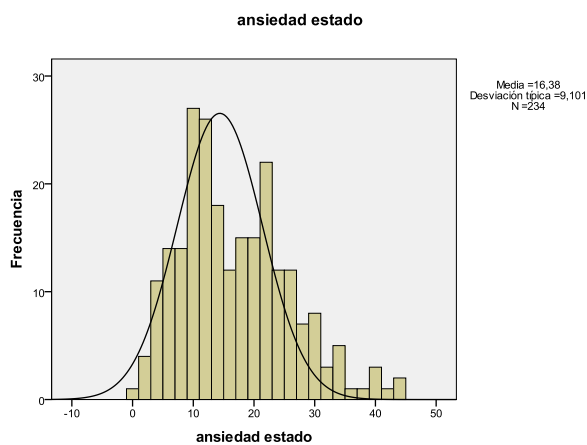


Figura 3. Estadística descriptiva de Ansiedad-Estado.

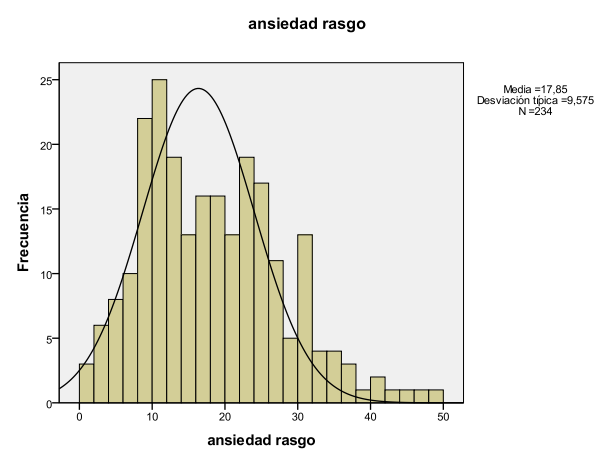


Figura 4. Estadística descriptiva de Ansiedad-Rasgo.

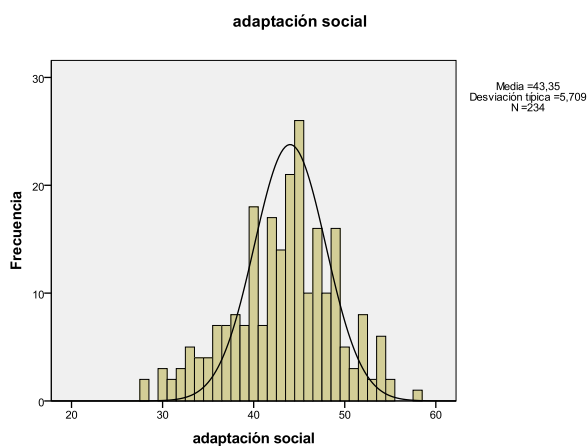


Figura 5. Estadística descriptiva de Adaptación Social.

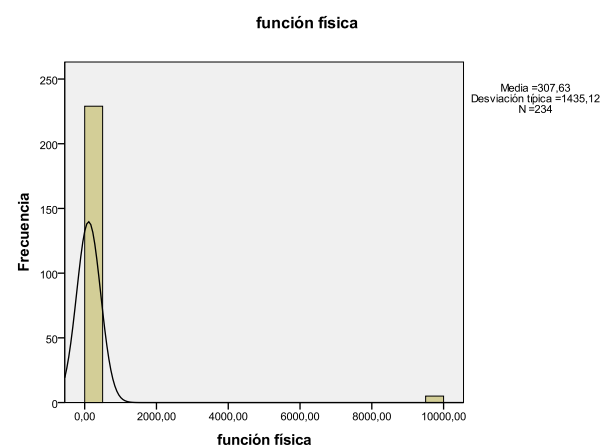


Figura 6. Estadística descriptiva de Función Física.

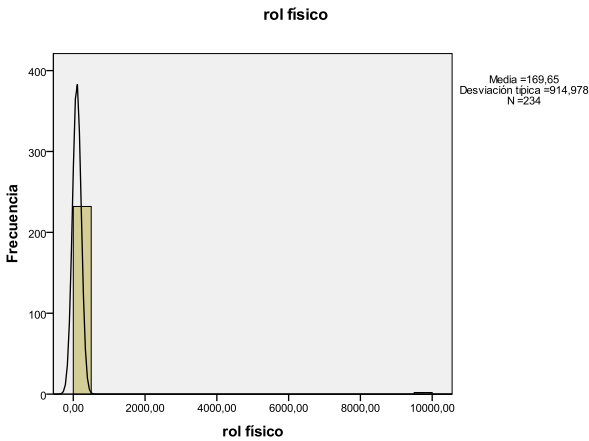


Figura 7. Estadística descriptiva de Rol Físico.

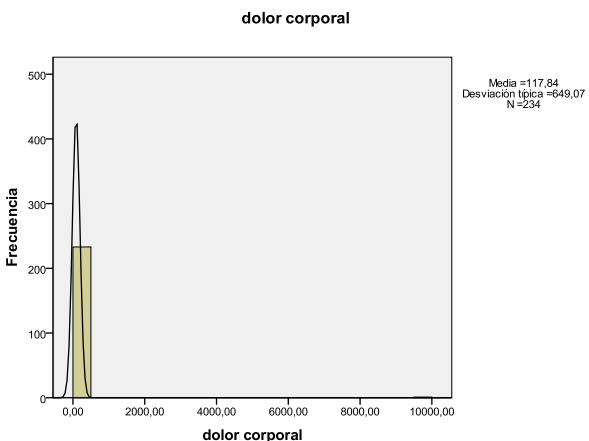


Figura 8. Estadística descriptiva de Dolor Corporal.

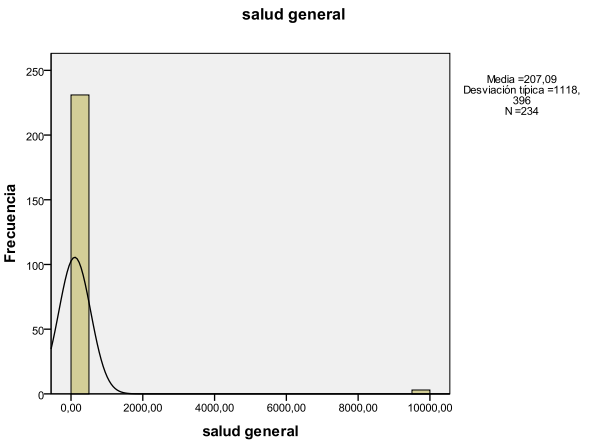


Figura 9. Estadística descriptiva de Salud General.

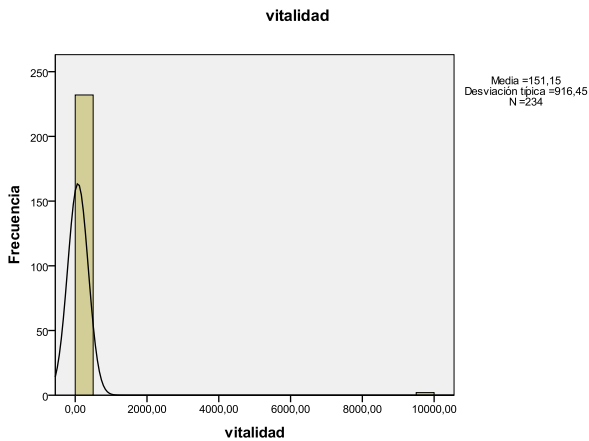


Figura 10. Estadística descriptiva de Vitalidad.

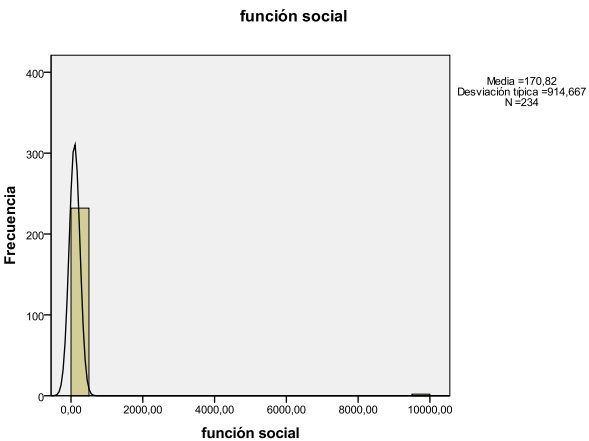


Figura 11. Estadística descriptiva de Función Social.

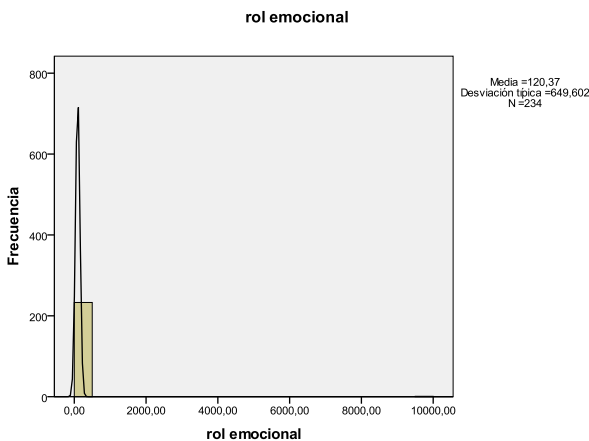


Figura 12. Estadística descriptiva de Rol Emocional.

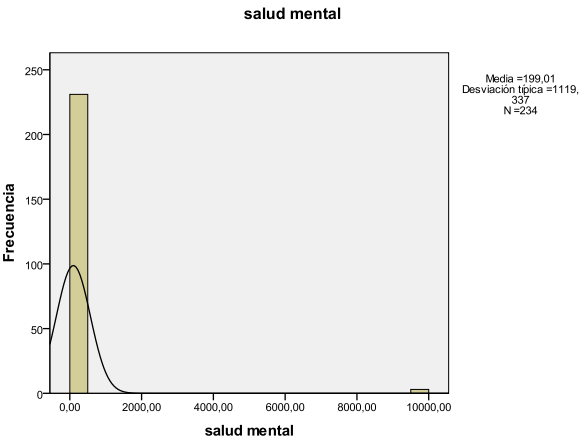


Figura 13. Estadística descriptiva de Salud Mental.

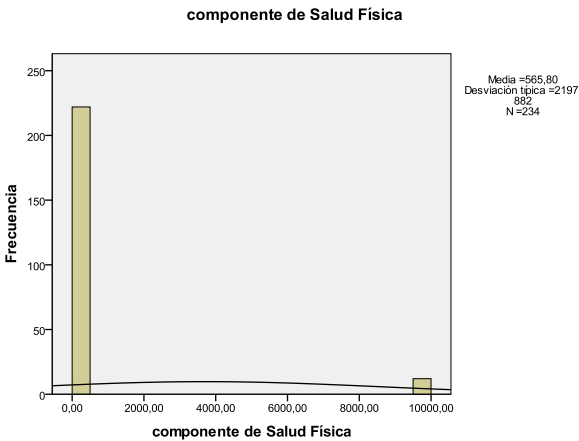


Figura 14. Estadística descriptiva del Componente de Salud Física.

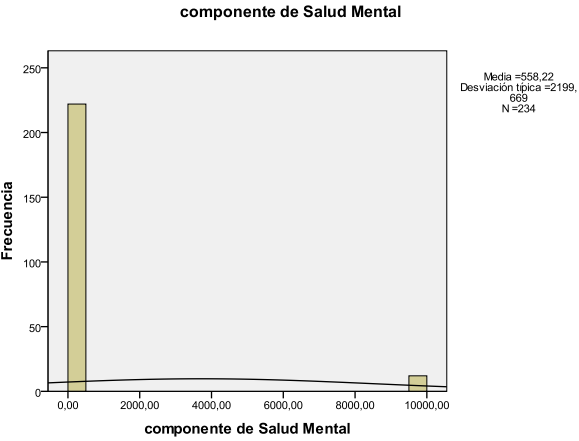


Figura 15. Estadística descriptiva del Componente de Salud Mental.

Anexo 3: Análisis de la homocedasticidad

Tabla 2

Tabla de homogeneidad de varianzas en el pre-test (basada en la media)

	Prueba	
	Levene	Significación
Bienestar Subjetivo	.042	.838*
Depresión	.276	.600*
Ansiedad		
Ansiedad-Estado	1.792	.182*
Ansiedad-Rasgo	2.151	.144*
Adaptación Social	2.148	.144*
Salud Percibida		
Función Física	3.517	.062*
Rol Físico	.046	.830*
Dolor Corporal	.306	.581*
Salud General	.014	.905*
Vitalidad	.007	.933*
Función Social	.480	.489*
Rol Emocional	.699	.404*
Salud Mental	.801	.372*
Componente de Salud Mental	2.919	.089*
Componente de Salud Física	1.237	.267*

* $p > .05$, se mantiene la hipótesis de homogeneidad de varianzas con $\alpha = .05$

Tabla 3

Tabla de homogeneidad de varianzas en el post-test (basada en la media)

	Prueba	
	Levene	Significación
Bienestar Subjetivo	.000	.999*
Depresión	2.864	.092*
Ansiedad		
Ansiedad-Estado	.060	.807*
Ansiedad-Rasgo	.178	.674*
Adaptación Social	3.685	.056*
Salud Percibida		
Función Física	.841	.360*
Rol Físico	2.634	.106*
Dolor Corporal	.523	.470*
Salud General	2.915	.089*
Vitalidad	1.570	.211*
Función Social	4.127	.043
Rol Emocional	6.993	.009
Salud Mental	.009	.926*
Componente de Salud Mental	2.788	.096*
Componente de Salud Física	.489	.485*

* $p > .05$, se mantiene la hipótesis de homogeneidad de varianzas con $\alpha = .05$

Anexo 4: Ausencia de diferencias estadísticamente significativas en el pre-test entre el Grupo Experimental y el Grupo Control

Tabla 4

Diferencia de medias en el pre-test entre el Grupo Experimental y el Grupo Control en las variables dependientes

	Estadístico	
	<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
Bienestar Subjetivo	1.000 (232)	.318
Depresión	-0.332 (232)	.740
Ansiedad		
Ansiedad-Estado	0.310 (232)	.757
Ansiedad-Rasgo	0.310 (232)	.481
Adaptación Social	0.303 (232)	.762
Salud Percibida		
Función Física	1.102 (227)	.271
Rol Físico	0.066 (230)	.947
Dolor Corporal	-0.019 (231)	.985
Salud General	0.267 (229)	.790
Vitalidad	-1.256 (230)	.210
Función Social	-0.536 (230)	.593
Rol Emocional	-0.506 (231)	.613
Salud Mental	0.226 (229)	.822
Componente de Salud Mental	-0.730 (220)	.465
Componente de Salud Física	0.316 (220)	.752

Anexo 5: Análisis de correlaciones entre las variables “Cambio” como parte del análisis de la adecuación de los datos para la realización de un análisis factorial

Tabla 5

Matriz de correlaciones entre las variables “Cambio”

		Bienestar Subjetivo	Bienestar Material	Depresión (BDI)	Ansiedad-Estado	Ansiedad-Rasgo	Adaptación Social	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental	Componente de Salud Física	Estado Transición	Componente de Salud Mental
Correlación	Bienestar Subjetivo	1.000	.332	-.023	-.171	-.204	.255	-.124	-.021	-.054	.058	.036	.180	.013	.073	-.068	.024	.089
	Bienestar Material	.332	1.000	-.205	-.409	-.271	-.101	-.103	.126	.090	.119	.152	.133	-.013	.099	.086	-.004	.064
	Depresión	-.023	-.205	1.000	.283	.345	.013	.027	-.212	-.032	-.177	.005	-.345	-.343	-.299	.082	.055	-.344
	Ansiedad-Estado	-.171	-.409	.283	1.000	.436	-.039	.122	-.058	-.250	-.183	-.513	-.218	-.188	-.409	.021	.178	-.355
	Ansiedad-Rasgo	-.204	-.271	.345	.436	1.000	-.057	.028	-.219	-.206	-.107	-.179	-.293	-.387	-.529	.091	.117	-.458
	Adaptación Social	.255	-.101	.013	-.039	-.057	1.000	-.082	-.149	.131	.074	.152	.032	.036	-.034	-.007	-.088	.043
	Función Física	-.124	-.103	.027	.122	.028	-.082	1.000	.089	.111	.313	-.048	.022	-.066	-.058	.355	.012	-.133
	Rol Físico	-.021	.126	-.212	-.058	-.219	-.149	.089	1.000	.193	.237	-.015	.107	-.037	-.010	.620	.036	-.123
	Dolor Corporal	-.054	.090	-.032	-.250	-.206	.131	.111	.193	1.000	.256	.341	.225	.059	.198	.537	-.100	.093
	Salud General	.058	.119	-.117	-.183	-.107	.074	.313	.237	.256	1.000	.181	.200	-.011	.023	.478	-.234	.001
	Vitalidad	.036	.152	.005	-.513	-.179	.152	-.048	-.015	.341	.181	1.000	.312	.244	.534	-.045	-.176	.520
	Función Social	.180	.133	-.345	-.218	-.293	.032	.022	.107	.225	.200	.312	1.000	.497	.517	-.149	-.025	.660
	Rol Emocional	.013	-.013	-.343	-.188	-.387	.036	-.066	-.037	.059	-.011	.244	.497	1.000	.484	-.534	-.320	.863
	Salud Mental	.073	.099	-.299	-.409	-.529	-.034	-.058	-.010	.198	.023	.534	.517	.484	1.000	-.385	-.109	.812
	Componente de Salud Física	-.068	.086	.082	.021	.091	-.007	.355	.620	.537	.479	-.045	-.149	-.534	-.385	1.000	.078	-.599
	Estado de Transición	.024	-.004	.055	.178	.117	-.088	.012	.036	-.100	-.234	-.176	-.025	-.320	-.109	.078	1.000	-.239
	Componente de Salud Mental	.089	.064	-.344	-.355	-.458	.043	-.133	-.123	.093	.001	.520	.680	.863	.812	-.599	-.239	1.000
Sig.(Unilateral)	Bienestar Subjetivo		.001	.421	.066	.035	.012	.139	.427	.317	.304	.377	.056	.454	.263	.276	.417	.218
	Bienestar Material	.001		.035	.000	.008	.188	.184	.135	.214	.148	.091	.121	.454	.193	.226	.486	.287
	Depresión	.421	.035		.006	.001	.455	.407	.031	.391	.059	.482	.001	.001	.004	.237	.316	.001
	Ansiedad-Estado	.066	.000	.006		.000	.365	.142	.307	.013	.053	.000	.027	.049	.000	.428	.058	.001
	Ansiedad-Rasgo	.035	.008	.001	.000		.309	.404	.026	.034	.174	.058	.004	.000	.000	.212	.153	.000
	Adaptación Social	.012	.188	.455	.365	.309		.236	.095	.125	.258	.091	.389	.375	.382	.476	.220	.354
	Función Física	.139	.184	.407	.142	.404	.236		.218	.166	.003	.337	.422	.283	.307	.001	.458	.121
	Rol Físico	.427	.135	.031	.307	.026	.095	.218		.045	.018	.449	.173	.374	.466	.000	.377	.139
	Dolor Corporal	.317	.214	.391	.013	.034	.125	.166	.045		.011	.001	.023	.303	.040	.000	.190	.208
	Salud General	.304	.148	.059	.053	.174	.258	.003	.018	.011		.056	.039	.462	.419	.000	.019	.496
	Vitalidad	.377	.091	.482	.000	.058	.091	.337	.449	.001	.056		.003	.015	.000	.345	.061	.000
	Función Social	.056	.121	.001	.027	.004	.389	.442	.173	.023	.039	.003		.000	.000	.095	.413	.000
	Rol Emocional	.454	.454	.001	.049	.000	.375	.283	.374	.303	.462	.015	.000		.000	.000	.002	.000
	Salud Mental	.263	.193	.004	.000	.000	.382	.307	.466	.040	.419	.000	.000	.000		.000	.170	.000
	Componente de Salud Física	.275	.225	.237	.428	.212	.476	.001	.000	.000	.000	.345	.095	.000	.000		.248	.000
	Estado de Transición	.417	.486	.316	.058	.153	.220	.458	.377	.190	.019	.061	.413	.002	.170	.248		.017
	Componente de Salud Mental	.218	.287	.001	.001	.000	.354	.121	.139	.208	.496	.000	.000	.000	.000	.000	.017	

Nota. Las variables hacen referencia a las variables “Cambio” (diferencia entre el pre-test y post-test).

Anexo 6: Comunalidades tras la extracción de factores (componentes principales).

Retención de dos factores. Matriz de componentes rotados

Tabla 6

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Bienestar Subjetivo	1.000	.044
Bienestar Material	1.000	.167
Depresión	1.000	.246
Ansiedad-Estado	1.000	.434
Ansiedad-Rasgo	1.000	.447
Adaptación Social	1.000	.009
Función Física	1.000	.161
Rol Físico	1.000	.413
Dolor Corporal	1.000	.440
Salud General	1.000	.453
Vitalidad	1.000	.382
Función Social	1.000	.482
Rol Emocional	1.000	.641
Salud Mental	1.000	.688
Componente de Salud Física	1.000	.971
Estado de Transición	1.000	.086
Componente de Salud Mental	1.000	.938

Nota. Las variables hacen referencia a las variables “cambio” (diferencia entre el pre-test y post-test).

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 7

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
Componente de Salud Mental	.902	-.352
Salud Mental	.817	
Rol Emocional	.722	-.347
Función Social	.694	
Ansiedad-Rasgo	-.652	
Ansiedad-Estado	-.615	-.238
Vitalidad	.604	
Depresión	-.484	
Bienestar Material	.296	
Estado de Transición	-.3292	
Bienestar Subjetivo	.207	
Adaptación Social		
Componente de Salud Física	-.318	.933
Salud General	.201	.642
Rol Físico		.639
Dolor Corporal	.298	.593
Función Física		.388

Nota. Las variables hacen referencia a las variables “cambio” (diferencia entre el pre-test y post-test). Método de extracción: Análisis de Componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Anexo 7. Técnica de K-medias para la identificación de subgrupos de mejoría en el Grupo Experimental. 2 grupos

Tabla 8

Centros de los conglomerados finales

	Conglomerado	
	1	2
REGR factor store 1	0.53894	- 1.16411

Tabla 9

Historial de iteraciones ^a

Iteración	1	2
1	1.634	1.811
2	0.069	0.141
3	0.017	0.031
4	0.000	0.000

a. Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de .000. La iteración actual es 4. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 5.234.

Tabla 10

Número de casos en cada conglomerado

Conglomerado 1	54.000
Conglomerado 2	25.000
Válidos	79.000
Perdidos	19.000

Tabla 11

Identificación de subgrupos de mejoría. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	79.000 ^a	1	0.000		
Corrección por continuidad ^b	74.445	1	0.000		
Razón de verosimilitudes	98.619	1	0.000		
Estadístico exacto de Fisher				0.000	0.000
Asociación lineal por lineal	78.000	1	0.000		
N de casos válidos	79				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.91.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Anexo 8: Técnica de K-medias para identificación de subgrupos de mejoría en el Grupo Experimental. 4 grupos

Tabla 12

Conglomerados mediante la técnica de K-medias

	Conglomerado			
	1	2	3	4
REGR factor store 1	1.16163	- 0.84972	0.17265	-2.15966

Tabla 13

Historial de iteraciones ^a

Iteración	1	2	3	4
1	.465	.217	.002	.000
2	.292	.130	.049	.000
3	.121	.101	.084	.651
4	.047	.122	.015	.224
5	.000	.037	.000	.113
6	.000	.000	.000	.000

a. Se ha logrado la convergencia debido a que los centros de los conglomerados no presentan ningún cambio o éste es pequeño. El cambio máximo de coordenadas absolutas para cualquier centro es de .000. La iteración actual es 6. La distancia mínima entre los centros iniciales es de 1.690.

Tabla 14

Prueba F en la técnica K-medias para los conglomerados detectados

	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
REGR factor store 1	23.235	3	0.111	75	210.067	0.000

Nota. Las pruebas F sólo se deben utilizar con una finalidad descriptiva puesto que los conglomerados han sido elegidos para maximizar las diferencias entre los casos en diferentes conglomerados. Los niveles críticos no son corregidos, por lo que no pueden interpretarse como pruebas de la hipótesis de que los centros de los conglomerados son iguales.

Tabla 15

Número de casos en cada conglomerado

Conglomerado 1	20.000
Conglomerado 2	19.000
Conglomerado 3	34.000
Conglomerado 4	6.000
Válidos	79.000
Perdidos	19.000

Anexo 9: Caracterización de los subgrupos detectados por su relación con otras variables medidas (sexo, edad, facultad, voluntariado previo)

- Edad (2 Grupos):

Tabla 16

Asociación entre edad y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.939 ^a	5	0.312
Razón de verosimilitudes	6.174	5	0.290
Asociación lineal por lineal	0.311	1	0.577
N de casos válidos	79		

a. 10 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32

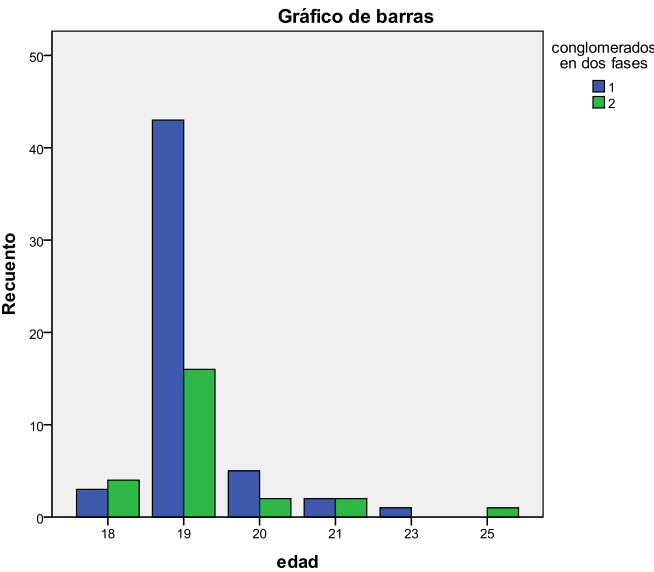


Figura 16. Asociación entre edad y los 2 grupos detectados. Representación gráfica.

- Edad (4 Grupos):

Tabla 17

Asociación entre edad y los 4 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29.781 ^a	15	0.013
Razón de verosimilitudes	23.306	15	0.078
Asociación lineal por lineal	0.940	1	0.332
N de casos válidos	79		

a. 21 casillas (87.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.08

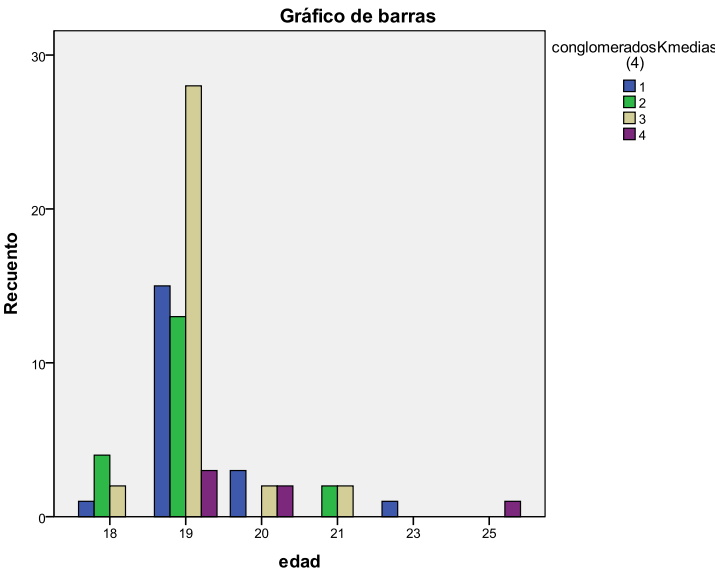


Figura 17. Asociación entre edad y los 4 grupos detectados. Representación gráfica.

- Sexo (2 Grupos):

Tabla 18

Asociación entre sexo y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.268 ^a	1	0.071		
Corrección por continuidad ^b	2.411	1	0.121		
Razón de verosimilitudes	3.451	1	0.063		
Estadístico exacto de Fisher				0.081	0.058
Asociación lineal por lineal	3.226	1	0.072		
N de casos válidos	79				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.54

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

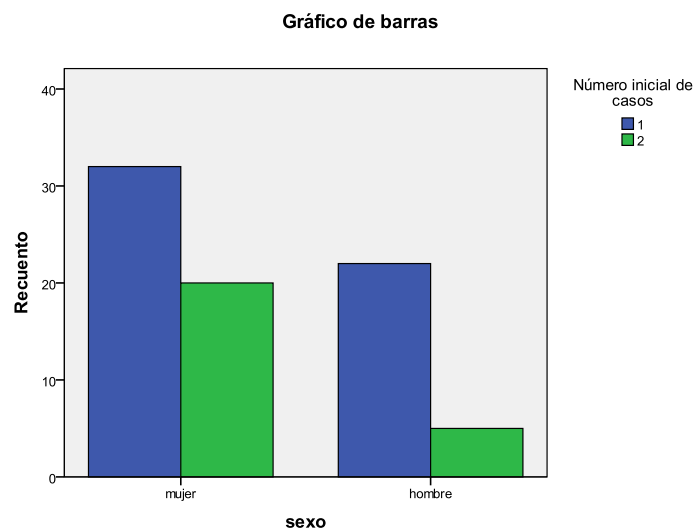


Figura 18. Asociación entre sexo y los 2 grupos detectados. Representación gráfica.

- Sexo (3 grupos):

Tabla 19

Asociación entre sexo y los 3 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.254 ^a	2	0.881
Razón de verosimilitudes	0.253	2	0.881
Asociación lineal por lineal	0.001	1	0.972
N de casos válidos	79		

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.44.

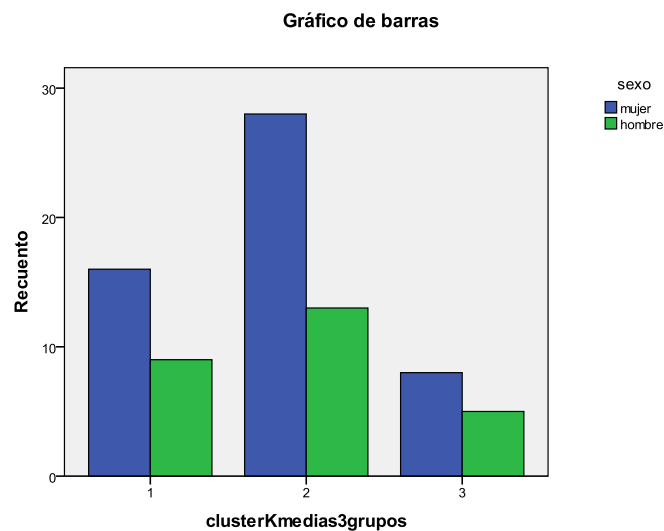


Figura 19. Asociación entre sexo y los 3 grupos detectados. Representación gráfica.

- Sexo (4 grupos):

Tabla 20

Asociación entre sexo y los 4 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.357 ^a	3	0.225
Razón de verosimilitudes	4.696	3	0.195
Asociación lineal por lineal	0.613	1	0.434
N de casos válidos	79		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.05.

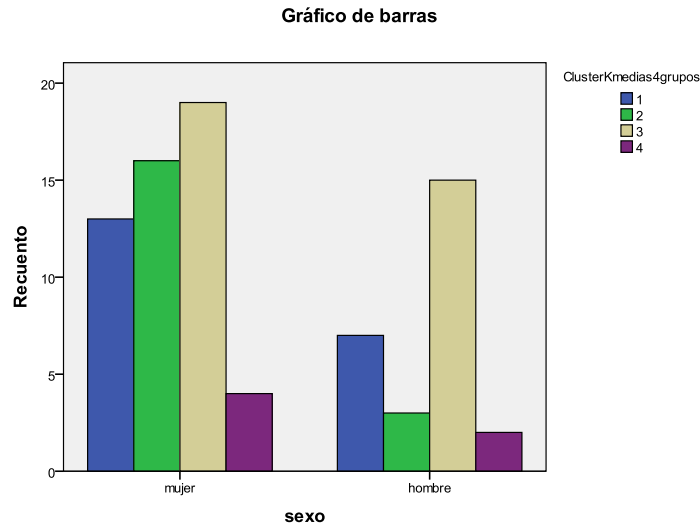


Figura 20. Asociación entre sexo y los 4 grupos detectados. Representación gráfica.

- Facultad (2 grupos):

Tabla 21
Asociación entre facultad y los 2 grupos detectados.
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.586 ^a	4	0.465
Razón de verosimilitudes	3.653	4	0.455
Asociación lineal por lineal	0.363	1	0.547
N de casos válidos	79		

a. 3 casillas (30.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.53.

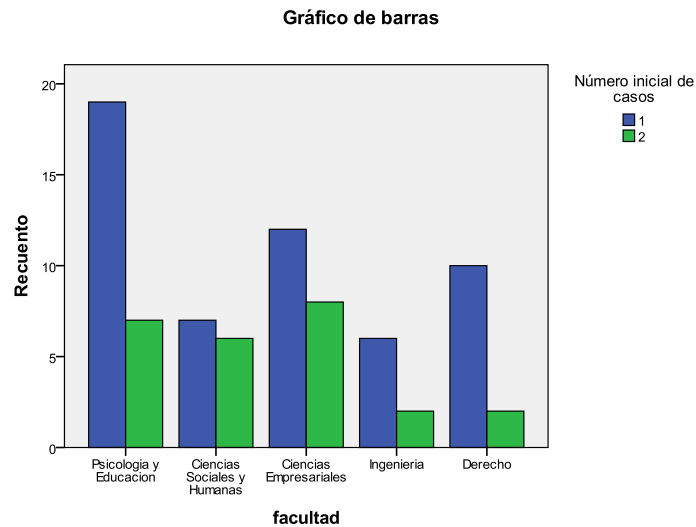


Figura 21. Asociación entre facultad y los 2 grupos detectados. Representación gráfica.

- Facultad (3 grupos):

Tabla 22

Asociación entre facultad y los 3 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.564 ^a	8	0.128
Razón de verosimilitudes	14.740	8	0.064
Asociación lineal por lineal	0.337	1	0.562
N de casos válidos	79		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1.32.

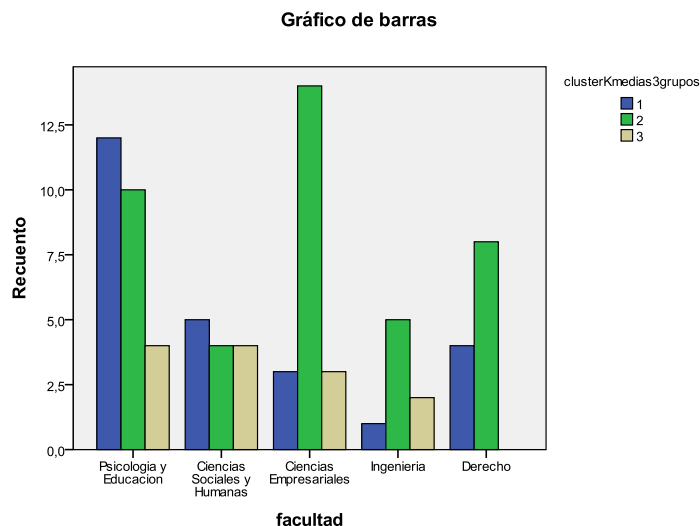


Figura 22. Asociación entre facultad y los 3 grupos detectados. Representación gráfica.

- Facultad (4 grupos):

Tabla 23

Asociación entre facultad y los 4 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.606 ^a	12	0.736
Razón de verosimilitudes	9.370	12	0.671
Asociación lineal por lineal	0.242	1	0.623
N de casos válidos	79		

a. 13 casillas (65.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 0.61.

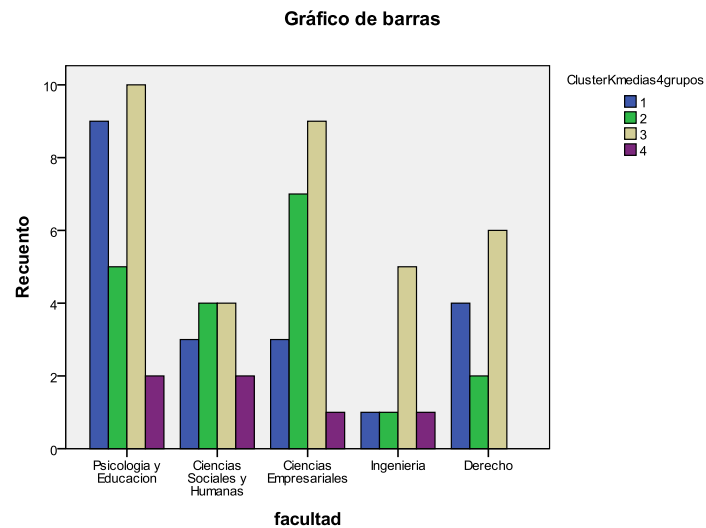


Figura 23. Asociación entre facultad y los 4 grupos detectados. Representación gráfica.

- Si se ha realizado o no voluntariado previo o externo al Programa (2 grupos):

Tabla 24

Asociación entre voluntariado y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.725 ^a	1	0.189		
Corrección por continuidad ^b	1.147	1	0.284		
Razón de verosimilitudes	1.744	1	0.187		
Estadístico exacto de Fisher				0.230	0.142
Asociación lineal por lineal	1.703	1	0.192		
N de casos válidos	79				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11.71.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

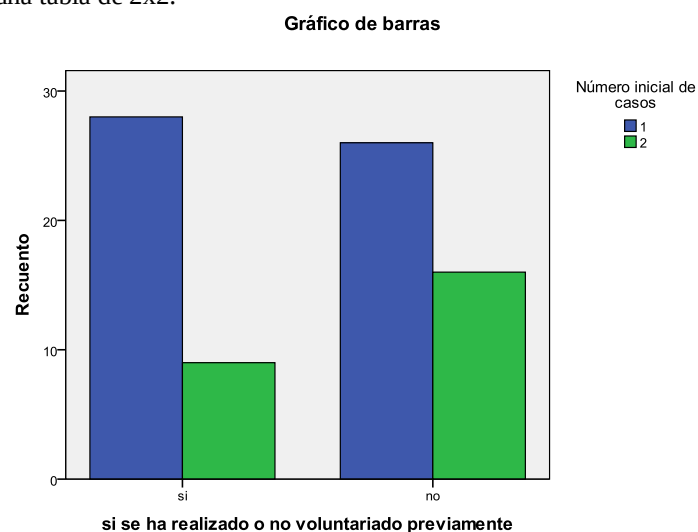


Figura 24. Asociación entre voluntariado y los 2 grupos detectados. Representación gráfica.

- Si se ha realizado o no voluntariado previo o externo al Programa (3 grupos):

Tabla 25

Asociación entre voluntariado y los 3 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.853 ^a	2	0.146
Razón de verosimilitudes	4.045	2	0.132
Asociación lineal por lineal	3,172	1	0.075
N de casos válidos	79		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 6.09.

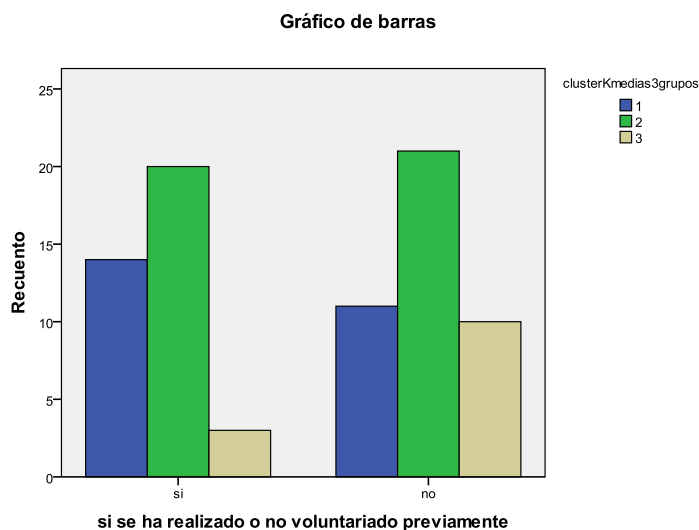


Figura 25. Asociación entre voluntariado y los 3 grupos detectados. Representación gráfica.

- Si se ha realizado o no voluntariado previo o externo al Programa (4 grupos):

Tabla 26

*Asociación entre voluntariado y los 4 grupos detectados.
Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.551 ^a	3	0.208
Razón de verosimilitudes	4.624	3	0.202
Asociación lineal por lineal	0,996	1	0.318
N de casos válidos	79		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2.81.

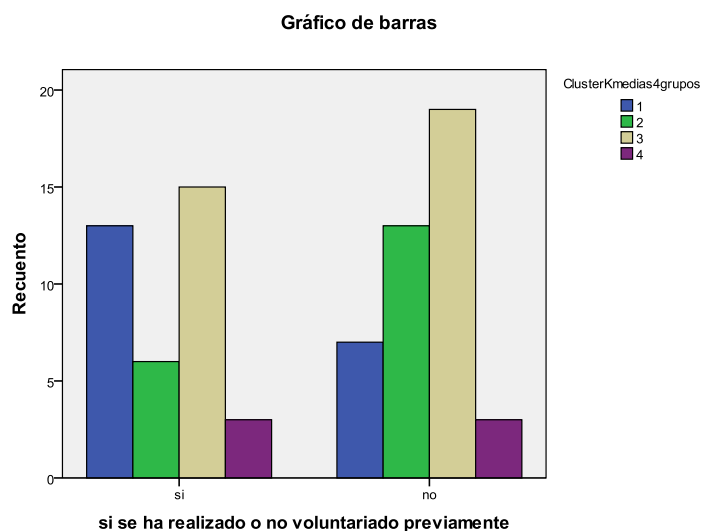


Figura 26. Asociación entre voluntariado y los 4 grupos detectados. Representación gráfica.

- Análisis correlacional entre duración de voluntariado (previo o externo al Programa) y el cambio en la variable indicadora “cambio Ansiedad-Rasgo” :

- Análisis lineal

Tabla 27

Análisis lineal entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Descripción del modelo

Nombre del modelo	MOD_2
Variable dependiente 1	Cambio Ansiedad-Rasgo
Ecuación 1	Lineal
Variable independiente	Duración voluntariado previo (en meses) en el post-test
Constante	Incluidos
Variable cuyos valores etiquetan las observaciones en los gráficos	Sin especificar

Tabla 28

Análisis lineal entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”.

Resumen del modelo

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
0.113	0.013	0.003	6.598

Nota. La variable independiente es duración voluntariado previo (en meses) en el post-test.

Tabla 29

Análisis lineal entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Coeficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Duración voluntariado previo (en meses) en el post-test	0.061	0.055	0.113	1.118	0.266
(Constante)	2.108	0.733		2.877	0.005

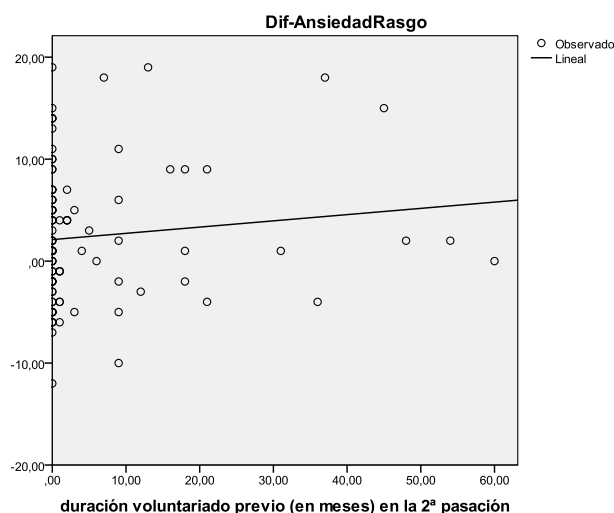


Figura 27. Análisis lineal entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Representación gráfica.

- Análisis lineal, cuadrático y cúbico

Tabla 30

Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”.

Descripción del modelo

Nombre del modelo	MOD_4
Variable dependiente 1	Cambio Ansiedad-Rasgo
Ecuación 1	Lineal
Ecuación 2	Cuadrático
Ecuación 3	Cúbico
Ecuación 4	a
Variable independiente	Duración voluntariado previo (en meses) en el post-test
Constante	Incluidos
Variable cuyos valores etiquetan las observaciones en los gráficos	Sin especificar
Tolerancia para la entrada de términos en ecuaciones	0.0001

Nota. El modelo necesita todos los valores no perdidos para ser positivo.

Tabla 31

Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Resumen del modelo lineal

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
0.113	0.013	0.003	6.598

Nota. La variable independiente es duración voluntariado previo (en meses) en el post-test.

Tabla 32

Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Resumen del modelo cuadrático

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
0.143	0.020	0.000	6.608

Nota. La variable independiente es duración voluntariado previo (en meses) en el post-test.

Tabla 33

Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Resumen del modelo cúbico

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
0.166	0.027	-0.004	6.619

Nota. La variable independiente es duración voluntariado previo (en meses) en el post-test.

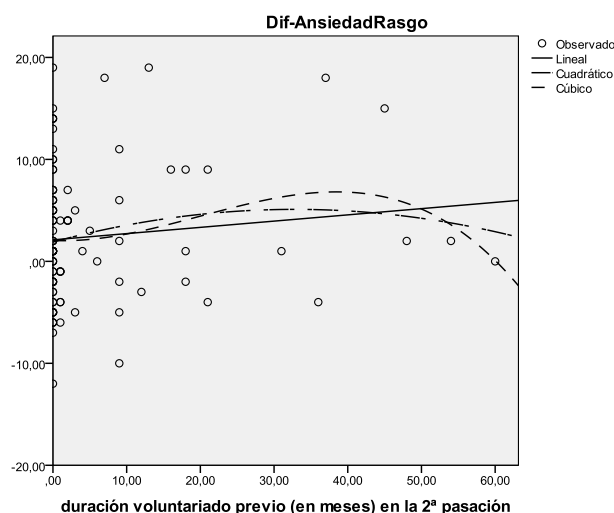


Figura 28. Análisis lineal, cuadrático y cúbico entre “Duración de Voluntariado” y “Cambio Ansiedad-Rasgo”. Representación gráfica.

- Programa modalidad PSV o DGM (2 grupos):

Tabla 34

Asociación entre modalidad del Programa y los 2 grupos detectados. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.859 ^a	1	0.091		
Corrección por continuidad ^b	1.982	1	0.159		
Razón de verosimilitudes	2.742	1	0.098		
Estadístico exacto de Fisher				0.155	0.081
Asociación lineal por lineal	2.823	1	0.093		
N de casos válidos	79				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.01

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Gráfico de barras

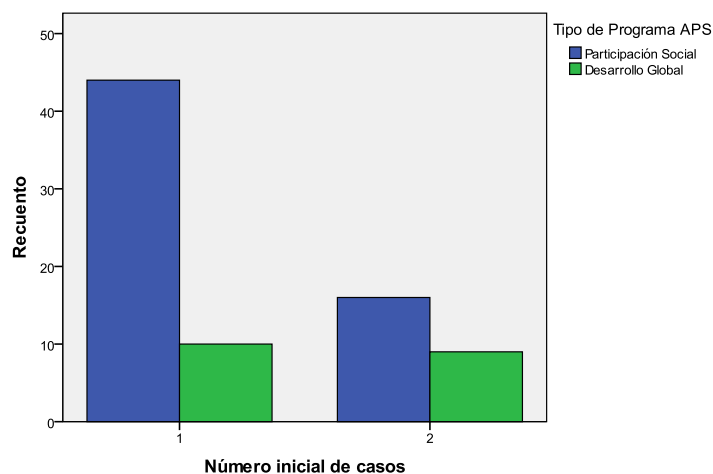


Figura 29. Asociación entre modalidad del Programa y los 2 grupos detectados. Representación gráfica.

- Programa modalidad PSV o DGM (3 grupos):

Tabla 35

Asociación entre modalidad del Programa y los 3 grupos detectados Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.463 ^a	2	0.107
Razón de verosimilitudes	4.079	2	0.130
Asociación lineal por lineal	3,567	1	0.059
N de casos válidos	79		

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.13.

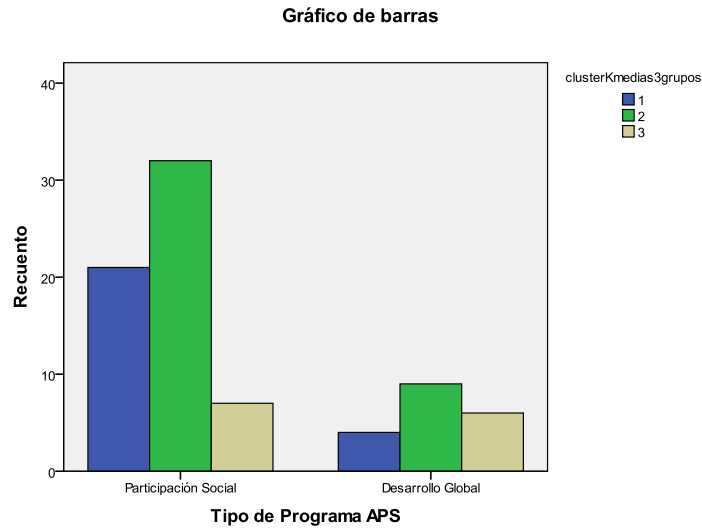


Figura 30. Asociación entre modalidad del Programa y los 3 grupos detectados. Representación gráfica.

- Programa modalidad PSV o DGM (4 grupos):

Tabla 36

Asociación entre modalidad del Programa y los 4 grupos detectados Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.921 ^a	3	0.270
Razón de verosimilitudes	3.663	3	0.300
Asociación lineal por lineal	1.093	1	0.296
N de casos válidos	79		

a. 4 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1.44.

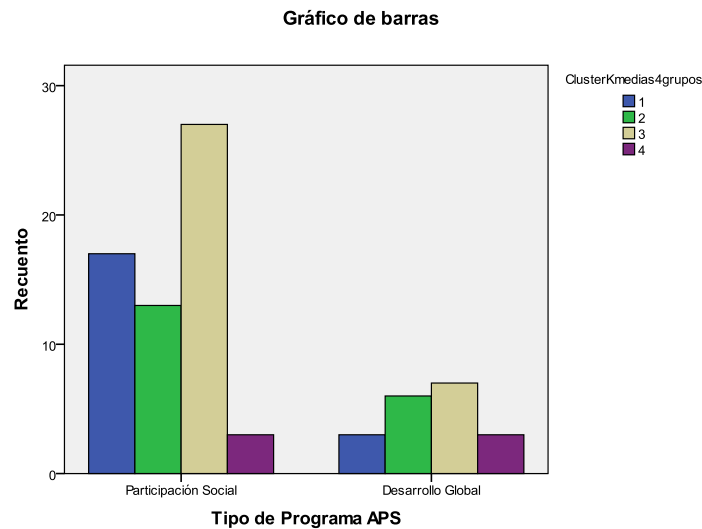


Figura 31. Asociación entre modalidad del Programa y los 4 grupos detectados. Representación gráfica.

Anexo 10: Caracterización de los subgrupos (en la muestra) según su comportamiento

- Análisis ANOVA entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados:

Tabla 37

Estadísticos descriptivos para el Análisis ANOVA entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
1	20	-2.7000	4.48506	1.00289	-4.7991	-0.6009	-12.00	6.00
2	19	5.3158	5.55830	1.27516	2.6368	7.9948	-4.00	14.00
3	34	1.4706	4.98626	0.85514	-0.2692	3.2104	-6.00	18.00
4	6	12.5000	7.60920	3.10644	4.5146	20.4854	0.00	19.00
Total	79	2.1772	6.57064	0.73925	0.7055	3.6490	-12.00	19.00

Tabla 38

Análisis ANOVA entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
Inter-grupos	(Combinados)	1319,243	3	439,748	16,102	,000	
	Término lineal	No ponderado	857,985	1	857,985	31,416	,000
		Ponderado	561,090	1	561,090	20,545	,000
		Desviación	758,154	2	379,077	13,880	,000
Intra-grupos		2048,276	75	27,310			
Total		3367,519	78				

- Comparaciones múltiples en la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” entre los 4 subgrupos detectados:

Tabla 39

Comparaciones múltiples entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados

	(I) conglomerados K-medias(4)	(J) conglomerados K-medias(4)	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Scheffé	1	2	-8.01579*	1.67419	0.000	-12.8040	-3.2276
		3	-4.17059	1.47267	0.053	-8.3825	0.0413
		4	-15.20000*	2.43254	0.000	-22.1571	-8.2429
	2	1	8.01579*	1.67419	0.000	3.2276	12.8040
		3	3.84520	1.49687	0.095	-0.4359	8.1263
		4	-7.18421*	2.44727	0.042	-14.1835	-0.1850
	3	1	4.17059	1.47267	0.053	-0.0413	8.3825
		2	-3.84520	1.49687	0.095	-8.1263	0.4359
		4	-11.02941*	2.31408	0.000	-17.6478	-4.4111
	4	1	15.20000*	2.43254	0.000	8.2429	22.1571
		2	7.18421*	2.44727	0.042	0.1850	14.1835
		3	11.02941*	2.31408	0.000	4.4111	17.6478
Bonferroni	1	2	-8.01579*	1.67419	0.000	-12.5529	-3.4787
		3	-4.17059*	1.47267	0.036	-8.1616	-0.1796
		4	-15.20000*	2.43254	0.000	-21.7923	-8.6077
	2	1	8.01579*	1.67419	0.000	3.4787	12.5529
		3	3.84520	1.49687	0.073	-0.2114	7.9018
		4	-7.18421*	2.44727	0.027	-13.8164	-0.5520
	3	1	4.17059*	1.47267	0.036	0.1796	8.1616
		2	-3.84520	1.49687	0.073	-7.9018	0.2114
		4	-11.02941*	2.31408	0.000	-17.3007	-4.7582
	4	1	15.20000*	2.43254	0.000	8.6077	21.7923
		2	7.18421*	2.44727	0.027	0.5520	13.8164
		3	11.02941*	2.31408	0.000	4.7582	17.3007
Tamhane	1	2	-8.01579*	1.62229	0.000	-12.5420	-3.4895
		3	-4.17059*	1.31797	0.017	-7.8033	-0.5379
		4	-15.20000*	3.26432	0.020	-27.6804	-2.7196
	2	1	8.01579*	1.62229	0.000	3.4895	12.5420
		3	3.84520	1.53535	0.099	-0.4425	8.1329
		4	-7.18421	3.35798	0.357	-19.4853	5.1169
	3	1	4.17059*	1.31797	0.017	0.5379	7.8033
		2	-3.84520	1.53535	0.099	-8.1329	0.4425
		4	-11.02941	3.22200	0.086	-23.6203	1.5615
	4	1	15.20000*	3.26432	0.020	2.7196	27.6804
		2	7.18421	3.35798	0.357	-5.1169	19.4853
		3	11.02941	3.22200	0.086	-1.5615	23.6203
C de Dunnett	1	2	-8.01579*	1.62229		-12.5919	-3.4397
		3	-4.17059*	1.31797		-7.8172	-0.5240
		4	-15.20000*	3.26432		-26.9745	-3.4255
	2	1	8.01579*	1.62229		3.4397	12.5919
		3	3.84520	1.53535		-0.4363	8.1267
		4	-7.18421	3.35798		-19.1567	4.7883
	3	1	4.17059*	1.31797		0.5240	7.8172
		2	-3.84520	1.53535		-8.1267	0.4363
		4	-11.02941	3.22200		-22.6948	0.6359
	4	1	15.20000*	3.26432		3.4255	26.9745
		2	7.18421	3.35798		-4.7883	19.1567
		3	11.02941	3.22200		-0.6359	22.6948

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tabla 40

Resumen comparación entre la variable “Cambio Ansiedad-Rasgo” y los 4 subgrupos detectados.

Subconjuntos homogéneos

			Subconjunto para alfa = 0.05		
conglomeradosKmedias(4)			1	2	3
Scheffe ^{a,b}	1	20	-2.7000		
	3	34	1.4706	1.4706	
	2	19		5.3158	
	4	6			12.5000
	Sig.		.243	.313	1.000

Nota. Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 13.391.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

- Representaciones gráficas del cambio en las variables significativas en los subgrupos detectados:

- Bienestar Subjetivo

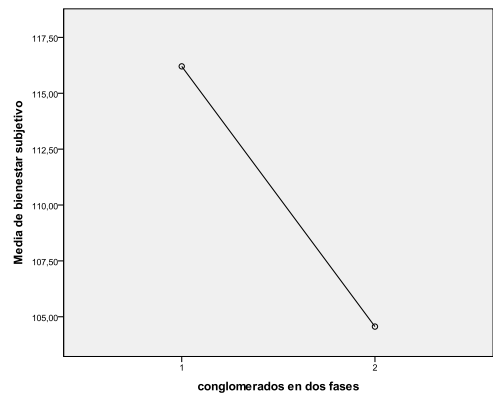


Figura 32. Bienestar Subjetivo en el pre-test en los 2 subgrupos detectados.

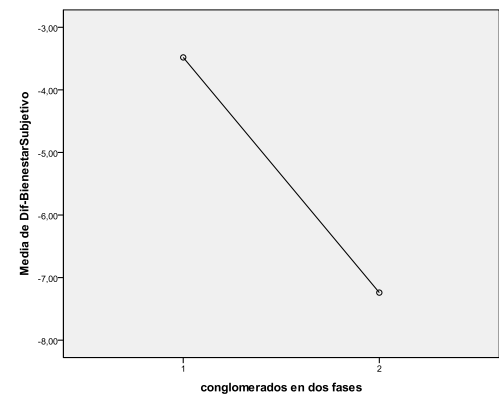


Figura 33. Cambio de Bienestar Subjetivo en los 2 subgrupos detectados.

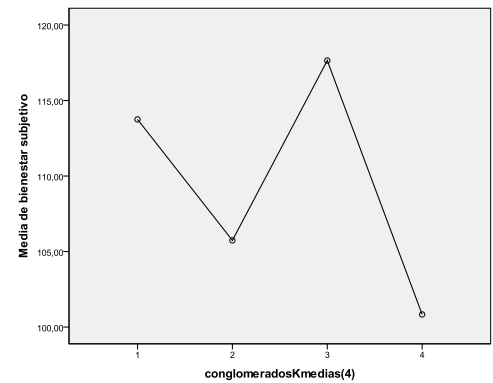


Figura 34. Bienestar Subjetivo en el pre-test en los 4 subgrupos detectados.

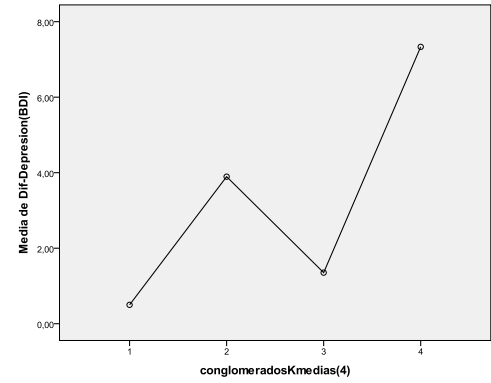


Figura 35. Cambio de Bienestar Subjetivo en los 4 subgrupos detectados.

- Depresión

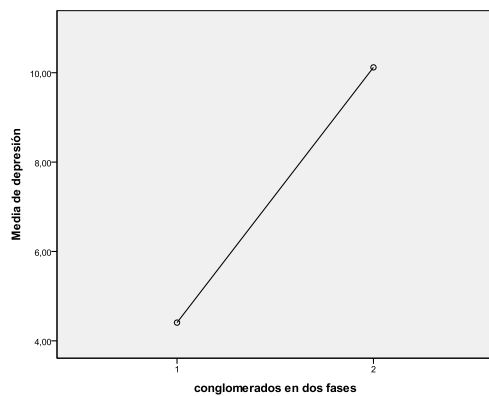


Figura 36. Depresión en el pre-test en los 2 subgrupos detectados.

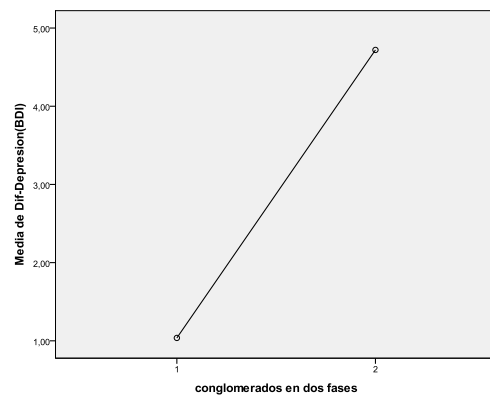


Figura 37. Cambio de Depresión en los 2 subgrupos detectados.

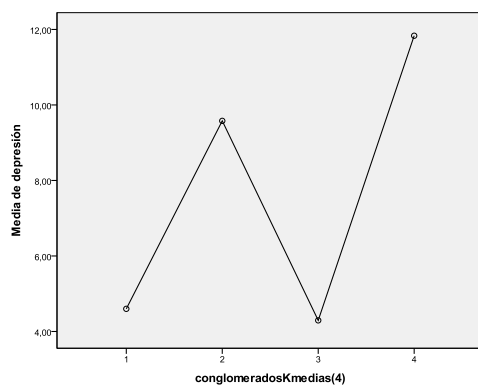


Figura 38. Depresión en el pre-test en los 4 subgrupos detectados.

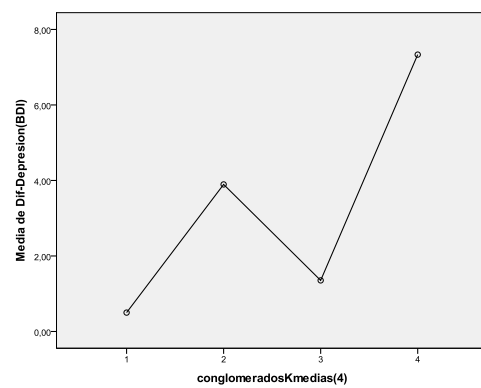


Figura 39. Cambio de Depresión en los 4 subgrupos detectados.

- Ansiedad-Rasgo

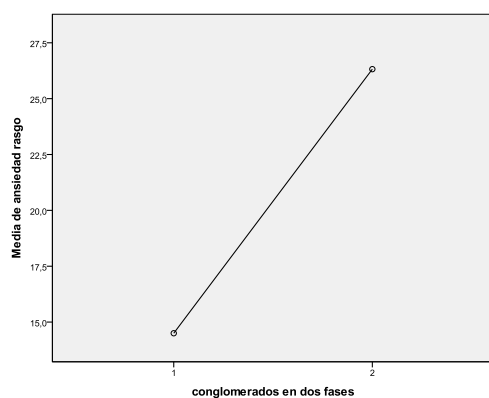


Figura 40. Ansiedad-Rasgo en el pre-test en los 2 subgrupos detectados.

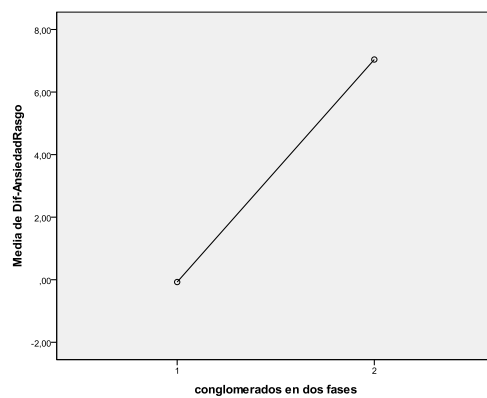


Figura 41. Cambio de Ansiedad-Rasgo en los 2 subgrupos detectados.

- Adaptación Social

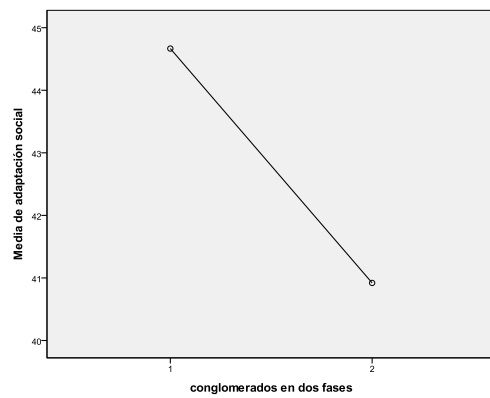


Figura 42. Adaptación Social en el pre-test en los 2 subgrupos detectados.

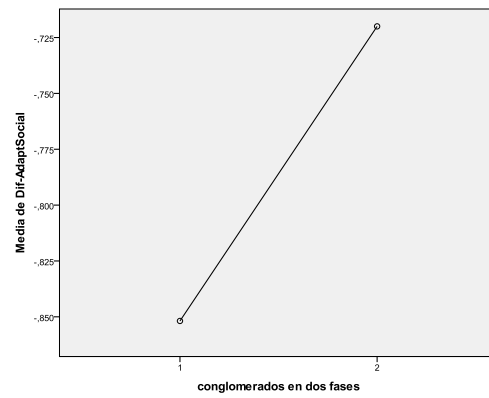


Figura 43. Cambio de Adaptación Social en los 2 subgrupos detectados.

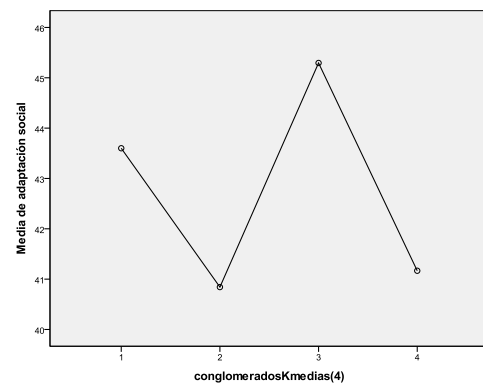


Figura 44. Adaptación Social en el pre-test en los 4 subgrupos detectados.

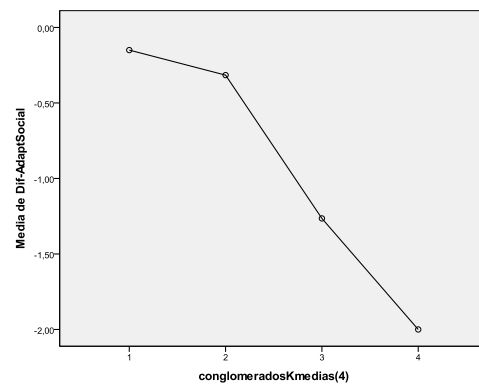


Figura 45. Cambio de Adaptación Social en los 4 subgrupos detectados.

- Función Social

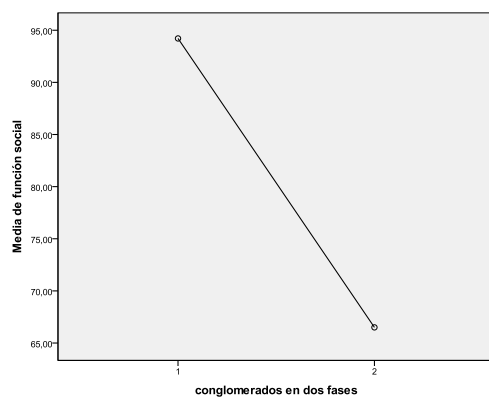


Figura 46. Función Social en el pre-test en los 2 subgrupos detectados.

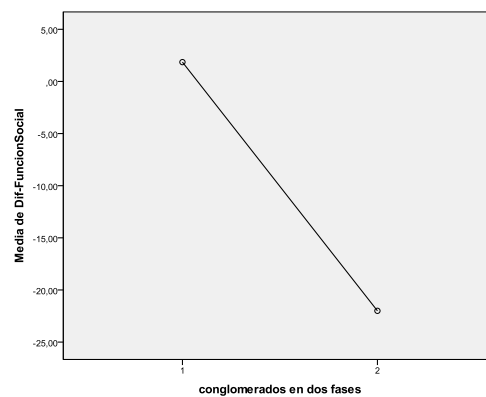


Figura 47. Cambio de Función Social en los 2 subgrupos detectados.

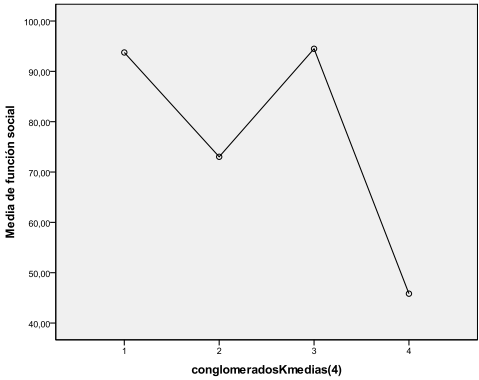


Figura 48. Función Social en el pre-test en los cuatro subgrupos detectados.

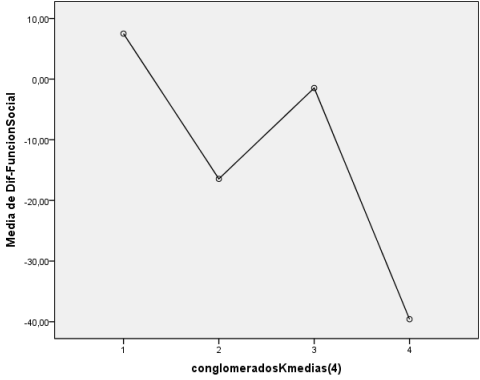


Figura 49. Cambio de Función Social en los cuatro subgrupos detectados.

Anexo 11: Relación de la mejoría con el estado inicial. Tablas de contingencia

- Bienestar Subjetivo:

Tabla 41

Asociación del estado inicial con el cambio de Bienestar

Subjetivo. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.703 ^a	9	0.073
Razón de verosimilitudes	15.601	9	0.076
N de casos válidos	98		

a. 11 casillas (68.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 3.52.

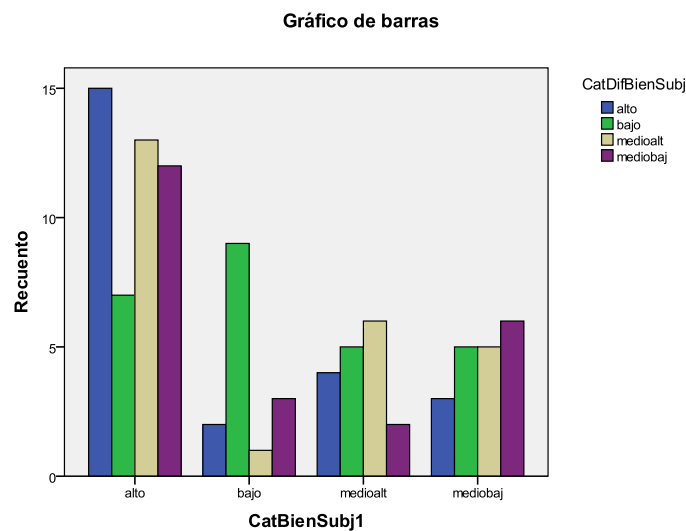


Figura 50. Asociación del estado inicial con el cambio de Bienestar Subjetivo. Representación gráfica.

Nota. "CatBienSubj1" hace referencia a Categoría Bienestar Subjetivo y "CatDifBienSubj" hace referencia a Categoría Cambio Bienestar Subjetivo.

- Depresión:

Tabla 42

Asociación del estado inicial con el cambio de Depresión.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.997 ^a	6	0.062
Razón de verosimilitudes	12.576	6	0.050
N de casos válidos	98		

a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 0.40.

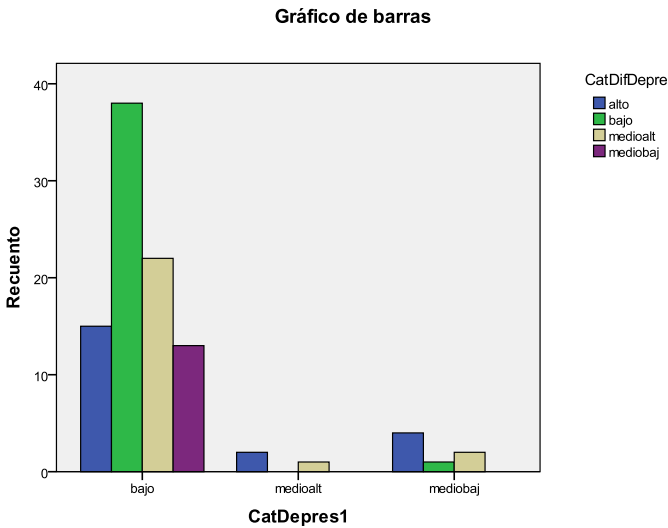


Figura 51. Asociación del estado inicial con el cambio de Depresión. Representación gráfica.

Nota. "CatDepres1" hace referencia a Categoría Depresión y "CatDifDepre" hace referencia a Categoría Cambio Depresión.

- Ansiedad-Rasgo :

Tabla 43

Asociación del estado inicial con el cambio de Ansiedad-Rasgo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49.730 ^a	9	0.000
Razón de verosimilitudes	52.581	9	0.000
N de casos válidos	98		

a. 1 casilla (6.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 4.71.

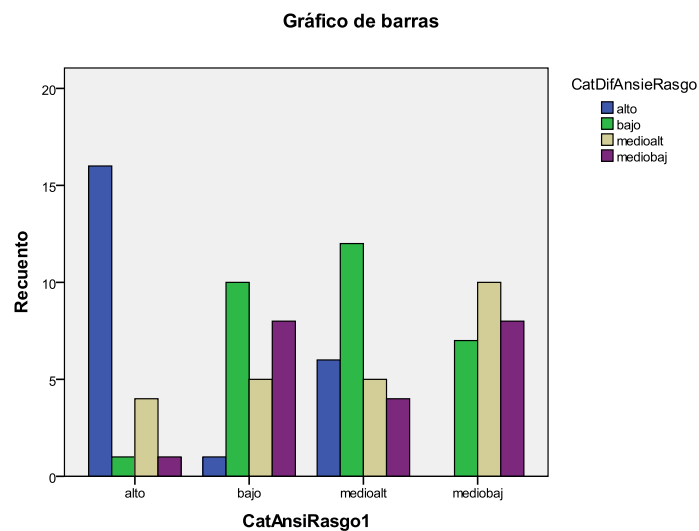


Figura 52. Asociación del estado inicial con el cambio de Ansiedad-Rasgo. Representación gráfica.

Nota. "CatAnsiRasgo1" hace referencia a Categoría Ansiedad-Rasgo y "CatDifAnsieRasgo" hace referencia a Categoría Cambio Ansiedad-Rasgo.

- Adaptación Social:

Tabla 44

Asociación del estado inicial con el cambio de Adaptación Social. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0 ^a	9	0.397
Razón de verosimilitudes	10.153	9	0.338
Asociación lineal por lineal	4.758	1	0.029
N de casos válidos	98		

a. 4 casillas (25.0 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 4.27.

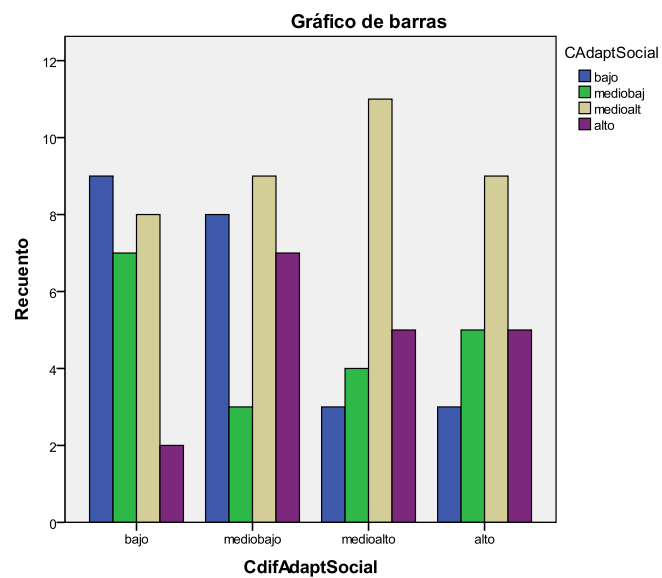


Figura 53. Asociación del estado inicial con el cambio de Adaptación Social. Representación gráfica.

Nota. "CAdaptSocial" hace referencia a Categoría Adaptación Social y "CDifAdaptSocial" hace referencia a Categoría Cambio Adaptación Social.

- Función social (dimensión salud percibida):

Tabla 45
Asociación del estado inicial con el cambio de Función Social.
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0 ^a	6	0.000
Razón de verosimilitudes	81.730	6	0.000
Asociación lineal por lineal	27.599	1	0.000
N de casos válidos	98		

a. 4 casillas (33.3 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1.84.

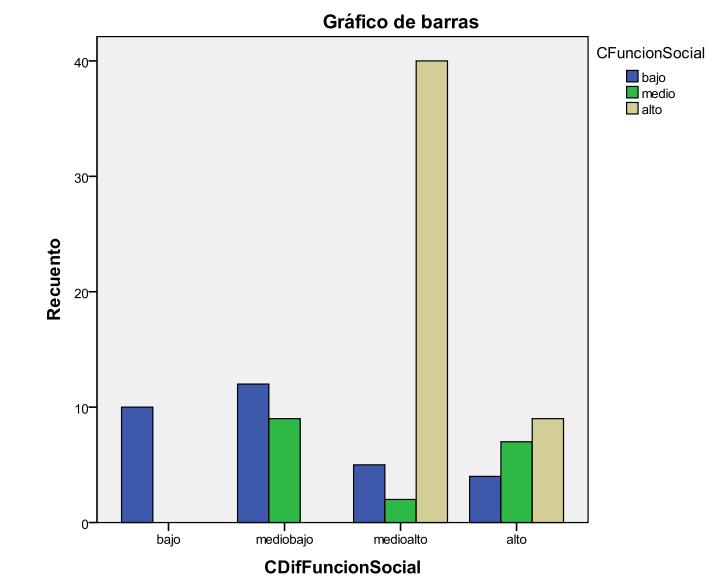


Figura 54. Asociación del estado inicial con el cambio de Función Social. Representación gráfica.
Nota. "CFuncionSocial" hace referencia a Categoría Función Social y "CDifFuncionSocial" hace referencia a Categoría Cambio Función Social.

- Salud General (dimensión salud percibida):

Tabla 46

Asociación del estado inicial con el cambio de Salud General.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36.738 ^a	9	0.000
Razón de verosimilitudes	43.667	9	0.000
N de casos válidos	98		

a. 8 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2.57.

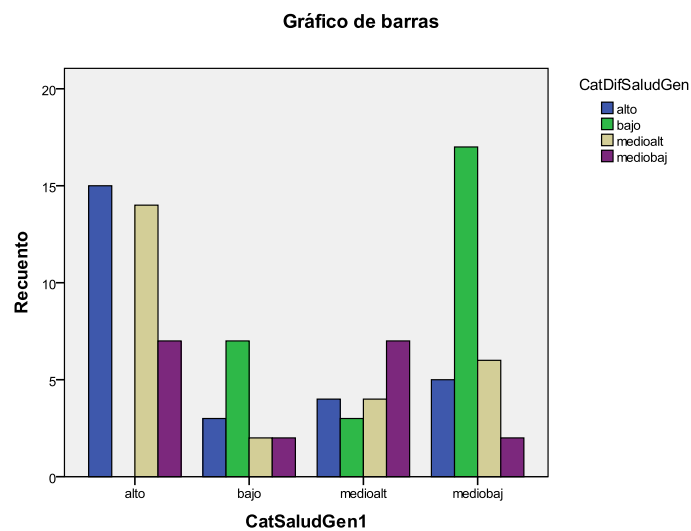


Figura 55. Asociación del estado inicial con el cambio de Salud General. Representación gráfica.

Nota. "CatSaludGen1" hace referencia a Categoría Salud General y "CatDifSaludGen" hace referencia a Categoría Cambio Salud General.

Anexo 12: Análisis de Correspondencias entre estado inicial y cambio en las variables dependientes

- Bienestar Subjetivo:

Tabla 47

Tabla de correspondencias. Bienestar Subjetivo

CdifBSubjetivo	CbienestarSubj				Margen activo
	bajo	mediobajo	medioalto	alto	
bajo	9	5	5	7	26
mediobajo	3	6	2	12	23
medioalto	1	5	6	13	25
alto	2	3	4	15	24
Margen activo	15	19	17	47	98

Tabla 48

Tabla de Resumen. Bienestar Subjetivo

Dimensión	Valor		Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Confianza para el Valor propio	
	propio	Inercia			Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación 2
1	0.357	0.127			0.794	0.794	0.101	-0.026
2	0.148	0.022			0.136	0.931	0.089	
3	0.106	0.011			0.069	1.000		
Total		0.160	15.703	0.073 ^a	1.000	1.000		

a. 9 grados de libertad

Tabla 49

Examen de los puntos de fila. Bienestar Subjetivo^a

CdifBSubjetivo	Masa	Puntuación en la dimensión			Contribución				
		1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		Total
					1	2	1	2	
bajo	0.265	-0.969	-0.138	0.090	0.698	0.034	0.991	0.008	1.000
mediobajo	0.235	0.124	0.665	0.017	0.010	0.702	0.075	0.890	0.965
medioalto	0.255	0.462	-0.381	0.029	0.153	0.251	0.677	0.191	0.868
alto	0.245	0.449	-0.090	0.025	0.139	0.014	0.716	0.012	0.727
Total activo	1.000			0.160	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

Tabla 50

Examen de los puntos de columna. Bienestar Subjetivo ^a

CbienestarSubj	Puntuación en la dimensión				Contribución				
	Masa			Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		Total
		1	2		1	2	1	2	
bajo	0.153	-1.306	0.085	0.094	0.732	0.008	0.986	0.002	0.987
mediobajo	0.194	-0.065	0.399	0.011	0.002	0.209	0.025	0.398	0.423
medioalto	0.173	-0.004	-0.800	0.017	0.000	0.751	0.000	0.951	0.951
alto	0.480	0.445	0.101	0.037	0.266	0.033	0.914	0.019	0.933
Total activo	1.000			0.160	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

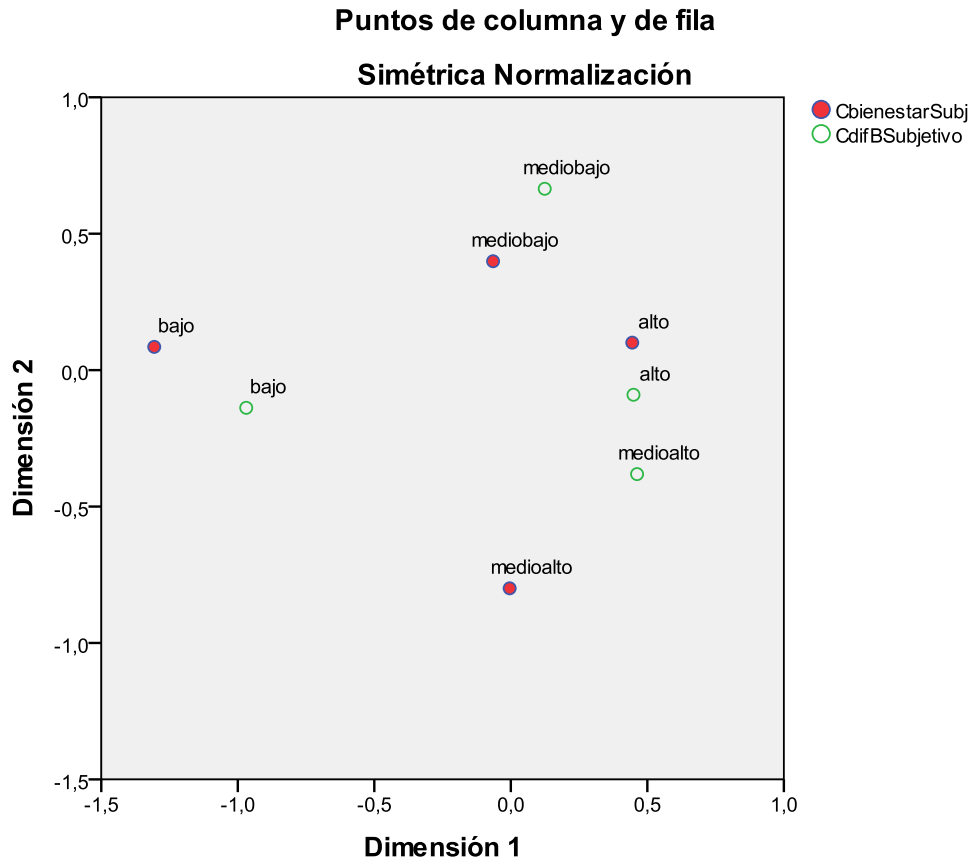


Figura 56. Gráfico de correspondencias en la variable Bienestar Subjetivo.

- Depresión:

Tabla 51

Tabla de correspondencias. Depresión

CdifDepres	Cdepres				Margen activo
	bajo	mediobajo	medioalto	alto	
bajo	38	1	0	0	39
mediobajo	13	0	0	0	13
medioalto	22	2	1	0	25
alto	15	4	2	0	21
Margen activo	88	7	3	0	98

Tabla 52

Tabla de Resumen. Depresión

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia			Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación	2
1	0.349	0.122			0.996	0.996	0.099		-0.227
2	0.023	0.001			0.004	1.000	0.060		
Total		0.122	11.997	0.213 ^a	1.000	1.000			

a. 9 grados de libertad

Tabla 53

Examen de los puntos de fila. Depresión^a

CdifDepres	Masa	Puntuación en la dimensión			Inercia	Contribución			
		1	2	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto			
				1		2	1	2	Total
bajo	0.398	-0.435	-0.149	0.026	0.215	0.387	0.992	0.008	1.000
mediobajo	0.133	-0.567	0.262	0.015	0.122	0.397	0.986	0.014	1.000
medioalto	0.255	0.105	0.133	0.001	0.008	0.198	0.905	0.095	1.000
alto	0.214	1.033	-0.044	0.080	0.655	0.018	1.000	0.000	1.000
Total activo	1.000			.122	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

Tabla 54

Examen de los puntos de columna. Depresión ^a

Cdepres	Puntuación en la dimensión				Contribución				
	Masa	1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		Total
					1	2	1	2	
bajo	0.898	-0.198	0.006	0.012	0.101	0.001	1.000	0.000	1.000
mediobajo	0.071	1.599	-0.361	0.064	0.523	0.406	0.997	0.003	1.000
medioalto	0.031	2.072	0.666	0.046	0.377	0.593	0.993	0.007	1.000
alto	0.000	.	.	.	.	.	.	.	.
Total activo	1.000			0.122	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

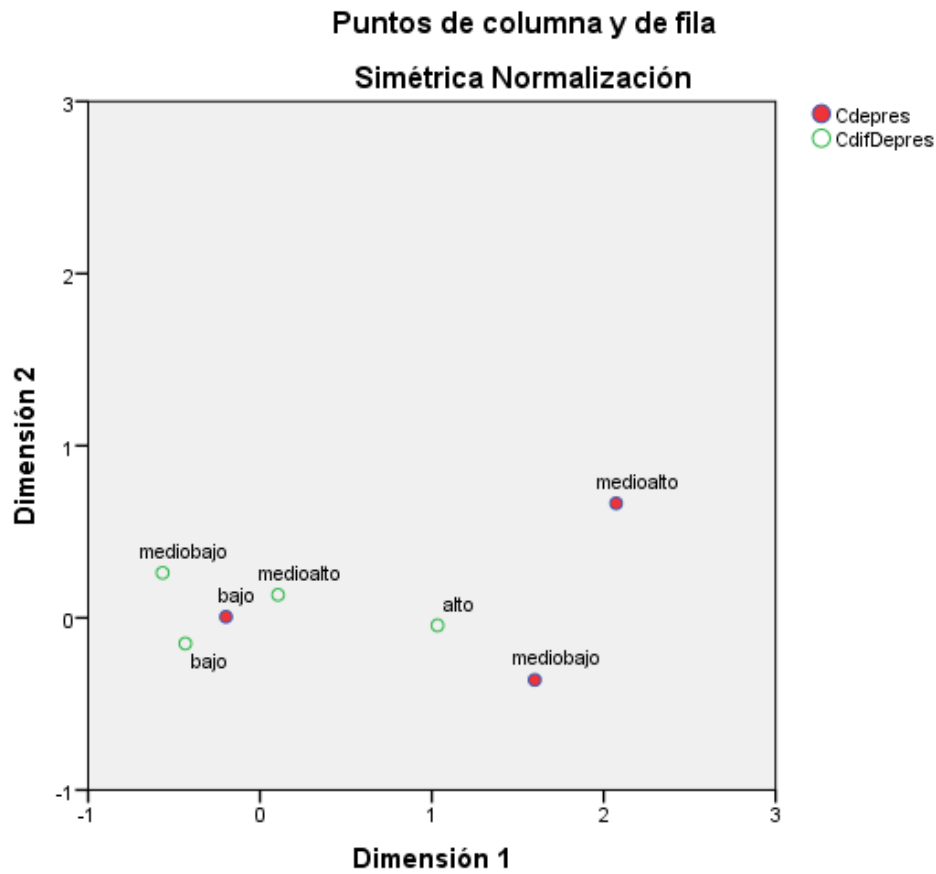


Figura 57. Gráfico de correspondencias en la variable Depresión.

- Ansiedad-Rasgo:

Tabla 55

Tabla de correspondencias. Ansiedad-Rasgo

CdifAnsieRasgo	CansieRasgo				Margen activo
	bajo	mediobajo	medioalto	alto	
bajo	10	7	12	1	30
mediobajo	8	8	4	1	21
medioalto	5	10	5	4	24
alto	1	0	6	16	23
Margen activo	24	25	27	22	98

Tabla 56

Tabla de Resumen. Ansiedad-Rasgo

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia			Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación	2
1	0.666	0.443			0.874	0.874	0.076		-0.055
2	0.235	0.055			0.109	0.982	0.103		
3	0.095	0.009			0.018	1.000			
Total		0.507	49.730	0.000 ^a	1.000	1.000			

a. 9 grados de libertad

Tabla 57

Examen de los puntos de fila. Ansiedad-Rasgo^a

CdifAnsieRasgo	Masa	Puntuación en la dimensión			Contribución				
		1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
bajo	0.306	-0.482	0.643	0.077	0.107	0.538	0.611	0.383	0.994
mediobajo	0.214	-0.624	-0.289	0.065	0.125	0.076	0.855	0.065	0.920
medioalto	0.245	-0.246	-0.605	0.034	0.022	0.382	0.290	0.618	0.908
alto	0.235	1.455	0.057	0.331	0.746	0.003	0.999	0.001	1.000
Total activo	1.000			0.507	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

Tabla 58

Examen de los puntos de columna. Ansiedad-Rasgo ^a

CansieRasgo	Puntuación en la dimensión				Contribución				
	Masa	1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
bajo	0.245	-0.600	0.203	0.066	0.132	0.043	0.886	0.036	0.922
mediobajo	0.255	-0.650	-0.659	0.099	0.162	0.472	0.727	0.263	0.990
medioalto	0.276	-0.043	0.611	0.027	0.001	0.438	0.013	0.893	0.906
alto	0.224	1.446	-0.222	0.315	0.705	0.047	0.991	0.008	0.999
Total activo	1.000			0.507	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

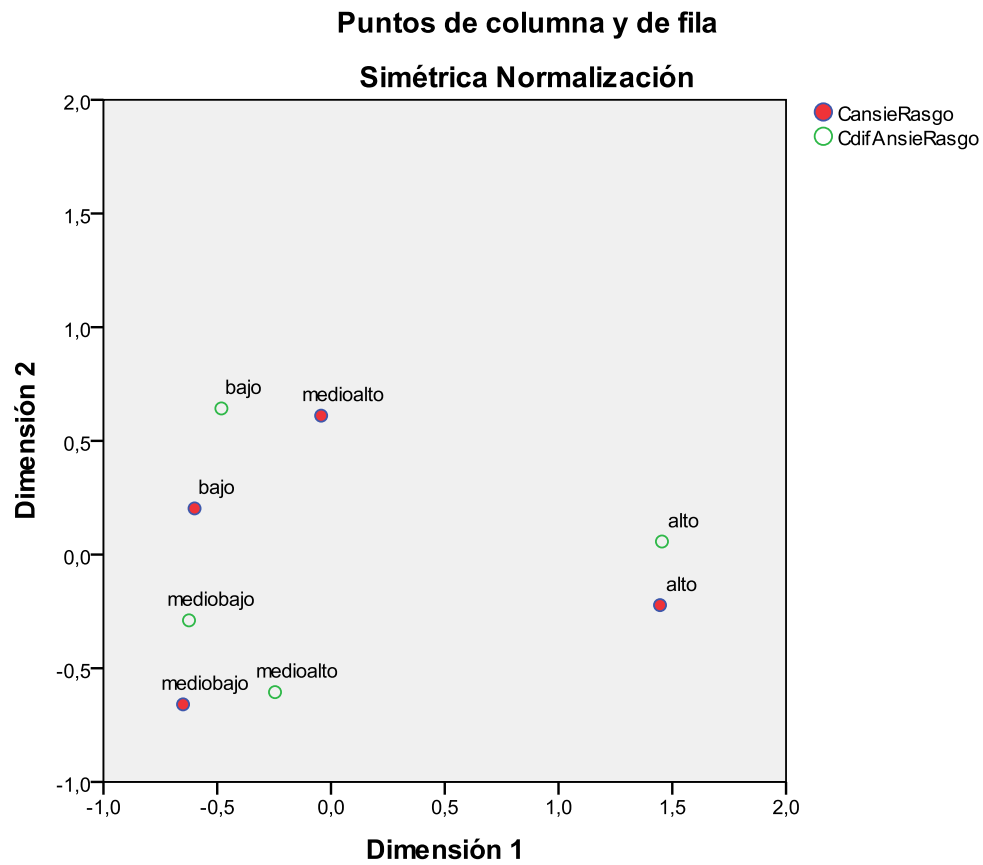


Figura 58. Gráfico de correspondencias en la variable Ansiedad-Rasgo.

- Adaptación Social:

Tabla 59

Tabla de correspondencias. Adaptación Social

CdifAdaptSocial	CAdaptSocial				Margen activo
	bajo	mediobajo	medioalto	alto	
bajo	9	7	8	2	26
mediobajo	8	3	9	7	27
medioalto	3	4	11	5	23
alto	3	5	9	5	22
Margen activo	23	19	37	19	98

Tabla 60

Tabla de Resumen. Adaptación Social

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia			Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación	2
1	0.253	0.064			0.663	0.663	0.093		-0.140
2	0.173	0.030			0.311	0.974	0.096		
3	0.050	0.003			0.026	1.000			
Total		0.096	9.447	0.397 ^a	1.000	1.000			

a. 9 grados de libertad

Tabla 61

Examen de los puntos de fila. Adaptación Social^a

CdifAdaptSocial	Masa	Puntuación en la dimensión			Contribución				
		1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
bajo	0.265	-0.789	-0.216	0.044	0.654	0.072	0.951	0.049	0.999
mediobajo	0.276	0.045	0.672	0.022	0.002	0.719	0.007	0.993	1.000
medioalto	0.235	0.500	-0.241	0.018	0.232	0.079	0.809	0.129	0.937
alto	0.224	0.355	-0.318	0.012	0.112	0.131	0.576	0.316	0.892
Total activo	1.000			0.096	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

Tabla 62

Examen de los puntos de columna. Adaptación Social^a

CAdaptSocial	Puntuación en la dimensión				Contribución				
	Masa	1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
bajo	0.235	-0.719	0.441	0.039	0.480	0.264	0.794	0.205	0.999
mediobajo	0.194	-0.336	-0.623	0.019	0.087	0.434	0.288	0.675	0.963
medioalto	0.378	0.298	-0.186	0.012	0.132	0.075	0.719	0.191	0.911
alto	0.194	0.627	0.450	0.027	0.301	0.227	0.720	0.254	0.974
Total activo	1.000			0.096	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

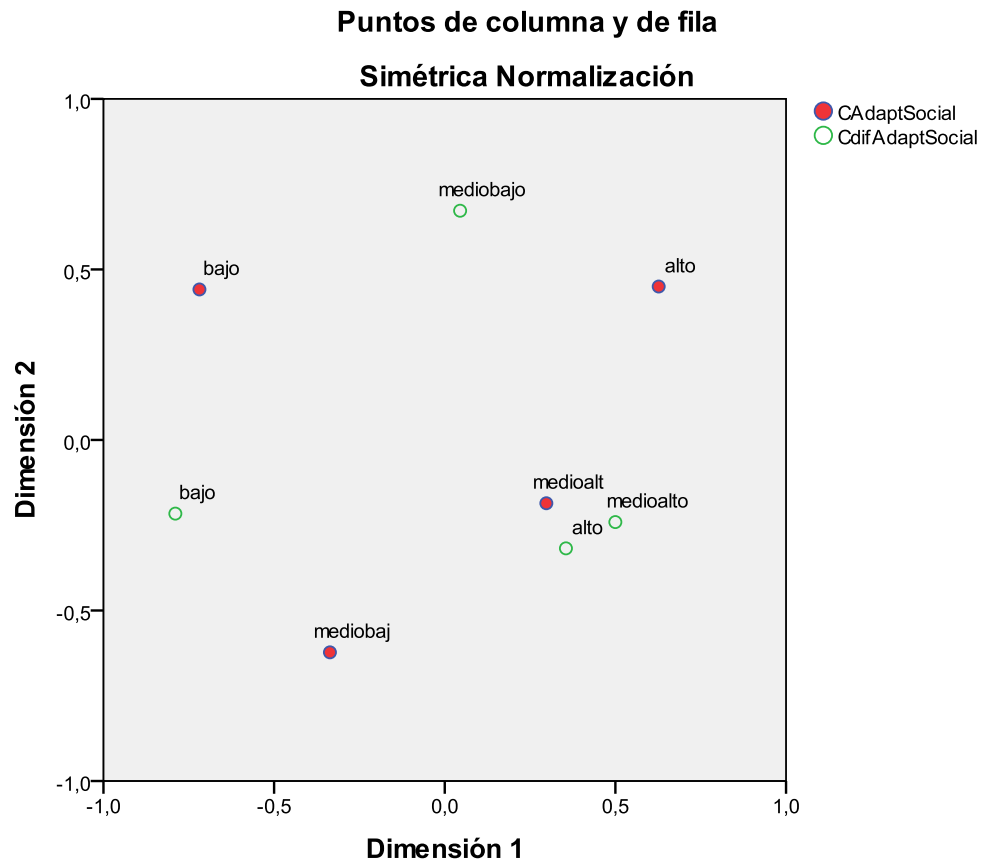


Figura 59. Gráfico de correspondencias en la variable Adaptación Social.

- Función Social:

Tabla 63

Tabla de correspondencias. Función Social

CDifFuncionSoc	CFuncionSocial			
ial	bajo	medio	alto	Margen activo
bajo	10	0	0	10
mediobajo	12	9	0	21
medioalto	5	2	40	47
alto	4	7	9	20
Margen activo	31	18	49	98

Tabla 64

Tabla de Resumen. Función Social

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia			Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación	2
1	0.749	0.561			0.780	0.780	0.054		0.141
2	0.398	0.158			0.220	1.000	0.071		
Total		0.719	70.488	0.000 ^a	1.000	1.000			

a. 9 grados de libertad

Tabla 65

Examen de los puntos de fila. Función Social^a

CDifFuncionSocial	Masa	Puntuación en la dimensión			Contribución				
		1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
bajo	0.102	-1.304	-1.495	0.221	0.231	0.574	0.589	0.411	1.000
mediobajo	0.214	-1.120	0.483	0.221	0.359	0.126	0.910	0.090	1.000
medioalto	0.480	0.799	-0.197	0.237	0.409	0.047	0.969	0.031	1.000
alto	0.204	-0.051	0.703	0.040	0.001	0.254	0.010	0.990	1.000
Total activo	1.000			0.719	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

Tabla 66

Examen de los puntos de columna. Función Social ^a

CFuncionSocial	Puntuación en la dimensión				Contribución				
	Masa	1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		Total
					1	2	1	2	
bajo	0.316	-0.977	-0.594	0.270	0.403	0.281	0.836	0.164	1.000
medio	0.184	-0.655	1.240	0.171	0.105	0.711	0.345	.655	1.000
alto	0.500	0.859	-0.080	0.277	0.492	0.008	0.995	0.005	1.000
Total activo	1.000			0.719	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

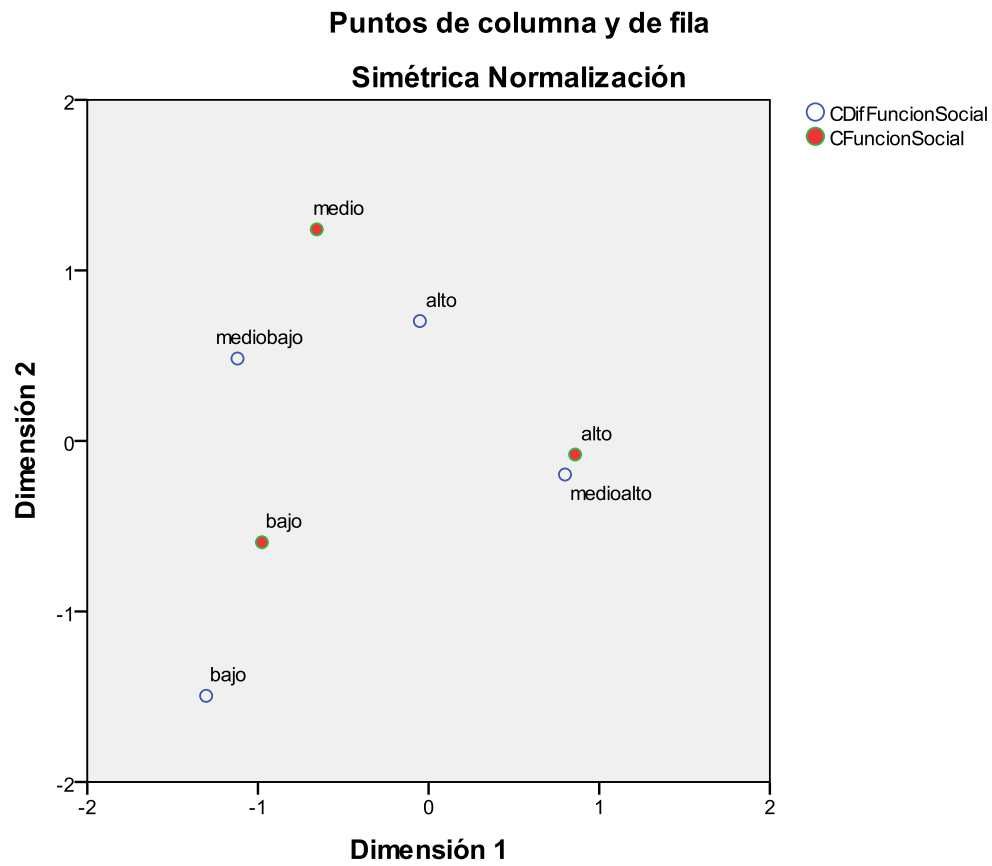


Figura 60. Gráfico de correspondencias en la variable Función Social.

- Salud General (Subdimensión salud percibida):

Tabla 67

Tabla de correspondencias. Salud General

CdifSaludGen	CsaludGen				Margen activo
	bajo	mediobajo	medioalto	alto	
bajo	7	17	3	0	27
mediobajo	2	2	7	7	18
medioalto	2	6	4	14	26
alto	3	5	4	15	27
Margen activo	14	30	18	36	98

Tabla 68

Tabla de Resumen. Salud General

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia			Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación	2
1	0.563	0.317			0.846	0.846	0.068		0.033
2	0.237	0.056			0.149	0.995	0.118		
3	0.044	0.002			0.005	1.000			
Total		0.375	36.738	0.000 ^a	1.000	1.000			

a. 9 grados de libertad

Tabla 69

Examen de los puntos de fila. Salud General^a

CdifSaludGen	Masa	Puntuación en la dimensión			Contribución				
		1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		Total
					1	2	1	2	
bajo	0.276	-1.216	0.017	0.229	0.724	0.000	1.000	0.000	1.000
mediobajo	0.184	0.494	0.974	0.066	0.080	0.736	0.380	0.620	1.000
medioalto	0.265	0.425	-0.343	0.035	0.085	0.132	0.763	0.209	0.972
alto	0.276	0.477	-0.335	0.044	0.111	0.131	0.810	0.168	0.978
Total activo	1.000			0.375	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

Tabla 70
Examen de los puntos de columna. Salud General ^a

CsaludGen	Puntuación en la dimensión				Contribución				
	Masa	1	2	Inercia	De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		Total
					1	2	1	2	
bajo	0.143	-0.665	0.112	0.037	0.112	0.008	0.950	0.011	0.962
mediobajo	0.306	-0.873	-0.212	0.135	0.415	0.058	0.973	0.024	0.997
medioalto	0.184	0.338	0.975	0.053	0.037	0.739	0.222	0.777	0.999
alto	0.367	0.818	-0.355	0.149	0.436	0.195	0.927	0.073	1.000
Total activo	1.000			0.375	1.000	1.000			

a. Normalización Simétrica

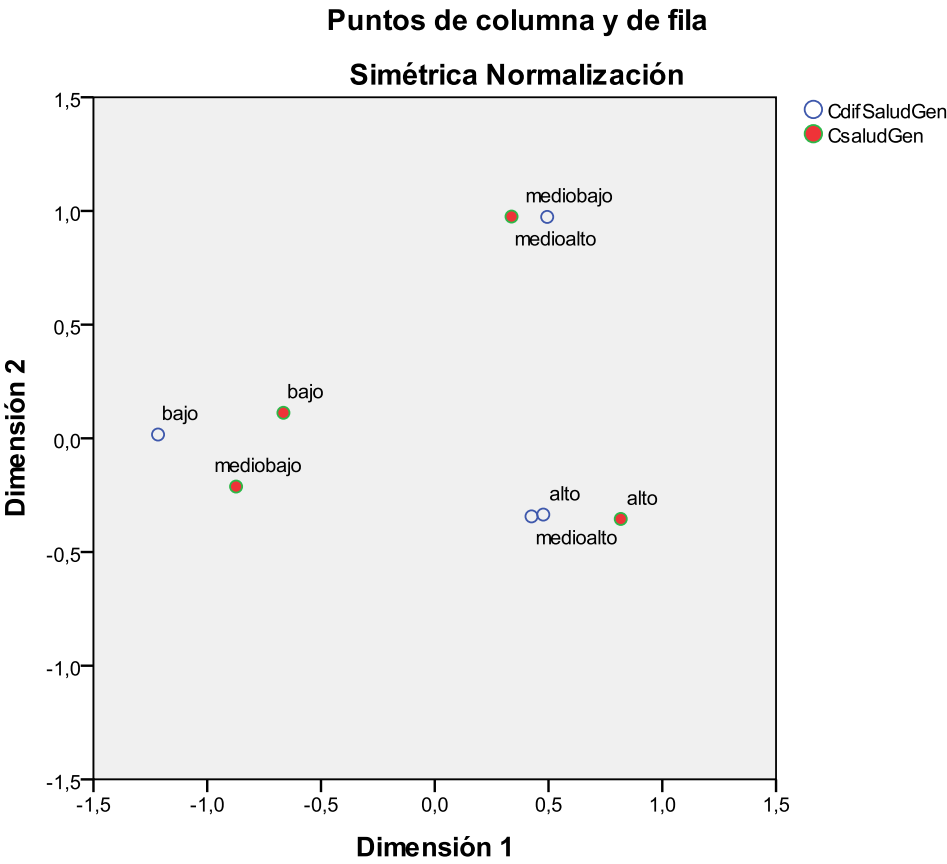


Figura 61. Gráfico de correspondencias en la variable Salud General.

