UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN PSICOLOGÍA POSITIVA MEDIADA POR TECNOLOGÍA PARA PROMOVER EL BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
NICOLÁS ARMANDO TORRES Y TORRES

TUTORA PRINCIPAL: DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DRA. MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ POZO
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DR. CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIROZ
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA, DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
DR. DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., DICIEMBRE, 2024

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE LLEVÓ A CABO CON EL APOYO DE LA BECA NACIONAL PARA ESTUDIOS DE POSGRADO DEL CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES, CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS, CONAHCYT CON NÚMERO DE CVU. 1086223.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN PSICOLOGÍA POSITIVA MEDIADA POR TECNOLOGÍA PARA PROMOVER EL BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

PRESENTA:
NICOLÁS ARMANDO TORRES Y TORRES

DIRECTORA: DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
TUTOR ADJUNTO: DRA. MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ POZO
TUTOR EXTERNO: DR. CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIROZ
JURADO A: DR. DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE
JURADO B: DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., DICIEMBRE, 2024

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE LLEVÓ A CABO CON EL APOYO DE LA BECA NACIONAL PARA ESTUDIOS DE POSGRADO DEL CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES, CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS, CONAHCYT CON NÚMERO DE CVU. 1086223.

ÍNDICE

RESUMEN 1

ABSTRACT 2

INTRODUCCIÓN 3

1. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO 8

1.1 Conceptualización del bienestar 8

1.2 El modelo PERMA del bienestar y las Fortalezas de Carácter 13

1.3 Las Intervenciones basadas en Psicología Positiva 21

2. REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA SOBRE INTERVENCIONES BASADAS EN PSICOLOGÍA POSITIVA 26

2.1 Necesidades y efectos del fomento del bienestar en adultos mayores 26

2.2 Evaluación del estado del arte de las intervenciones basadas en psicología positiva en adultos mayores 28

2.3 Conclusión de la evidencia y propuesta de intervención 42

2.4 Planteamiento del problema 50

3. ESTUDIO 1 – ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MANUALES DE INTERVENCIÓN 56

3.1 Objetivo general 56

3.2 Objetivos específicos 56

3.3 Método 56

3.3.1 Diseño 56

3.3.2 Participantes 56

3.3.3 Instrumentos y materiales 57

3.3.4 Procedimiento 57

3.3.4.1 Elaboración de los manuales de intervención 57

3.3.4.2 Evaluación de los manuales 58

3.3.4.3 Análisis de datos 58

3.4 Resultados 60

3.4.1 Resultados de validez de contenido general 60

3.4.2 Resultados de replicabilidad 62

3.4.3 Resultados de aplicabilidad clínica 63

3.4.4 Comentarios abiertos de los jueces expertos 64

4. ESTUDIO 2 – IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN PSICOLOGÍA POSITIVA MEDIADA POR TECNOLOGÍA PARA PROMOVER EL BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES 66
4.1 Objetivo general 66
4.2 Objetivos específicos 66
4.3 Método 67
4.3.1 Diseño 67
4.3.2 Participantes 68
4.4 Variables 73
4.4.1 Variable independiente 73
4.4.1.1 Intervenciones basadas en Psicología Positiva (IPP) 73
4.4.2 Variables dependientes 74
4.4.2.1 Bienestar subjetivo 74
4.4.2.2 Bienestar psicológico 75
4.4.2.3 Fortalezas de carácter 76
4.4.2.4 Depresión 78
4.4.2.5 Ansiedad 79
4.5 Instrumentos y medidas 79
4.6 Procedimiento general 82
4.6.1 Criterios de avance en los módulos 86
4.7 Procedimientos clínicos 87
4.7.1 Psicoeducación 87
4.7.2 Intervenciones basadas en psicología positiva (IPP) 88
4.8 Integridad de tratamiento 92
4.9 Factibilidad y validación social de la intervención 92
4.9.1 Cuestionario de satisfacción y entrevista de validación social 95
4.10 Análisis de datos 96
5. RESULTADOS 98
5.1 Bienestar subjetivo 98
5.1.1 Análisis visual de datos 98
5.1.2 Índices cuantitativos para diseños N=1 105
5.1.3 Índice de No Solapamiento de todos los Pares (NAP) 107
5.1.4 Análisis del cambio clínico en el postest 108

5.1.5 Análisis del cambio clínico durante los seguimientos 111
5.2 Bienestar psicológico 114
5.2.1 Análisis del cambio clínico en el postest 115
5.2.2 Análisis del cambio clínico durante los seguimientos 117
5.2.3 Análisis visual de los cambios conductuales 120
5.2.4 Índices cuantitativos para diseños N=1 129
5.3 Fortalezas de carácter 133
5.3.1 Análisis del cambio clínico 133
5.3.2 Análisis del cambio clínico durante los seguimientos 138
5.4 Depresión 151
5.4.1 Análisis del cambio clínico 151
5.4.2 Análisis del cambio clínico durante los seguimientos 152
5.5 Ansiedad 155
5.4.1 Análisis visual 156
5.2.3 Índices cuantitativos para diseños N=1 162
5.6 Confiabilidad en integridad de la intervención 163
5.7 Factibilidad y validación social de la intervención 164
5.7.1 Carga de la intervención 165
5.7.1.1 Tasa de finalización de tareas 165
5.7.1.2 Tasa de dificultad de ejercicios 167
5.7.2 Efectividad percibida de la intervención 170
5.7.2.1 Tasa de utilidad de los ejercicios 170
5.7.2.2 Jueceo de la intervención por no expertos 173
5.7.3 Análisis de la usabilidad 174
5.7.4. Validez social de la intervención 176
5.7.4.1 Calificación de la experiencia 176
5.7.4.2 Beneficios y cambios percibidos 178
5.7.4.3 Calificación de tareas y actividades específicas 179
5.7.4.4 Experiencias significativas sobre la participación en el programa. 181
5.7.4.5 Mejoras al programa y comentarios adicionales 182
6. DISCUSIÓN 185
7. CONCLUSIONES 204
7.1 Limitaciones y recomendaciones futuras 208

8. REFERENCIAS 212
9. ANEXOS 247
Anexo 1. Principales características, resultados y limitaciones de metaanálisis que involucraron diversas IPP 247
Anexo 2. Principales características, resultados y limitaciones de metaanálisis que involucraron tipos específicos de IPP 250
Anexo 3. Sistema de búsqueda PIO y Algoritmo de búsqueda 253
Anexo 4. Características resumidas de los estudios incluidos en la revisión 254
Anexo 5. Instrumentos empleados en los estudios analizados en la revisión de literatura 258
Anexo 6. Formatos de jueceo para evaluar el programa de intervención 260
Anexo 7. Consentimiento informado 265
Anexo 8. Ficha de datos sociodemográficos 267
Anexo 9. Test Minimental 271
Anexo 10. Autoprueba de Positividad de Fredrickson 272
Anexo 11. PERMA Profiler 274
Anexo 12. Escala de Satisfacción con la Vida de Diener 277
Anexo 13. Escala de Depresión de Yesavage 278
Anexo 14. Apoyo visual para la aplicación del Inventario de Valores y Fortalezas de Consentino y Castro-Solano 279
Anexo 15. Escala visual análoga para la medición de ansiedad antes y después de cada sesión 280
Anexo 16. Registro conductual (Extracto) 281
Anexo 17. Escala visual análoga para la medición de la facilidad de los ejercicios 282
Anexo 18. Escala visual análoga para la medición de la utilidad de los ejercicios 283
Anexo 19. Cuestionario de satisfacción final 284
Anexo 20. Cuestionario de usabilidad 286
Anexo 21. Lista de cotejo para evaluar la integridad del tratamiento 288

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. VIA Clasificación de Fortalezas de Carácter 19
Tabla 2. Puntos de corte para la interpretación del CVC 59
Tabla 3. Valores del Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) general 61
Tabla 4. Valores del Coeficiente de Replicabilidad (CR) general 62
Tabla 5. Valores del Coeficiente de Aplicabilidad Clínica (CAC) general 63
Tabla 6. Categorización de los comentarios de los jueves, frecuencia de los mismos y modificaciones realizadas 64
Tabla 7. Características sociodemográficas de los participantes 68
Tabla 8. Operacionalización de variables dependientes 80
Tabla 9. Descripción de la intervención 84
Tabla 10. Índices descriptivos entre las fases del programa por participante 105
Tabla 11. Índices descriptivos entre las fases del programa por participantes que cursaron módulos adicionales al primero 106
Tabla 12. Magnitud del cambio terapéutico 107
Tabla 13. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar subjetivo posterior al primer módulo 110
Tabla 14. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar subjetivo posterior a módulos adicionales al primero 111
Tabla 15. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar subjetivo en el primer seguimiento 112
Tabla 16. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar subjetivo en el segundo seguimiento 112
Tabla 17. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en el bienestar subjetivo en los tres momentos de evaluación 113
Tabla 18. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar psicológico posterior al primer módulo 116
Tabla 19. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar psicológico posterior a módulos adicionales al primero 116

Tabla 20. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar psicológico en el primer seguimiento 117
Tabla 21. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar psicológico en el segundo seguimiento 118
Tabla 22. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en el bienestar psicológico en los tres momentos de evaluación 119
Tabla 23. Índices descriptivos por tipo de actividad y por participante 129
Tabla 24. Índices descriptivos de las sensaciones de placer y dominio por participante 132
Tabla 25. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en fortalezas de carácter al primer módulo 134
Tabla 26. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Sabiduría y Conocimiento al primer módulo 134
Tabla 27. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Coraje al primer módulo 135
Tabla 28. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Humanidad al primer módulo..... 136
Tabla 29. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Justicia al primer módulo..... 137
Tabla 30. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Templanza al primer módulo 137
Tabla 31. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Trascendencia al primer módulo..... 138
Tabla 32. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en fortalezas de carácter en el segundo seguimiento 139
Tabla 33. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Sabiduría y Conocimiento en el segundo seguimiento 140
Tabla 34. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Coraje en el segundo seguimiento 141

Tabla 35. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Humanidad en el segundo seguimiento 141
Tabla 36. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Justicia en el segundo seguimiento 142
Tabla 37. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Templanza en el segundo seguimiento 142
Tabla 38. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Trascendencia en el segundo seguimiento 143
Tabla 39. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en fortalezas de carácter en los momentos de evaluación 144
Tabla 40. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Sabiduría y Conocimiento en los momentos de evaluación 145
Tabla 41. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Coraje en los momentos de evaluación. 146
Tabla 42. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Humanidad en los momentos de evaluación 147
Tabla 43. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Justicia en los momentos de evaluación 148
Tabla 44. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Templanza en los momentos de evaluación 149
Tabla 45. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Trascendencia en los momentos de evaluación 150
Tabla 46. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en depresión posterior al primer módulo 151

Tabla 47. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en depresión posterior a módulos adicionales al primero 152
Tabla 48. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en depresión en el primer seguimiento 152
Tabla 49. Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en depresión en el segundo seguimiento 153
Tabla 50. Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en depresión en los tres momentos de evaluación 154
Tabla 51. Índices descriptivos de las sensaciones de placer y dominio por participante 163
Tabla 52. Confiabilidad en integridad del tratamiento 164
Tabla 53. Indicadores de tareas completadas del módulo 1 – Fortalezas de carácter 165
Tabla 54. Indicadores de tareas completadas del módulo 2 – Positividad (emociones positivas) 166
Tabla 55. Indicadores de tareas completadas del módulo 3 – Involucramiento (experiencias óptimas) 166
Tabla 56. Indicadores de tareas completadas del módulo 6 - Logro 167
Tabla 57. Dificultad de las tareas del módulo 1 – Fortalezas de carácter 167
Tabla 58. Dificultad de las tareas del módulo 2 – Positividad (emociones positivas) 168
Tabla 59. Dificultad de las tareas del módulo 3 – Involucramiento (experiencias óptimas) 169
Tabla 60. Dificultad de las tareas del módulo 6 – Logro 169
Tabla 61. Utilidad de las tareas del módulo 1 – Fortalezas de carácter 171
Tabla 62. Utilidad de las tareas del módulo 2 – Positividad (emociones positivas) 171
Tabla 63. Utilidad de las tareas del módulo 3 – Involucramiento (experiencias óptimas) 172
Tabla 64. Utilidad de las tareas del módulo 6 – Logro 172

Tabla 65. Puntuaciones del Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) en la satisfacción con la intervención 173
Tabla 66. Categorización de participantes con respecto a la clasificación de la usabilidad 175

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Configuración de la Clasificación VIA de las Fortalezas de Carácter 18
Figura 2. Conjunción del modelo PERMA y las fortalezas de carácter 23
Figura 3. Diagrama de flujo de la búsqueda..... 34
Figura 4. Patrón de participación de los adultos mayores 72
Figura 5. Puntaje del Índice de positividad de todos los participantes..... 100
Figura 6. Puntaje del Índice de positividad del Participante 1 102
Figura 7. Puntaje del Índice de positividad del Participante 2 102
Figura 8. Puntaje del Índice de positividad del Participante 3 102
Figura 9. Puntaje del Índice de positividad del Participante 4 102
Figura 10. Puntaje del Índice de positividad del Participante 5 103
Figura 11. Puntaje del Índice de positividad del Participante 6 103
Figura 12. Puntaje del Índice de positividad del Participante 7 103
Figura 13. Puntaje del Índice de positividad del Participante 8 103
Figura 14. Puntaje del Índice de positividad del Participante 9 104
Figura 15. Puntaje del Índice de positividad del Participante 10..... 104
Figura 16. Puntaje del Índice de positividad del Participante 11..... 104
Figura 17. Puntaje del Índice de positividad del Participante 12..... 104
Figura 18. Frecuencia promedio y tendencia de las actividades relacionadas con la salud de los participantes..... 121
Figura 19. Frecuencia promedio y tendencia de las actividades recreativas pasivas de los participantes 122
Figura 20. Frecuencia promedio y tendencia de las actividades recreativas activas de los participantes..... 123
Figura 21. Frecuencia promedio y tendencia de las actividades sociales de los participantes 124
Figura 22. Frecuencia promedio y tendencia de las actividades de independencia de los participantes..... 125
Figura 23. Promedio semanal autorreportado de la sensación de placer 127
Figura 24. Promedio semanal autorreportado de la sensación de dominio 128

Figura 25. Percepción de ansiedad antes de cada sesión en todos los participantes 157
Figura 26. Percepción de ansiedad después de cada sesión en todos los participantes 158
Figura 27. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 1 159
Figura 28. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 2 159
Figura 29. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 3 159
Figura 30. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 4 159
Figura 31. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 5 160
Figura 32. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 6 160
Figura 33. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 7 160
Figura 34. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 8 160
Figura 35. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 9 161
Figura 36. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 10 161
Figura 37. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 11 161
Figura 38. Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 12 161

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Principales características, resultados y limitaciones de metaanálisis que involucraron diversas IPP 247
Anexo 2. Principales características, resultados y limitaciones de metaanálisis que involucraron tipos específicos de IPP 250
Anexo 3. Sistema de búsqueda PIO y Algoritmo de búsqueda 253
Anexo 4. Características resumidas de los estudios incluidos en la revisión 254
Anexo 5. Instrumentos empleados en los estudios analizados en la revisión de literatura 258
Anexo 6. Formatos de jueceo para evaluar el programa de intervención 260
Anexo 7. Consentimiento informado 265
Anexo 8. Ficha de datos sociodemográficos 267
Anexo 9. Test Minimental 271
Anexo 10. Autoprueba de Positividad de Fredrickson 272
Anexo 11. PERMA Profiler 274
Anexo 12. Escala de Satisfacción con la Vida de Diener 277
Anexo 13. Escala de Depresión de Yesavage 278
Anexo 14. Apoyo visual para la aplicación del Inventario de Valores y Fortalezas de Consentino y Castro-Solano 279
Anexo 15. Escala visual análoga para la medición de ansiedad antes y después de cada sesión 280
Anexo 16. Registro conductual (Extracto) 281
Anexo 17. Escala visual análoga para la medición de la facilidad de los ejercicios 282
Anexo 18. Escala visual análoga para la medición de la utilidad de los ejercicios 283
Anexo 19. Cuestionario de satisfacción final 284
Anexo 20. Cuestionario de usabilidad 286
Anexo 21. Lista de cotejo para evaluar la integridad del tratamiento 288

Algunas versiones del bienestar…

La felicidad consiste más en pequeñas comodidades o placeres que ocurren cada día, que en grandes casos de buena suerte que ocurren, pero de vez en cuando

Benjamín Franklin

Cada persona busca la felicidad de una manera distinta y por diferentes medios, y así se fabrica distintas formas de vivir...
Aristóteles

No se es sólo uno mismo. Podemos optar por encarnar, traer a la luz o utilizar diferentes formas de ser, diferentes versiones de "lo que somos"
Margarita Tarragona

Si no estoy para mí mismo, ¿quién estará para mí? Si estoy sólo para mí mismo, ¿qué soy? Y si no es ahora, ¿cuándo será?
El Talmud

Elige al menos una para aplicar en tu vida…

DEDICATORIAS

A la luz que brilla desde arriba e ilumina mi camino, que me acompaña en todo momento y me sonríe a pesar de que no todos los días sean soleados; porque aunque haya dudas e incertidumbre , acompañas mi camino empujándome a realizar mi misión.

A Derek Mateo, sigues y seguirás siendo la luz que vino al mundo a inspirarme y darle sentido y bienestar a mi vida.

A mi familia, mis padres y mi hermano, quienes me impulsan en mis proyectos, me acompañan en mi camino y me ayudan a ser una versión mejor de mí mismo.

A mis abuelos, amados y extrañados hasta el día de hoy, ustedes fueron ejemplo de que una buena vida es aquella que se vive con pasión e intensidad y que a pesar de la adversidad siempre se puede vivir bien y ser feliz. Sus enseñanzas viven en mí.

Agradecimientos

Infinitamente les agradezco a mis padres por la oportunidad de vivir y por los cuidados que me han prodigado. Sin ustedes, mi camino no sería lo que es y estoy seguro que no hubiera llegado hasta donde estoy. Mamá querida, *María Eugenia*, tu ejemplo y enseñanzas me acompañan y tus esfuerzos incondicionales siguen siendo el motor más fuerte que me impulsa.

A *Luis Arturo*, aunque la conclusión de este proyecto no pudo alcanzarte, sé que estarías orgulloso y que tu apoyo y compañía estuvieron conmigo en todo momento. Aprendí mucho de ti y sigo imaginando mejores mundos en los cuales vivir. Me acompaña tu familia, *Derek* y *Lucy*, quienes me apoyan igual que tú lo harías.

A mis compañeros y amigos, quienes me apoyan para ser la mejor versión de mí mismo y son fuente de bienestar. Ustedes son parte de mi currículo relacional.

A la *Universidad Nacional Autónoma de México*, por todo su apoyo a lo largo de mi formación profesional, su espíritu emprendedor y misión social que me alimentan. Sigue siendo el santuario en el que recargo mi energía y me nutro. Aun en tiempos de incertidumbre es un orgullo ser parte de ti.

A mis maestros en el programa, su entusiasmo por formar investigadores con tan alto estándar en nuestro país es admirable e inspirador. Al *Dr. Juan José Sánchez Sosa* y la *Dra. Rebeca Robles*, quienes me orientaron en los primeros pasos y me permitieron aterrizar una idea muy ambiciosa en algo asequible.

Un agradecimiento enorme a los miembros del comité tutor y jurados. Al *Dr. Víctor Manuel Mendoza* por sus reflexiones y retos, al *Dr. David Enríquez* por sus revisiones y comentarios técnicos, al *Dr. Christian Acosta* por su inspirador interés en el bienestar de los adultos mayores y a la *Dra. Rocío Hernández* por su guía, paciencia y discusiones sobre fortalezas y las implicaciones de su investigación que enriqueció el proyecto.

Muy especialmente, un agradecimiento a la *Dra. Ana Luisa González-Celis*, mi tutora principal, quien no solamente compartió su conocimiento amplio sobre estadística e investigación, sino su interés en los adultos mayores.

Con mi profundo respeto, a los *doce participantes* que, no solamente compartieron sus experiencias y la sabiduría que les da los años vividos, sino su entusiasmo y tiempo para aprender lo que un psicólogo les propuso y dijo que podría hacerlos vivir una vida mejor. Que sigan trabajando por vivir la vida que desean vivir.

A mis *co-terapeutas*, por su esfuerzo, entusiasmo y tiempo invertido, solo por amistad.

Al *Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías* (CONAHCYT), por el apoyo económico otorgado durante mis estudios de posgrado, a través de la beca con número de CVU. 1086223.

Finalmente, no puedo dejar de agradecerle al *Creador de todo*, quien se manifiesta cada día a través de la más mínima señal. Sigue soplando para que la vida ocurra y que tu Luz inunde nuestro mundo, a pesar de la oscuridad que provocamos.

אני אוהב אותך, ברוך אתה השם!

RESUMEN

La promoción del bienestar en adultos mayores amortigua efectos adversos sobre la salud física y mental (Lamers et al., 2015). Las Intervenciones basadas en Psicología Positiva (IPP) fomentan bienestar y disminuyen sintomatología depresiva (Carr et al., 2020). Sin embargo, su investigación en adultos mayores aún es limitada. El objetivo principal fue evaluar la efectividad de un programa modular de IPP mediado por tecnología. Se realizó un estudio instrumental para el jueceo de validez de la intervención y un diseño experimental intrasujetos AB con seguimientos a los tres y seis meses, en 12 participantes. La intervención se juzgó con validez de contenido, capacidad de replicación y aplicabilidad clínica para incrementar bienestar (CVC = .95, .96 y .94, respectivamente). Se observaron incrementos en balance afectivo, con cambios en tamaño del efecto medios a grandes (NAP = 0.72 – 1). En el postest, se mostraron cambios clínicos en bienestar subjetivo en nueve participantes (ICFJT = 1.22 – 2.03); bienestar psicológico en seis (ICFJT = 1.20 – 5.49); depresión en cuatro (ICFJT = 1.35 – 2.03); y fortalezas de carácter en 10 (ICFJT = 1.16 – 8.13). Las ganancias obtenidas se mantuvieron hasta seis meses posteriores a la intervención y algunos participantes reportaron ganancias solo durante los seguimientos; siendo mayores en fortalezas de carácter. El tratamiento mostró buena integridad (κ = 0.86 – 0.98, $p \leq 0.05$) y datos de factibilidad y validación social. Los hallazgos sugieren que la intervención produce efectos clínicos identificables en el bienestar psicológico, subjetivo y fortalezas de carácter; además de ser viable y fácil acceso.

Palabras clave: Bienestar psicológico, bienestar subjetivo, adultos mayores, fortalezas de carácter, intervenciones basadas en Psicología Positiva

ABSTRACT

The promotion of well-being in older adults mitigates adverse effects on physical and mental health (Lamers, et al., 2015). Positive Psychology Interventions (PPI) promotes well-being and reduce depressive symptoms (Carr, et al., 2020). However, research on these interventions in older adults is still limited. The main objective was to evaluate the effectiveness of a modular PPI program mediated by technology. An instrumental study was conducted to assess the validity of the intervention, and an intra-subject experimental AB design was used with follow-ups at three and six months involving 12 participants. The intervention was evaluated for content validity, replicability, and clinical applicability in order to enhance well-being (CVC = .95, .96, and .94, respectively). Increases in affect balance were observed, with medium to large effect sizes (NAP = 0.72 – 1). In the post-test, clinical changes were shown in subjective well-being in nine participants (ICFJT = 1.22 – 2.03); psychological well-being in six (ICFJT = 1.20 – 5.49); depression in four (ICFJT = 1.35 – 2.03); and character strengths in ten (ICFJT = 1.16 – 8.13). The gains achieved were maintained up to six months after the intervention, and some participants reported benefits only during the follow-ups, particularly in character strengths. The treatment demonstrated good integrity ($\kappa = 0.86 – 0.98$, $p \leq 0.05$) and data on feasibility and social validation. The findings suggest that the intervention produces identifiable clinical effects on psychological well-being, subjective well-being, and character strengths; in addition to being feasible and easily accessible.

Keywords: Psychological well-being, subjective well-being, older adults, character strengths, Positive Psychology-Based Interventions

INTRODUCCIÓN

El bienestar es un constructo complejo que se refiere a la presencia en la vida de un individuo de experiencias placenteras subjetivas, actividades significativas y relaciones sociales que permiten el desarrollo pleno del potencial humano y es factor protector que modera el impacto de la enfermedad y condiciones psicosociales anómalas y adversas (Huppert, 2009).

Un alto grado de bienestar se asocia a un amplio rango de beneficios físicos y psicológicos en adultos mayores; incluyendo bajos niveles de enfermedad mental y psicopatología (Keyes et al., 2010; Lamers et al., 2015; Wood & Joseph, 2010), incremento del estatus de salud (Ngamaba et al, 2017; Schilling et al., 2011), altos niveles de optimismo autoreportado (Chang, 1998; Ferguson & Goodwin, 2010), altos niveles de resiliencia (Mak et al., 2011; Millear et al., 2008), sentimientos incrementados de conexión social (Adams et al., 2011; Huxhold, et al., 2013), buenas relaciones sociales y familiares (Lelkes, 2008), buen apoyo social (Waldinger & Schulz, 2010), altos niveles de actividad y habilidades personales (Herzog et al., 1998; Menec, 2003; Pawlowski et al., 2011) y decremento en el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer (Boyle et al,, 2010), enfermedades cardiovasculares (Kim et al., 2013) y mortalidad general (Hill & Turiano, 2014).

Sin embargo, el proceso de envejecimiento promueve un declive en la sensación de bienestar debido a su asociación con deterioro del funcionamiento físico, habilidades cognitivas y salud mental (Ranzijn, 2002; Shapira et al., 2007); aunado a la presencia usual de enfermedades crónicas y multi-morbilidades que son más prevalentes conforme avanza la edad y están vinculadas a efectos negativos sobre la salud psicológica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015; Steptoe et al., 2015). Este problema se complica, debido a la relación bidireccional existente entre el bienestar y la presencia de problemas de salud. Trastornos y enfermedades disminuyen el bienestar; y, como éste es un factor protector que modera el impacto de la enfermedad, el deterioro en el bienestar empeora las condiciones de salud de los individuos (Shtompel et al., 2014).

Por tal motivo, su fomento es crucial para un envejecimiento con prevalencia mínima de discapacidad y enfermedad y extender la calidad de vida, productividad y esperanza de vida (Jiménez et al., 2016; Ramos et al., 2016).

En gran medida, este declive ocurre debido a cambios en estilos de afrontamiento propiciados por el envejecimiento, puesto que los individuos incrementan el uso de estrategias emocionales en lugar de comportamentales cuando enfrentan dificultades (Scheibe & Carstensen, 2010). Adicionalmente, el decremento de las capacidades funcionales promueve el abandono de la consecución de objetivos personales y generación de cambios que promuevan sensación de control y autoeficacia que podrían enfocarse al autocuidado (Heckhausen et al., 2010). El relegamiento a un rol pasivo que se impone a través de estereotipos negativos del envejecer empeora esta situación, puesto que los individuos pueden preocuparse y perder auto-confianza que reduce actividades reforzantes relacionadas con el bienestar (Kite & Wagner, 2002).

A pesar del contexto de salud disminuida y capacidades funcionales en descenso durante la tercera edad, el fomento del bienestar es posible si se introducen medidas que permitan aprovechar los beneficios del envejecimiento, como la mejora en regulación emocional, y generar experiencias afectivas que fomenten un estilo de afrontamiento más adaptativo que promueva el cuestionamiento de creencias limitantes y realización de actividades vinculadas a generar autoeficacia y propósito en la vida (Blanchard-Fields & Coats, 2008; Kim et al., 2017; OMS, 2015).

En este sentido, las Intervenciones basadas en Psicología Positiva (IPP) figuran como una de las opciones más prometedoras para incrementar el bienestar puesto que sus efectos han sido examinados en ocho metanálisis que han incluido un amplio rango de intervenciones (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2020; Chakhssi et al., 2018; Hendricks et al., 2020, 2018; Koydemir et al., 2020; Sin & Lyubomirsky, 2009; Weiss et al., 2016). Son intervenciones basadas en evidencia cuyo objetivo primario es el incremento del bienestar y no se limitan a ser un medio para la reducción de sintomatologías; se constituyen como herramientas para aprender a

afrontar adversidad y apreciar y poner atención a aspectos positivos de la vida, involucrarse en actividades que provocan emociones positivas y practicar fortalezas personales (Sin & Lyubomirsky, 2009). Son tratamientos que implican repetir experiencias agradables, practicar habilidades y favorecer la aceptación que directamente influyen en la sensación de bienestar (Parks & Schueller, 2014). Adicionalmente, han probado tener eficacia en el decremento de sintomatología depresiva y ansiosa (Carr et al., 2020; Sin & Lyubomirsky, 2009)

De acuerdo con Carr et al. (2020) los adultos mayores se benefician más de este tipo de intervenciones que poblaciones más jóvenes y los mayores incrementos del bienestar ocurren cuando los programas involucran más de un tipo de intervención. La administración de IPP en adultos mayores ha reportado marcados incrementos en el bienestar psicológico (Cantarella et al., 2017; Friedman et al., 2017; Meléndez-Moral et al., 2015; Preschl et al., 2012), mejora en autoestima (Meléndez-Moral et al., 2015; Preschl et al., 2012), calidad del sueño (Friedman et al., 2017), disminución de la presión arterial sistólica (Jiménez et al., 2016), mejora en la memoria de trabajo (Cantarella et al., 2017), incremento de la gratitud (Ho et al., 2014), disminución de la ansiedad (Ramírez et al., 2014), reducción del estrés (Killen & Macaskill, 2015) y mejoras en los sentimientos autorreportados de depresión y sintomatología depresiva (Ho et al., 2014; Meléndez-Moral et al., 2015; Preschl et al., 2012; Proyer et al., 2014; Ramírez et al., 2014).

Sin embargo, su implementación ha involucrado grandes variaciones en el número y tipo de intervención, número y duración de sesiones y formato de administración que impiden su réplica y obtención de los mismos beneficios. A pesar de la existencia de programas más estructurados diseñados para otras poblaciones; por ejemplo, la psicoterapia positiva de Rashid y Seligman (2018) o la terapia del bienestar de Fava (2016).

Aunado a lo anterior, con el advenimiento de la pandemia por COVID-19, debido al riesgo de contagio, a la mortalidad elevada en el estrato etario de los adultos mayores y a las recomendaciones gubernamentales de confinamiento, las actividades cotidianas y de salud se trasladaron a escenarios virtuales gracias al

empleo y desarrollo de nuevas tecnologías (Békés et al., 2021; Giordano et al., 2022; Webart, et al., 2023). Aunque esto no era nuevo, el confinamiento aceleró el uso de tecnología para la comunicación e implementación de procesos psicoterapéuticos (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; James et al., 2022). En este sentido, las IPP habían tenido avances previos a la pandemia en el desarrollo de intervenciones autoadministradas y mediadas por tecnología (Gander et al., 2013; Proyer et al., 2013; Proyer et al., 2015); aunque no realizadas con adultos mayores.

En ese sentido, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) tiene un camino más sólidamente recorrido; puesto que la efectividad de su implementación en formatos a distancia tiene más tiempo siendo probada empíricamente y se han reportado amplios beneficios como: la reducción de distancias de traslado, mejores apoyos psicoeducativos, repetición de material de trabajo a voluntad, flexibilidad de tiempo, mejor autogestión y participación activa, reducción del tiempo de espera y adaptación a diversos trastornos (Eels, et al., 2015; Gratzer et al., 2016; Schuster, et al., 2020; Titov, et al., 2014).

En adultos mayores, las intervenciones a distancia son posibles y deseables, mostrando su eficacia ya sea como complemento a las intervenciones presenciales o la implementación de tratamientos tanto para la atención clínica de padecimientos físicos como de intervenciones de fomento de la salud (Cuijpers et al., 2008; Dack et al., 2019; Schneider et al., 2020). Sin embargo, en la implementación mediada por tecnología se ha advertido la necesidad de tomar en cuenta las necesidades personales de los participantes adultos mayores para mejorar la implementación; enfatizándose que los programas deben adaptarse y evaluarse para que los participantes perciban que su participación producirá un beneficio y así se adhieran a las actividades y sean acotadas al medio digital para evitar cansancio y desmotivación por la intervención (Callari et al., 2012; Johnson et al., 2015; Mewton et al., 2013; Staples et., 2016).

Por lo tanto, también es necesario la adaptación, desarrollo y evaluación de la eficacia de las IPP en adultos mayores en programas mediados por la tecnología.

El presente proyecto de investigación se enfoca en el bienestar de adultos mayores, cuyo fomento es vital tanto para disminuir el impacto de condiciones anómalas de salud y el fomento de recursos psicológicos que permiten el mejor afrontamiento ante circunstancias desfavorables. Se abordará en primera instancia una explicación sobre el fenómeno del bienestar y cómo el proceso de envejecimiento influye en su deterioro, en seguida se revisarán de manera breve las necesidades de apoyo psicológico para el fomento del bienestar en esta población. A continuación, se presentará una revisión narrativa de literatura de investigación sobre Intervenciones basadas en Psicología Positiva para el fomento del bienestar en adultos mayores, tanto en formato presencial como mediado por tecnología, y finalmente, se presenta el desarrollo metodológico, aplicación y resultados de una intervención de IPP mediada por tecnología en adultos mayores.

1. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

1.1 Conceptualización del bienestar

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) amplió la definición de la salud al conceptualizarla como un estado de bienestar que incluye las esferas física, mental y social, y no se identifica únicamente a partir de la ausencia de enfermedad. Así mismo, la salud mental se conceptualizó como un estado en el que el individuo es consciente de sus capacidades propias, es capaz de lidiar con las dificultades cotidianas y puede contribuir constructivamente con su comunidad (OMS, 1950). En ambas definiciones de la salud, el bienestar es central y complementario al modelo médico-clínico centrado en la patología y se enfatiza que, en la generación de la salud, es tan importante como la curación y la rehabilitación; aunado al desarrollo de recursos que permiten su promoción.

Lo que constituye el bienestar y una buena vida, es una disertación de larga data que puede trazarse hasta la Grecia Antigua. Un antecedente conceptual es la *eudemonia* propuesta por Aristóteles, quien consideraba que el ser humano debía enfocar sus esfuerzos en conseguir su realización personal y conseguir el fin o misión que se le había encomendado; desarrollando las virtudes personales, actuando congruentemente con ellas y empleándolas para alcanzar la excelencia (Peterson, 2006a).

En contraste, Aristipo y Epicuro se decantaron por la *hedonia*, concepción que consiste en tener una buena vida centrándose en la maximización del placer y la evitación del dolor. Aunque se proponían matices que iban desde la pugna de complacer los deseos personales de manera inmediata sin considerar las restricciones del contexto ambiental y social, hasta la satisfacción ordenada tomando en cuenta una jerarquía que resaltaba la reflexión previa sobre si los deseos eran necesarios y naturales, el foco central de la *hedonia* es la experiencia interna de cada individuo (Tarragona, 2016).

Ambas aproximaciones filosóficas influyeron y persistieron en la concepción de modelos teóricos en la Psicología, con los que se ha tratado de definir y explicar el bienestar.

Así, en la actualidad la Psicología considera que el bienestar es un constructo complejo que se refiere a la presencia en la vida de un individuo de experiencias placenteras subjetivas, actividades significativas y relaciones sociales que le permite el desarrollo pleno de su potencial humano (Huppert, 2009; Ryan & Deci, 2001). Aunque aún es debatible la manera en la que se puede operacionalizar, en años recientes se ha aceptado con mayor fuerza la conceptualización de la conjunción de dos componentes: el bienestar subjetivo o hedónico y el bienestar psicológico o eudemónico (Ryan et al., 2008).

De acuerdo con Kahneman et al. (1999), el primero, el componente hedónico o subjetivo, incluye la evaluación cognitiva de la satisfacción con la vida y la evaluación del afecto positivo. Por lo que el bienestar subjetivo se asocia con una mayor satisfacción con la vida y una razón o proporción mayor de experiencias afectivas positivas que negativas.

Mientras que, el segundo, el componente eudemónico o psicológico, es una combinación compleja de varias características psicológicas y de personalidad que contribuyen a que se experimente una vida significativa y el florecimiento humano (Ryan et al., 2008). Entre otras características, se incluyen la autoaceptación, el crecimiento percibido, la perspectiva de la vida y el funcionamiento interpersonal positivo (Ryff, 2014).

Reiterando, el componente hedónico se conceptualizó como el bienestar subjetivo en la investigación psicológica y se centró en el estudio de los factores que determinan el nivel de bienestar en las personas moderadamente satisfechas con su vida, las creencias y evaluaciones personales que determinan el estado de bienestar y la influencia del factor temporal en el estado anímico del individuo (González, 2013). Las intervenciones psicológicas basadas en el bienestar subjetivo buscan incrementar el estado afectivo positivo e incrementar la satisfacción con la

vida al examinar los esquemas cognitivos que llevan a un juicio subjetivo sobre lo vivido (Tarragona, 2016).

El componente eudemónico se trasladó como el constructo denominado como bienestar psicológico y focalizó su programa de investigación en el bienestar como compuesto por la autorrealización, el significado personal, la auto-actualización y autodeterminación (González, 2013). El debate sobre los factores constitutivos del bienestar se centró en el examen de indicadores de funcionamiento psicológico óptimo y no en el examen del balance afectivo entre emociones positivas y negativas (Ryan & Deci, 2001).

Aunque ya existían conceptualizaciones centradas en la salud mental, como la “salutogénesis” de Antonovski y la teoría de la Salud Mental Ideal de Jahonda, fue el modelo planteado por Ryff sobre el bienestar psicológico el que incorporó diversas perspectivas y teorizaciones generando un modelo multidimensional que sirvió como pivote para concepciones posteriores y con la ventaja de centrarse en el envejecimiento (González, 2013).

En conjunto, tanto el componente hedónico o subjetivo como el componente eudemónico o psicológico, contribuyen a experimentar una vida llena de significado y florecimiento que implica la búsqueda de metas significativas en la vida y son elementos clave para un envejecimiento exitoso (Hill, 2011).

En los últimos 50 años se ha revitalizado un interés mayor en los posibles efectos que tendría el fomento del bienestar en los adultos mayores y los aspectos positivos que puede generar el proceso de envejecimiento, más allá de los déficits asociados a éste (Christensen et al., 2009).

Se han desarrollado concepciones acerca del envejecimiento que se alejan de focalizarse en únicamente tratar la enfermedad asociada al avance de la edad y virar hacia formatos que incluyan aspectos relacionados al bienestar; entre ellos, el envejecimiento activo, el envejecimiento exitoso y el envejecimiento positivo.

La OMS (2015) considera la adopción de conductas y actividades físicas y cognitivas que promueven el mantenimiento del estado de salud y se extienda la calidad de vida; en lo que se denomina un envejecimiento activo. En este sentido,

el objetivo es que los adultos mayores consigan una vida con una prevalencia mínima de discapacidad y enfermedad.

En este mismo sentido, Rowe y Kahn (1997) propusieron un envejecimiento exitoso en el que se adopten medidas que permitan generar condiciones en las que se consiga un bajo riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, alta función y capacidad física y cognitiva y, finalmente, relaciones sociales y actividades significativas que promuevan el contacto con el medio social. En este último aspecto se da un mayor peso a las experiencias afectivas positivas que pueden generar mayor sentido de bienestar.

Finalmente, el envejecimiento positivo propuesto por Strawbridge et al. (2002), considera al envejecimiento como un proceso adaptativo a nuevas condiciones de vida y, en el cual, el bienestar juega un papel central en la adopción de medidas que favorecen un estilo de vida saludable y se resalta como factor predictor del estado de salud y bienestar emocional que permite a los adultos mayores afrontar los retos de la tercera edad con mayores probabilidades de éxito.

En suma, las tres propuestas anteriores ponen de relieve el papel de los aspectos positivos del envejecimiento y la promoción del bienestar como un factor importante que influirá en cómo el individuo transita y experimenta la tercera edad y si esto impactará en su estado de salud global.

Así, el bienestar actúa como factor protector que modera el impacto de la enfermedad y las condiciones psicosociales anómalas y adversas. Un alto grado de bienestar se asocia a un amplio rango de beneficios físicos y psicológicos en adultos mayores; incluyendo bajos niveles de enfermedad mental y psicopatología (Keyes et al., 2010; Lamers et al., 2015; Wood & Joseph, 2010), incremento del estatus de salud (Ngamaba et al., 2017; Schilling et al., 2011), altos niveles de optimismo autoreportado (Chang, 1998; Ferguson & Goodwin, 2010), altos niveles de resiliencia (Mak et al., 2011; Millear et al., 2008), sentimientos incrementados de conexión social (Adams et al., 2011; Huxhold, et al., 2013), buenas relaciones sociales y familiares (Lelkes, 2008), buen apoyo social (Waldinger & Schulz, 2010), altos niveles de actividad y habilidades personales (Herzog et al., 1998; Menec,

2003; Pawlowski et al., 2011) y decremento en el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer (Boyle et al,, 2010), enfermedades cardiovasculares (Kim et al., 2013) y mortalidad general (Hill & Turiano, 2014).

De acuerdo con la OMS (2015), es necesario que los países adopten medidas que permitan el desarrollo personal de los adultos mayores y se atiendan lo retos relacionados con el envejecimiento de la población. Así, deben fomentarse estrategias de promoción de la salud y generarse intervenciones centradas en aspectos relacionados con el bienestar como la mejora de la capacidad funcional, el autocuidado, las relaciones interpersonales y actividades significativas. En ese mismo sentido, la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2019) también considera la promoción del bienestar como un factor crucial en el desarrollo social de los adultos mayores y así, aminorar los efectos deletéreos de las enfermedades asociadas a la edad avanzada y la disminución del costo social por la enfermedad.

El bienestar subjetivo, incluyendo al afecto positivo y la satisfacción con la vida, tiende a mantenerse estable o incrementar con la edad, incluso el afecto negativo llega a declinar (Charles et al., 2001; Gana et al., 2013; Gaymu & Springer, 2010). Mientras tanto, el bienestar psicológico parece declinar a partir de la adultez media y esto puede representar un factor de riesgo para la salud mental y física durante la vejez (Ryff, 2014; Springer et al., 2011).

El estudio del bienestar ha partido de diversas premisas y se han desarrollado diversos modelos explicativos como el de Ryff (1989) que se centra exclusivamente en el bienestar psicológico, el de Kahneman et al. (1999) focalizado en el bienestar subjetivo en su dimensión de la satisfacción con la vida, o incluso modelos como el adoptado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, que se centra en la medición de indicadores económicos objetivos más que en la perspectiva subjetiva de las personas (Leyva et al., 2016). Aunque diversos, en algunos puntos estos modelos mantienen similitudes en centrarse en considerar el bienestar como un constructo central e independiente a otros y sus diferencias tienen que ver con los puntos que ponderan con mayor importancia o consideran

que tienen mayor peso en la determinación del estado de bienestar (Tarragona, 2016).

En la actualidad, se ha optado por superar el debate integrando tanto los elementos hedónicos como los eudemónicos en modelos compuestos del bienestar (Vázquez, 2014). Uno de estos modelos es el modelo PERMA del bienestar que ha sido desarrollado por Seligman (2011) y considera la conjunción tanto de elementos eudemónicos como hedónicos.

1.2 El modelo PERMA del bienestar y las Fortalezas de Carácter

El modelo PERMA del bienestar es una de las concepciones centrales de la Psicología Positiva que permite tanto la articulación de la investigación empírica sobre el bienestar en un marco teórico sistematizado, como los esfuerzos por generar intervenciones aplicadas que incrementen el bienestar en cada uno de sus componentes (Seligman 2011). Aunque en la actualidad el constructo del bienestar es el foco del programa de investigación, originalmente la formulación inicial consideraba a la felicidad como el punto de anclaje. En las líneas siguientes se desarrollan los argumentos teóricos que dan sustento a las propuestas de la Psicología Positiva y su evolución, con respecto a las dos concepciones fundamentales de la misma, el modelo PERMA en sí mismo y las Fortalezas de Carácter.

Para su conceptualización, Seligman (2006) partió de la revisión de Lyubomirsky et al. (2005), quienes consideraron que el nivel de bienestar de una persona está determinado por un factor genético que establece un punto fijo o valor de referencia que explica un 50% aproximado del bienestar; las circunstancias de vida que pueden incrementar o descender el bienestar en un 10%; y, las actividades y prácticas que realizan los individuos que determinan un 40% del total de la sensación de bienestar.

Debido a que el factor genético y las circunstancias son prácticamente incontrolables o inmodificables, para incrementar voluntariamente el nivel de

bienestar, un individuo debe realizar activamente esfuerzos para generar un nivel alto y sostenible del mismo (Lyubomirsky et al., 2005). Por lo anterior, las propuestas de Seligman (2006, 2016) se centran en que las personas realicen voluntariamente cambios y actividades significativas para incrementar su bienestar.

Con el desarrollo de la investigación, paulatinamente Seligman (2011) consideró un cambio en el constructo central que debía investigarse y focalizarse como centro de intervenciones; puesto que inicialmente había considerado la felicidad y la investigación empírica revelaba que se correlacionaba con estados de ánimo como la alegría, el alborozo o el optimismo y no necesariamente correlacionaban directamente con un funcionamiento psicológico óptimo y adaptativo ligado al crecimiento y desarrollo personal.

Así mismo, aunque de manera inicial había favorecido la satisfacción con la vida como la medida central ligada al bienestar, observó que esta medición se correlacionaba más con el estado de ánimo del individuo en el momento en el que se solicitaba su evaluación que como una medida que revelara el bienestar general incluyendo su afectividad (Seligman, 2011). De esta manera, ante la evidencia de que el bienestar no depende directamente del estado afectivo y la satisfacción con la vida es únicamente uno de sus componentes, se consideró como obligatorio la revisión de la concepción del bienestar y la conceptualización de sus componentes para dar paso a la investigación empírica.

La revisión llevó a Seligman (2011) a la consideración del bienestar psicológico y las propuestas filosóficas centradas en la eudemonía. Así, observó que el sentido de la vida y las actividades involucradas no necesariamente están ligadas siempre con el estado emocional y, muchas veces, cuando las personas se encuentran absortas en una actividad significativa, las emociones no se encuentran en el plano central de la experiencia.

Por lo tanto, el bienestar es el constructo que mejor describe y correlaciona con un crecimiento y desarrollo psicológico óptimo y, como tal, Seligman (2011) considera que está constituido por cinco elementos mensurables, independientes y que por sí mismos no son definitorios únicos del bienestar.

En la concepción del modelo de Seligman (2011), cada elemento del bienestar posee tres características que definen su pertenencia al modelo teórico: a) contribuyen teórica y empíricamente al bienestar; b) las personas buscan activamente obtener o involucrarse con el elemento por sí mismo y no como medio que les permita obtener otros; y, c) debe definirse independientemente del resto de componentes.

Los nombres de cada uno de los elementos del modelo del bienestar forman un acrónimo, PERMA (por sus siglas en inglés). Las definiciones conceptuales de cada uno de ellos son las siguientes (Chaboud, 2018; Seligman, 2011; Tarragona, 2016):

- **Positividad (*Positivity*):** Es el componente hedónico del bienestar y se centra en las emociones positivas y el balance afectivo entre la afectividad positiva y negativa. Se conjuntan tanto los placeres como las satisfacciones que son experiencias emocionales distintas evocadas por circunstancias diferentes. Así mismo, se refiere a las implicaciones que tienen las experiencias afectivas y el balance emocional en los esquemas cognitivos que influyen en la interpretación de la realidad y, en consecuencia, en si el individuo experimenta más o menos emociones positivas.
- **Involucramiento (*Engagement*):** Se puede denominar alternativamente como experiencias óptimas, de *flow* o experiencias de flujo que fueron descubiertas y descritas por Csikszentmihalyi (2005). Son cierto tipo de actividades que cursan con inmersión de la atención profunda, requieren de una concentración total, se pueden considerar retos y requieren del uso de habilidades personales. La realización frecuente de estas actividades promueve el desarrollo de habilidades, un estado emocional positivo que provoca satisfacción ligada al uso de habilidades y un buen estado de humor.
- **Relaciones interpersonales (*Positive Relationships)*:** Se refiere a la influencia de la calidad de las relaciones con otras personas en estados emocionales y la satisfacción con la vida; así como la forma en la que las relaciones interpersonales moldean el sentido y significado con la vida. Aunque pueden vincularse con otros elementos del bienestar, son

independientes debido a la tendencia gregaria y social humana. De acuerdo con Seligman (2011), las relaciones estimulan por sí mismas el bienestar y que actúan como amortiguador ante la adversidad. Centralmente se enfoca en el sentimiento de ser amado, valorado y apoyado por una red social.

- **Significado (*Meaning*):** Es el grado en el que una persona comprende o percibe que su vida tiene una dirección o propósito, misión o meta y le otorga significado a sus vivencias (Steger, 2012). Para Seligman (2011) es sentir que se pertenece o se sirve a algo que se considera como superior a uno mismo. Este elemento está relacionado con el bienestar físico y psicológico y permite que el individuo centre su atención en aspectos relevantes cuando se confronta con obstáculos o adversidades.
- **Logro o realización (*Achievement*):** Es la búsqueda del éxito, alcanzar metas, realizarse en algún medio o lograr maestría en alguna actividad. Frecuentemente se hace énfasis que esta búsqueda no siempre trae consigo emociones positivas y no se realizan esfuerzos por la sensación que se obtiene, sino por el logro personal.

Además de los elementos del bienestar contenidos en el modelo PERMA, otro supuesto importante en la Psicología Positiva es la existencia de características personales que se vinculan con el bienestar. Basándose en propuestas relacionadas con la Psicología de los rasgos, se postuló que hay diferencias estables y generales individuales, que pueden ser modificables en un individuo (Peterson & Seligman, 2004).

A partir de esto, se creó una clasificación o taxonomía de aquellas características que se asocian a cualidades positivas, en contraste con las clasificaciones sobre los déficits como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría [AAP], 2014), y que las compila y clasifica con el fin de generar un marco de referencia que permite la investigación y el desarrollo de intervenciones que promuevan el bienestar (Peterson & Seligman, 2004).

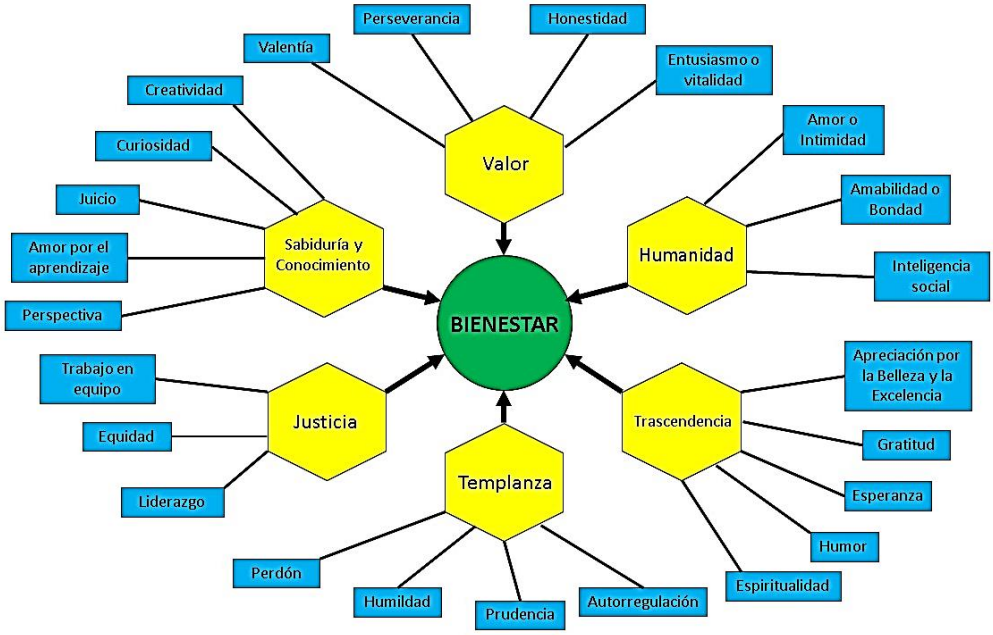
Se consultaron diversas fuentes y se compilaron las características que se consideraban deseables en distintos contextos. Se determinaron aquellas que más se valoraran en culturas diferentes, se consideraran importantes por sí mismas y pudieran modificarse, entrenarse o desarrollarse (Tarragona, 2013).

La clasificación propuesta por Peterson y Seligman (2004) se nombra como *Values In Action (VIA) Classification of Character Strengths* (Clasificación VIA de Fortalezas de Carácter, o simplemente clasificación VIA) y se trata de una jerarquización que se compone de tres niveles conceptuales:

- **Virtudes:** son las características centrales valuadas culturalmente por filósofos morales o pensadores religiosos que pueden agruparse en seis categorías: sabiduría, valor, humanidad, justicia, templanza y trascendencia.
- **Fortalezas de carácter:** son las características de la personalidad que puede ser observadas y entrenadas en los individuos y se agrupan en las virtudes. Son los medios por los que se alcanzan las virtudes y, aunque si pertenecen a la misma virtud presentan similitudes, cada una de ellas son distintivas. Raramente un sujeto exhibe todas las fortalezas de carácter y puede considerarse que son rutas o guías identificables para alcanzar una u otra virtud.
- **Temas situacionales:** son los hábitos o comportamientos específicos que conducen a una persona a manifestar ciertas Fortalezas de Carácter en situaciones dadas. En la investigación actual se emplean instrumentos psicométricos para identificar la expresión de las fortalezas y el desarrollo de intervenciones que permiten la adquisición, modificación y mantenimientos de conductas que, además de incrementar el uso de las fortalezas, se fomente el bienestar.

La figura 1 ilustra la configuración de las Virtudes y Fortalezas de Carácter, ligadas al bienestar.

Figura 1
Configuración de la Clasificación VIA de las Fortalezas de Carácter



Nota: elaborado y adaptado con base en Niemiec (2018).

Inicialmente, se supuso que las Fortalezas de Carácter se exhibían únicamente cuando las personas se encontraban sin estrés, dificultades o trastornos. Sin embargo, en ocasiones los obstáculos pueden motivar su exhibición y uso (Peterson, 2006b). Aunque los eventos adversos no son prerrequisito para el uso de las fortalezas, se puede considerar que tienen una función de enmienda y se presentan como medio amortiguador ante las desdichas.

Así mismo, la evidencia empírica acumulada ha conducido a cuestionar y realizar hipótesis acerca del papel que tienen las Fortalezas de Carácter en la generación de sintomatología y psicopatología. Peterson (2006b) considera que algunos síntomas no predominantes de ansiedad, depresión, aislamiento o somatización, que no encuadran en un trastorno específico y sin marcadores biológicos, podrían explicarse a través de una perspectiva que considere la ausencia de exhibición de una fortaleza, el uso erróneo de características opuestas a las fortalezas o la exageración de una fortaleza que rigidiza el estilo de afrontamiento de las personas ante la adversidad o los eventos cotidianos.

En la siguiente tabla se muestra la definición de las virtudes y, debajo de ellas, las Fortalezas de Carácter que las componen de acuerdo con la clasificación VIA.

Tabla 1

VIA Clasificación de Fortalezas de Carácter

1. Sabiduría y conocimiento – fortalezas cognitivas que implican la adquisición y uso del conocimiento.

- **Creatividad:** pensar en formas novedosas y productivas para hacer cosas; incluyendo ejecuciones artísticas, pero no limitadas a estas.
- **Curiosidad e interés en el mundo:** interesarse por todas las experiencias en curso; encontrando todos los temas y tópicos fascinantes; explorando y descubriendo**.**
- **Juicio y pensamiento crítico:** pensar cuidadosamente las cosas y examinarlas desde todos los lados; no saltar a conclusiones prontas; ser capaz de cambiar de postura a la luz de la evidencia; sopesar toda la evidencia de manera justa.
- **Amor por el conocimiento:** dominar nuevas habilidades, tópicos y cuerpos de conocimiento, ya sea por sí mismo o formalmente; obviamente relacionada con la fortaleza de la curiosidad, pero va más allá de ella al describir la tendencia de añadir sistemáticamente conocimientos a lo que uno sabe.
- **Perspectiva:** ser capaz de proveer un sabio consejo a otros; tener formas de ver al mundo que hacen sentido a uno mismo y a otras personas.

2. Valor – fortalezas emocionales que involucran el ejercicio de la voluntad de completar tareas a pesar de la oposición, externa o interna.

- **Valentía:** no disminuirse ante la amenaza, reto, dificultad o dolor; hablar sin reservas sobre lo que es correcto, aunque pueda haber oposición; actuar con convicciones aunque sean impopulares; incluye valentía física pero no está limitada a ella.
- **Persistencia:** terminar lo que uno comienza; persistir en un curso de acción a pesar de los obstáculos: experimentar placer en completar tareas.
- **Autenticidad / Honestidad:** hablar con la verdad pero más ampliamente presentare a uno mismo en forma genuina; actuar sin pretensiones; tomar responsabilidad por los sentimientos y acciones propias.
- **Vitalidad:** aproximarse a la vida con excitación y energía; no haciendo cosas a la mitad o sin sentirlas de verdad; vivir la vida como una aventura; sentirse vivo y activado.

3. Humanidad – fortalezas interpersonales que involucran cuidar y asistir amistosamente a otros.

- **Amor o Intimidad:** valorar las relaciones cercanas con otros, en particular relaciones donde se comparte y hay cuidado mutuos; ser cercano a la gente.
- **Amabilidad:** hacer favores y buenas obras a otros; ayudar a otros; cuidar de otros.
- **Inteligencia social:** estar consciente de los motivos y sentimientos de otras personas y de uno mismo; conocer qué hacer para encajar en diferentes situaciones sociales; conocer lo que motiva a otras personas.

4. Justicia – fortalezas cívicas que subyacen a una vida comunitaria saludable.

- **Ciudadanía o Trabajo en equipo:** trabajar bien como miembro de un grupo o equipo; ser leal al grupo; hacer lo que a uno le corresponde.
- **Equidad:** tratar a todas las personas de la misma forma de acuerdo con las nociones de equidad y justicia; no dejar que los sentimientos personales influyan sobre decisiones acerca de otras personas; dar a todos una oportunidad justa.
- **Liderazgo:** animar a un grupo del cual uno es miembro a conseguir que las cosas se realicen y al mismo tiempo facilitar buenas relaciones al interior del grupo; organizar actividades grupales y vigilar que se realicen.

5. Templanza – fortalezas que protegen contra los excesos. • **Perdón / Misericordia:** perdonar a aquellos quienes han obrado equivocadamente; dar a las personas una segunda oportunidad; no ser vengativo. • **Humildad / Modestia:** dejar que los logros personales hablen por sí mismos; no buscar los reflectores; no considerarse a sí mismo como más especial de lo que uno es. • **Prudencia:** ser cauteloso acerca de las elecciones personales; no tomar riesgos indebidos; no decir o hacer cosas de las que uno pueda arrepentirse. • **Autorregulación:** regular lo que uno siente o hace; ser disciplinado; controlar los apetitos y emociones propios.
6. Trascendencia – fortalezas que forjan conexiones con el universo más grande y proveen significado. • **Apreciación por la belleza y la excelencia:** notar y apreciar la belleza, excelencia y/o el desempeño habilidoso en todos los dominios de la vida, desde la naturaleza hasta el arte, las matemáticas, la ciencia o la experiencia cotidiana. • **Gratitud:** estar consciente de las buenas cosas que pasan y estar agradecido por ellas; tomar el tiempo para expresar el agradecimiento. • **Esperanza:** esperar lo mejor del futuro y trabajar para alcanzarlo; creyendo que un buen futuro es algo que puede lograrse. • **Humor:** gusto por reír y embromar; conseguir sonrisas de otras personas; ver el lado amable; hacer (no necesariamente decir) bromas. • **Espiritualidad:** tener creencias coherentes acerca de un mayor propósito y significado del universo; saber dónde encaja uno mismo dentro del esquema más grande; tener creencias acerca del significado de la vida que moldean la conducta y proveen confort.
Nota: elaborado con base en Peterson (2006b).

Otro aspecto fundamental a considerar en la dinámica de las Fortalezas de Carácter es que, en evaluaciones psicométricas diferidas y repetidas en los mismos sujetos se observa que aquellas que se reportar como las primeras cinco jerarquizadas tienden a variar mínimamente. A estas fortalezas se les denomina como fortalezas distintivas y se pueden definir como: *"características personales en las que se obtienen puntuaciones especialmente elevadas; están asociadas a unas virtudes concretas y…asociadas al bienestar"* (Carr, 2007, p. 80).

El empleo de las fortalezas distintivas de manera propositiva puede tener ventajas debido a que puede considerarse que son aquellas habilidades "naturales" para el individuo, que no requieren de un esfuerzo adicional para entrenarse y fortalecerse y generar una gran motivación intrínseca debido a que pueden valorarse como parte de la identidad personal (Ruch et al., 2020). Así mismo, podrían generar una sensación de mayor bienestar y emociones de gratitud. Peterson (2006b) expone que la identificación de fortalezas distintivas debe contemplar los siguientes criterios:

- Considerarse como un atributo personal.

- Experimentar entusiasmo por su empleo.
- Aprendizaje acelerado de modos de expresarla.
- Variación sin esfuerzo de usos distintos de la fortaleza.
- Búsqueda de formas diferentes a las usuales de utilizar la fortaleza.
- Sensación de que la fortaleza se empleará inevitablemente.
- Sensación de vitalidad y energía con su empleo.
- Creación de proyectos personales para usar la fortaleza.
- Percepción de alegría, entusiasmo o absorción ante su uso.

Tanto las formulaciones del modelo PERMA del bienestar como las Fortalezas de Carácter constituyen las principales formulaciones teóricas que han guiado los esfuerzos de la Psicología Positiva para procurar la investigación y generación de prácticas aplicadas en distintos escenarios, con el objetivo del fomento del bienestar y el examen pormenorizado de los efectos que produce su promoción. Con base en ellas se han diseñado programas de intervención que se revisarán en el apartado siguiente.

1.3 Las Intervenciones basadas en Psicología Positiva

En el campo de la Psicología aplicada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, las formulaciones teóricas de la Psicología Positiva asientan las bases de un enfoque empíricamente apoyado y basado en evidencia (Tarragona, 2016).

Una de las misiones centrales de este campo es la identificación, desarrollo y evaluación de intervenciones que tienen como objetivo mejorar el bienestar. Éstas se denominan como Intervenciones basadas en Psicología Positiva (IPP) y son herramientas basadas en evidencia cuyo objetivo primario es el incremento del bienestar y no se emplean únicamente para reducir sintomatología. De acuerdo con Sin y Lyubomirsky (2009), cuando se emplean IPP, los participantes aprenden formas distintas para afrontar adversidades y se benefician al apreciar y poner atención a los aspectos positivos de sus vidas; involucrándose en actividades que

provocan emociones positivas y en las que se practican fortalezas de carácter. Además, se emplean estrategias que influyen directamente en el bienestar como repetir experiencias agradables, practicar habilidades y favorecer la aceptación.

Westerhof y Keyes (2010) argumentan que su uso está basado en la evidencia de que el bienestar puede desarrollarse y fomentarse a pesar de la presencia de psicopatología, puesto que ambos constructos están moderadamente correlacionados y son independientes entre sí.

Así mismo, la implementación de IPP puede ser complementaria a otros tratamientos basados en evidencia orientados en la reducción de sintomatología, puesto que algunas personas, al terminar un tratamiento, aun podrían experimentar insatisfacción con su vida y el fomento del bienestar puede dirigirse a esta situación (Rashid & Seligman, 2018). También se cuenta con evidencia de que el fomento del bienestar puede reducir la recurrencia de síntomas, en particular depresivos y del aumento de la longevidad (Lamers et al., 2012; Wood & Joseph, 2010).

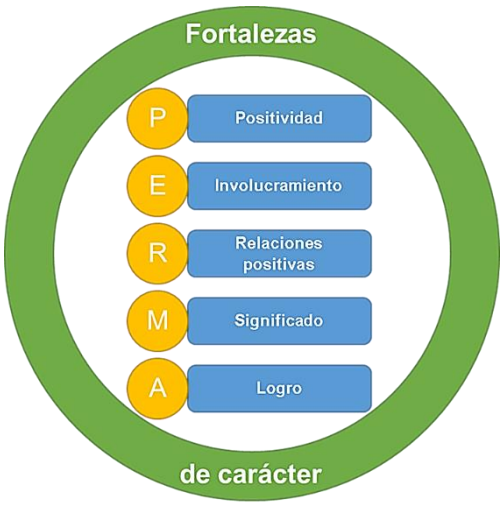
Existe una diversidad de IPP que incluyen la práctica de Fortalezas de Carácter como la gratitud (Layous et al., 2012), el optimismo (Gander et al., 2013; Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012; Seligman et al., 2005), el humor (Proyer et al., 2009) y el perdón (Hill et al., 2015); la práctica de la atención plena (Fredrickson et al., 2008); la formulación de las metas personales (Dubé et al., 2007); la auto-aceptación; el fortalecimiento de redes sociales (Fava & Ruini, 2003), la apreciación de la belleza (Martínez-Martí et al., 2014) y, el saboreo de las experiencias pasadas (Hallford & Mellor, 2013), la memoria auto-biográfica (Rathbone et al., 2015) y la revisión de vida basada en sucesos positivos (Avia et al., 2012); entre muchas otras.

De acuerdo con Schueller y Parks (2014), el bienestar puede desarrollarse a través de dos vías: el fomento de cada uno de los elementos del modelo teórico PERMA del bienestar y el desarrollo de las Fortalezas de Carácter. La primera vía incluye la promoción del saboreo de experiencias placenteras, involucrarse en actividades absorbentes que desarrollen habilidades, el mejoramiento de las relaciones interpersonales, el significado y propósito de la vida y de logros o metas personales. Mientras que, la segunda vía implica la identificación y uso propositivo

y deliberado de rasgos o habilidades que resultan gratificantes de manera personal y constituyen procesos y mecanismos que permiten alcanzar virtudes o valores vinculados al bienestar (Niemec, 2018).

Ambas vías se retroalimentan y complementan mutuamente. Las Fortalezas de Carácter sirven como base de los cinco elementos del bienestar y, de acuerdo con Proyer et al. (2013) su uso deliberado favorece un funcionamiento psicológico que tiende a incrementar el bienestar. De esta manera, la práctica de las Fortalezas de Carácter puede conducir a experimentar más emociones positivas, significado y logro con las actividades que se realizan y mejores relaciones interpersonales. Puede argüirse que en el fomento del bienestar es posible que una medida inicial importante sea la identificación y desarrollo de las fortalezas de carácter. En la figura 2 se ilustra de manera esquemática esta propuesta.

Figura 2
Conjunción del modelo PERMA y las fortalezas de carácter



Nota: elaborado con base en Seligman. M. E. P. (2011) y Niemiec, R. M. (2018).

De acuerdo con Carr et al. (2020), no hay un consenso respecto a cómo se clasifican las diferentes IPP, pero se propone su agrupación conforme a su uso en programas sencillos, que emplean un solo tipo de intervención o se orientan hacia

el fomento de un solo aspecto del bienestar; y programas multi-elemento que combinan dos o más IPP y fomentan más de un aspecto del bienestar. Dentro de los programas multi-elemento se han desarrollado algunos muy sistematizados con un orden y contenido que se aplica con variaciones mínimas a todos los participantes y otros que se han desarrollado de acuerdo con necesidades de la población en la que se implementa, la practicidad teórica o las elaboraciones de cada autor.

De acuerdo con Rashid y Selgiman (2018), la implementación de los programas multi-elemento de IPP puede tener las siguientes ventajas:

a) Expandir el alcance de los tratamientos tradicionales enfocándose en las fortalezas, la promoción de esperanza, relaciones positivas y metas significativas.
b) Ampliar la perspectiva psicoterapéutica más allá del modelo médico-clínico y cambiar el enfoque del déficit y trastorno hacia centrarse en la salud.
c) Expandir los resultados del tratamiento terapéutico al mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico.
d) Atenuar el impacto negativo sobre los clínicos que pueden experimentar agotamiento debido al foco central de experiencias negativas que tiene el proceso terapéutico.

Así, se propone la integración de síntomas con fortalezas, recursos con riesgos, debilidades con valores y esperanzas con culpas para entender la complejidad inherente de la experiencia humana en una forma balanceada. Se considera importante que sistemáticamente se amplifiquen los recursos de las personas a través de un trabajo focalizado en las emociones positivas, las Fortalezas de Carácter, el sentido y significado de la vida, las relaciones positivas interpersonales y los logros motivados intrínsecamente (Rashid, 2015).

Subyacente a esta propuesta, se encuentran tres supuestos de trabajo (Rashid & Seligman, 2018). En principio, la psicopatología se considera como el resultado de un proceso en el cual las capacidades inherentes para crecer, realizarse y mantener su bienestar son frustradas o desbaratadas por factores

psicológicos y socioculturales. Aunado a esto, los recursos o fortalezas de los individuos como las emociones positivas y las fortalezas pueden ser tan auténticos y reales como los síntomas y trastornos. Finalmente, la relación terapéutica efectiva puede formarse a través de la discusión de experiencias y características de resiliencia o positivas y no solamente a través de largos análisis de las debilidades y déficits.

La aplicación de este tipo de intervenciones podría utilizarse como medios para impulsar el bienestar en la población de adultos mayores.

2. REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA SOBRE INTERVENCIONES BASADAS EN PSICOLOGÍA POSITIVA

2.1 Necesidades y efectos del fomento del bienestar en adultos mayores

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo que se caracteriza por la disminución relativa de la respuesta homeostática debida a una serie de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos propiciados por la edad e influenciados por los retos que ha enfrentado el individuo a lo largo de su ciclo vital y el ambiente en el que se ha desarrollado (OMS, 2015; Tavares et al., 2017).

En México, la esperanza de vida ha aumentado en los últimos tiempos hasta llegar a los 75 años de edad en promedio (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2012). De acuerdo con el censo de 2020, en el país los adultos mayores de 60 años representan el 12 % de la población total (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021) y al igual que otros países, existe una tendencia hacia el aumento de este sector poblacional. Para el año 2030 se prevé que habrá más de 20 millones de adultos mayores en el país y para el 2050 representarán el 27.7 % de la población total (CONAPO, 2012).

Sin embargo, a pesar del aumento de la longevidad de los individuos, los adultos mayores se enfrentan al declive y pérdida de habilidades funcionales físicas, cognitivas y mentales, a una fuerte asociación con enfermedades crónico degenerativas y pérdida de vínculos afectivos, lazos sociales de apoyo, actividades significativas y de la independencia personal (Baird et al., 2010; Shapira et al., 2007; Shtompel et al., 2014). Estas situaciones están fuertemente asociadas a consecuencias negativas para la salud psicológica que conducen a un riesgo aumentado de depresión y ansiedad y deterioro de la calidad de vida y la sensación de bienestar (Wood & Joseph, 2010).

Por lo tanto, los adultos mayores son un grupo poblacional vulnerable a distintos riesgos de salud y esta condición de vulnerabilidad es el resultado de la interacción compleja entre una falta de recursos económicos, relacionales, físicos y mentales, y las dificultades a las que se enfrentan en su vida cotidiana. Además de un posible estatus socioeconómico desventajoso ocasionado por la reducción de

posibilidades laborales y la situación del retiro laboral debido a la edad avanzada, en los adultos mayores se conjuntan la pérdida de redes de apoyo social (que conducen a niveles incrementados de soledad) combinados con limitaciones personales en la forma de problemas de salud (Golden et al., 2009; Keyes, 2007; Masi et al., 2011; Mechanic & Tanner, 2007).

La salud mental también puede verse deteriorada por el proceso de envejecimiento. La depresión y la expectativa de vida están fuertemente relacionadas con el envejecimiento y los adultos mayores que sufren de depresión, tienen una menor expectativa de vida (Chimich & Nekolaichuk, 2004).

Aunque es inevitable que los adultos mayores se enfrenten a declives relacionados con la edad, las cualidades positivas que uno adquiere con la edad y las experiencias de vida pueden ayudar a que se amortigüen condiciones mentales deletéreas (Baltes & Baltes, 1990; Duckworth et al., 2005; Wood & Tarrier, 2010).

Por tal motivo, el fomento del bienestar, como factor protector, puede amortiguar el impacto negativo de las situaciones adversas a las que se enfrentan los adultos mayores. Altos niveles de bienestar en esta población se correlacionan con múltiples beneficios como bajos niveles de enfermedad física y mental, incremento del estatus de salud, altos niveles de resiliencia, buenas relaciones sociales y familiares, apoyo social, altos niveles de actividad y habilidades personales (Lamers et al., 2015; Millear, et al., 2008; Ngamaba et al., 2017; Pawlowski et al., 2011; Waldinger & Schulz, 2010). Así como disminución en el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer, enfermedades cardiovasculares y mortalidad en general (Boyle et al., 2010; Hill & Turiano, 2014; Kim et al., 2013).

A pesar de que los declives experimentados por el envejecimiento son inevitables, es posible amortiguar sus efectos deletéreos a partir de focalizar las cualidades positivas que se adquieren con la edad y las experiencias de vida acumuladas por el individuo y así incrementar la sensación de bienestar en el individuo que envejece (Duckworth et al., 2005; Wood & Tarrier, 2010).

Por tal motivo, de acuerdo con la OMS (2015), es crucial que los países adopten prácticas y políticas de salud que provean de oportunidades de desarrollo

para los adultos mayores y atiendan los retos que emergen debido al envejecimiento de la población. Esta organización internacional considera que las estrategias de promoción de la salud en la población de edad avanzada deben elegir como objetivo aspectos relacionados, tanto con el mantenimiento, como con la mejora de la capacidad funcional, el autocuidado y las relaciones sociales y actividades; cuestiones que están orientadas a fomentar un proceso de envejecimiento activo e independiente en cada persona.

Así mismo, la promoción de un envejecimiento saludable es un prerrequisito para garantizar vidas saludables mediante la promoción del bienestar, el logro de la igualdad de género y la reducción de las desigualdades. Es una de las medidas a las que México se ha comprometido en los objetivos de desarrollo sustentable de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2019).

Por otro lado, con el advenimiento de la pandemia por COVID-19, la intervención a distancia incrementó el uso de tecnología para la implementación de procesos terapéuticos y atención de grupos vulnerables (Békés et al., 2021). Este tipo de intervención en adultos mayores es factible y deseable por ventajas potenciales como proveer el acceso a servicios de salud cuando la movilidad es limitada; con la advertencia de adaptar las intervenciones a cada individuo (Callari et al., 2012). Sin embargo, el uso de IPP mediadas por tecnología en esta población aún está en desarrollo.

2.2 Evaluación del estado del arte de las intervenciones basadas en psicología positiva en adultos mayores

Se llevaron a cabo tres revisiones narrativas de literatura científica relevante para evaluar el efecto y nivel de evidencia de las IPP en adultos mayores; así como para examinar los medios de administración de las intervenciones, ya sea que fueran administraciones presenciales, en línea o mediadas por tecnología. En esta sección únicamente se presentarán los análisis críticos a la literatura encontrada, debido a que los detalles de los análisis extensos ya fueron publicados y pueden

consultarse en Torres y González-Celis (2023). Así mismo, los análisis de las fuentes consultadas se encontrarán en la sección de anexos de este documento para su consulta y referencias futuras.

La primera revisión involucró la búsqueda de metaanálisis sobre la efectividad de las IPP y se empleó, para tal fin, las bases de datos: PUBMED, *Web of Science, Psychology and Behavioural Sciences Collection, PsychINFO,* Redalyc y TesiUNAM. Los metaanálisis son considerados como la evidencia de mayor nivel para tomar decisiones clínicas (Landa-Ramírez et al., 2013).

La efectividad de las IPP se ha examinado en ocho metaanálisis previos que han incluido un amplio rango de intervenciones (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2020; Chakhssi et al., 2018; Hendriks et al., 2020, 2018; Koydemir et al., 2020; Sin y Lyubomirsky, 2009; Weiss et al., 2016). Éstos se desarrollaron contrastando estudios con intervenciones de un solo elemento con programas multi-elemento que incluían tres o más intervenciones; que incluían predominantemente muestras clínicas con muestras no clínicas; realizados en países occidentales con no occidentales; que incluyeron una definición amplia sobre las intervenciones orientadas al desarrollo del bienestar con una definición cerrada sobre las mismas; y estudios con muestras compuestas por adultos principalmente con muestras que incluyen a participantes de todas las edades.

Los diferentes metaanálisis, que contienen cada uno entre 27 y 347 estudios, mostraron que las IPP tienen efectos pequeños a moderados mejorando el bienestar, la ansiedad y la depresión, tanto inmediatamente después de concluido el tratamiento como en el seguimiento. Los efectos más grandes en el post-tratamiento, medidos por medio de la *d* de Cohen, para el incremento del bienestar (0.61) y el decremento de la depresión (0.65) se encontraron en el metaanálisis de Sin y Lyubomirsky (2009) y con respecto al decremento de la ansiedad el mayor efecto (0.95) se encontró en el metaanálisis de Hendricks et al. (2018). Mientras que las tres variables anteriores han sido ampliamente revisadas en los distintos metaanálisis, la calidad de vida solamente se revisó en el trabajo de Carr et al. (2010) en el que se encontró un efecto moderado (.60). En contraste, los efectos

más pequeños en el post-tratamiento se encontraron, para el bienestar (0.24) en el trabajo de Chakhssi et al. (2018); mientras que para la depresión (0.21) y la ansiedad (0.35) en el trabajo de Hendricks et al. (2020).

En los diferentes metaanálisis se han examinado diferentes variables como moderadores de los efectos de las distintas intervenciones; encontrándose consistentemente que los mejores resultados ocurren en poblaciones clínicas y en programas de duración mayor a tres sesiones y que integran múltiples Intervenciones basadas en Psicología Positiva tanto en terapia individual como grupal.

Solamente un metaanálisis (Carr et al., 2020) evaluó la edad como variable moderadora del tamaño del efecto, tomando en cuenta a los adultos mayores como un grupo etario distintivo. Los resultados mostraron que el uso de IPP tienen mejores y mayores efectos en los adultos mayores que los obtenidos en poblaciones de menor edad tanto en bienestar (0.69) como en depresión (0.91).

Sin embargo, la inclusión de estudios con participantes adultos mayores es limitada. Solamente 66 estudios de 640, contenidos en los metaanálisis, fueron realizados con la participación de muestras con media de edad mayor o igual a 60 años. Así mismo, una gran limitante de este grupo de investigaciones es que no distinguen qué tipo de intervenciones son las que se emplearon en estos estudios y tampoco examinan cuáles son las que mejor se ajustan a cada población; información que podría ser necesaria para la generación de programas adecuados para los adultos mayores.

Los detalles de las principales características y hallazgos de los estudios analizados se encuentran en el Anexo 1.

En la segunda revisión, se examinaron metaanálisis que evaluaron el efecto de tipos específicos de IPP. La “revisión de la vida” es la intervención en la que más participantes adultos mayores se han incluido para examinar su efecto. Tres metaanálisis (Chen et al., 2017; Pinquart & Forstmeier, 2012; Wang et al., 2017) han evaluado el efecto de dicha intervención; incluyendo 116 de 147 estudios, con la participación de muestras con media de edad mayor o igual a 60 años. Los efectos

más grandes en el post-tratamiento, medidos por medio de la *d* de Cohen, para el bienestar (0.48) y la depresión (0.78) se reportaron en Pinquart y Forstmeier (2012); mientras que para la calidad de vida (2.21) se reportó en Chen et al. (2017). A pesar de que en estos estudios se incluyeron participantes de distintas edades, no se examinó sistemáticamente el efecto de la edad como variable moderadora del efecto e involucraron diversas formas de administrar la intervención; por lo que en algún sentido podría haberse incluido una heterogeneidad en el análisis que no sea congruente con los fines de síntesis de la información que se persigue en los metaanálisis, así como la imposibilidad de utilizar su información para la formulación de guías de práctica clínica basada en evidencia.

Se ha conducido un metaanálisis para evaluar el efecto de intervenciones orientadas al fomento de la amabilidad (Curry et al., 2018); obteniendo efectos pequeños en el bienestar (0.28). Sin embargo, solamente se incluyó en el análisis un estudio de un total de 27 artículos, realizado en adultos mayores.

Para evaluar el efecto de intervenciones orientadas al fomento del perdón se han conducido seis metaanálisis (Akhtar & Barlow, 2016; Baskin & Enright, 2004; Lundahl et al., 2008; Rainey et al., 2012; Wade et al., 2005, 2013) que reportaron efectos pequeños a moderados tanto en el bienestar (0.81), depresión (0.37) y ansiedad (0.63); sin embargo los análisis solamente incluyeron dos estudios de entre 170, realizados con adultos mayores.

A pesar de que se han conducido metaanálisis para evaluar el efecto de intervenciones orientadas al uso de fortalezas de carácter distintivas (Schutte & Malouff, 2019), tres sobre el fomento de la gratitud (Davis et al., 2016; Dickens et al., 2017; Renshaw & Olinger, 2016), tres el fomento del optimismo (Bastonis et al., 2016; Brunwasser et al., 2009; Malouff & Schutte, 2017) y uno sobre el fomento del crecimiento postraumático (Roepke, 2015), en éstos no se han incluido estudios con muestras principalmente compuestas por participantes de edad igual o mayor a 60 años.

Los detalles de las principales características y hallazgos de los estudios analizados se encuentran en el Anexo 2.

Adicionalmente a las fuentes analizadas se encontraron dos revisiones sistemáticas que se consideraron importantes en la revisión del estado del arte.

Sutipan et al. (2016) condujeron una revisión sistemática de la literatura existente para evaluar el impacto de las IPP en el bienestar en adultos mayores saludables en la que incluyeron únicamente ocho estudios; encontrando que las intervenciones basadas en la reminiscencia son las más utilizadas para promover y mantener el bienestar de los adultos mayores. Sin embargo, la calidad metodológica de los estudios analizados fue moderada debido a la falta de inclusión de criterios adecuados de aleatorización y de una descripción detallada de las intervenciones utilizadas que permitan la replicación de los estudios. Los autores concluyeron que a pesar de los hallazgos prometedores en cuanto a la mejora del bienestar reportado en los estudios examinados, la diversidad de intervenciones empleadas impide la formación de un dictamen concluyente acerca de qué intervenciones se ajustan mejor a las necesidades de esta población. Aunque consideran que las intervenciones han demostrado ser útiles para apoyar a los adultos mayores a alcanzar vidas más plenas, hace falta el examen puntual de qué intervenciones específicas pueden aplicarse para obtener efectos específicos en congruencia con las características particulares de ciertas poblaciones de adultos mayores; puesto que es importante recordar que el envejecimiento es muy heterogéneo entre los individuos.

Durgante (2017) realizó una revisión sistemática sobre el uso de las IPP en el contexto latinoamericano cuestionando la calidad metodológica de la administración de dichas intervenciones. Los problemas principales en las distintas investigaciones analizadas son la falta de grupos de comparación, ausencia de evaluaciones en la línea base, el postest y seguimientos, falta de guías o manuales de las intervenciones para la réplica de los estudios y que el mismo investigador implementa las intervenciones y evalúa el efecto de las mismas en los participantes.

Debido a que la inclusión de adultos mayores en los distintos metanálisis no permite dar un dictamen concluyente acerca de la efectividad y uso de las IPP se condujo una búsqueda sistemática de literatura por medio de la estrategia PIO

(Higgins et al., 2021) cuyo objetivo fue analizar la literatura científica disponible en un periodo de 10 años entre 2010 y 2020 sobre el uso y la efectividad de dichas intervenciones en adultos mayores. Se consultaron seis bases de datos: Pubmed, *Web of Science, Psychology and Behavioral Collection*, *PsycINFO*, Redalyc y TesiUNAM.

Para orientar la búsqueda de literatura relevante se formuló la pregunta: *"En adultos mayores, ¿cuál es el efecto en el bienestar, calidad de vida, depresión y ansiedad de las IPP?"*. Los principales términos de búsqueda con los que se alimentaron los buscadores y el algoritmo de búsqueda pueden consultarse en el Anexo 3 de este documento.

Se incluyeron artículos cuyos estudios fueran ensayos clínicos controlados (ECA), estudios cuasiexperimentales (CE) o preexperimentales (PE) y que evaluaran el efecto de IPP en adultos mayores, publicados entre 2010 a 2020; publicados en revistas especializadas auditadas o tesis no publicadas indexadas en base de datos y que pudiera accederse a ellos en su texto completo.

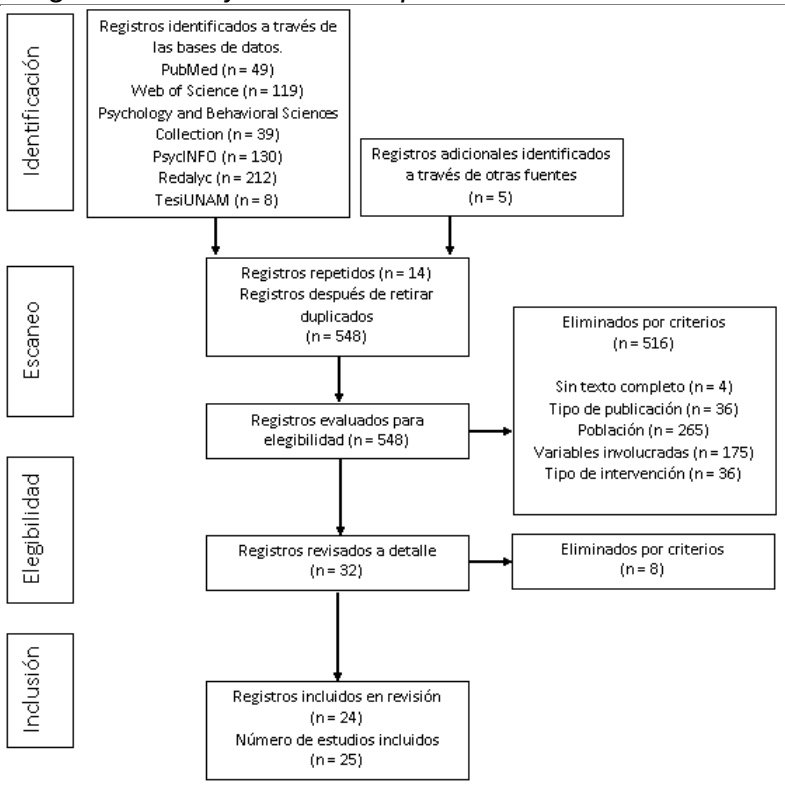
Los participantes podían ser de sexo indistinto y la media de edad de éstos debía ser de sesenta o más años de edad. Las intervenciones empleadas debían ser congruentes con las propuestas de la Psicología Positiva para el fomento del bienestar.

Las mediciones principales para evaluar el efecto debían incorporar, al menos, alguna de las variables de interés: bienestar, calidad de vida, depresión o ansiedad. Adicionalmente, podían incluir cualquiera de las 24 fortalezas de carácter de la teoría de la Clasificación VIA de Peterson y Seligman (2004).

Se excluyeron estudios que no incluyeran IPP o que no fueran congruentes con las propuestas teóricas de la Psicología Positiva.

La figura 3 presenta el diagrama de flujo de trabajo con el cuál se depuraron las fuentes encontradas.

Figura 3
Diagrama de flujo de la búsqueda



Se eligieron para la revisión 24 artículos en los cuales estaban contenidos 25 estudios y cumplían los criterios de inclusión formulados. En las líneas siguientes se dará un panorama general de las características de los artículos analizados y los resultados más relevantes de la revisión, puesto que los detalles de la misma, como ya se ha indicado, ya se encuentran publicados y pueden ser consultados en Torres y González-Celis (2023).

Veintitrés estudios se publicaron en revistas arbitradas y un estudio fue una tesis no publicada. Los estudios fueron publicados entre 2013 y 2020 en 14 países diferentes. En el contexto latinoamericano solamente se recuperaron cuatro estudios provenientes de revistas arbitradas; destacándose dos estudios centrados en la promoción del bienestar en adultos mayores jubilados en Brasil (Durgante et al., 2019, 2020) que examinaron la efectividad de un mismo programa de intervención reportando seguimientos a la población y mejorando la aplicación del programa entre ambos estudios. Sin embargo, aunque el programa incluyó una

mayor cantidad de IPP, se combinaron intervenciones provenientes de otras perspectivas teóricas. Así mismo, la falta de aleatorización de participantes y el uso de la autoasignación a las condiciones del estudio disminuyen la calidad de ambos estudios de acuerdo con los criterios CONSORT (Cobos-Carbó, 2005).

Las características de los estudios incluidos en la revisión se presentan resumidas en el Anexo 4.

En esta revisión se integró un número reducido de estudios comparando los que se han incluido en los metaanálisis previos (por ejemplo, Carr et al. [2020] incluyeron 347 estudios). Sin embargo, se observa un aumento considerable en el número de estudios publicados que involucran el uso de IPP en adultos mayores si se compara la cantidad de estudios analizados en la revisión previa realizada por Sutipan et al. (2017), quienes examinaron únicamente ocho estudios. Este incremento puede revelar el interés creciente en el uso de IPP para mejorar el bienestar de adultos mayores, así como el crecimiento y difusión del empleo de IPP y las propuestas basadas en la Psicología Positiva; cuestión que Rusk y Waters (2013) han señalado. Sin embargo, de acuerdo con la literatura revisada en esta búsqueda, el número de estudios en el marco latinoamericano aún es limitado.

Los estudios fueron implementados en participantes con características diversas. Sin embargo, únicamente dos estudios reportaron incluir participantes con depresión moderada como condición de tratamiento (Preschl et al., 2012; Taghvaienia et al., 2019) y el resto fueron conducidos en población no clínica. Así mismo, cuatro estudios emplearon participantes residentes en casas de retiro (Ho et al., 2014; Jiménez et al., 2015; Meléndez Moral et al., 2013; Ortega et al., 2015) y uno con cuidadores primarios adultos mayores (Bartholomaeus et al., 2019).

Con respecto a los métodos de reclutamiento, se observaron varias formas de captar participantes. Ocho estudios emplearon publicidad, ocho acudieron a grupos cautivos en casas de retiro o centros comunitarios, tres captaron participantes referidos por agencias o profesionales de la salud y el resto realizaron alguna combinación entre los métodos anteriores. Las participantes mujeres fueron

más que los hombres; siendo las primeras 1,433 (81.09% del total), mientras que los hombres fueron 334 (18.90%). La edad promedio fue de 70.96 años.

A pesar de que se reconoce la fuerte asociación entre el envejecimiento y enfermedades crónico-degenerativas y otras consecuencias negativas para la salud física y psicológica (Shtompel et al., 2014; Wood & Joseph, 2010), la mayoría de los participantes fueron reportados como adultos mayores sin problemas serios de salud. En este sentido, es de resaltar los beneficios que podría aportar el fomento del bienestar a la salud, inclusive ante la presencia de enfermedades físicas o mentales en población adulta mayor (Hill & Turiano, 2014), y que las investigaciones en esta revisión no han abordado.

En referencia a las características de la intervenciones administradas, nueve estudios involucraron solamente un tipo de IPP (Killen & Macaskill, 2014; Meléndez Moral et al., 2013; Meléndez Moral et al., 2015; Preschl et al., 2012; Proyer et al., 2013; Ramírez et al., 2013; Salces-Cubero et al., 2018; Ortega Martínez & Fernández, 2017; Weis et al., 2020), mientras que 16 estudios, contenidos en 15 artículos, utilizaron algún tipo de programa multi-elemento (Bartholomaeus, et al., 2019; Cantarella et al., 2017; Cuadra-Peralta et al., 2011; Durgante & Dell'Aglio, 2019; Durgante et al., 2020; Friedman et al., 2017, 2019; Greenawalt, et al., 2018; Ho et al., 2014; Ishihara et al., 2018; Jiménez et al., 2015; Ortega et al., 2015; Sánchez, 2013; Taghvaienia & Alamdari, 2019; Turner et al., 2017).

Las intervenciones sencillas involucraron los siguientes tipos de intervenciones: prácticas de gratitud (k = 4), revisión de la vida (k = 3), fomento del optimismo (k = 2), saboreo y reminiscencia (k = 2), práctica del humor (k = 1), formulación de objetivos altamente valorados (k = 1) y uso de fortalezas de carácter (k = 1).

Los programas multi-elemento involucraron principalmente programas diseñados exprofeso para la investigación o bien adaptaciones de programas diseñados para poblaciones de menor edad y adaptadas para los escenarios donde se realizó la investigación (como casas de retiro o centros comunitarios) (k = 15) y solamente un estudio (Taghvaienia & Alamdari, 2019) involucró el modelo de

Psicoterapia Positiva de Rashid y Seligman (2018). El número promedio de diferentes tipos de IPP involucradas en estos programas fue 8.43 (DE = 2.75, rango = 5-13).

Las intervenciones empleadas en los diversos estudios multi-elemento incluyeron prácticas relacionadas con la gratitud (k = 16), prácticas relacionadas con el perdón (k = 15), ejercicios que fomentan una perspectiva optimista (k = 10), saboreo por reminiscencia, revisión de la vida, remembranza de eventos recientes, apreciación positiva del pasado o del momento presente (k = 6), identificación y uso de Fortalezas de Carácter y fortalezas distintivas (k = 9), prácticas relacionadas con la amabilidad o el altruismo (k = 5), escritura acerca de experiencias positivas, búsqueda de significado o experiencias exitosas (k = 4), práctica del humor (k = 7), formulación de objetivos altamente valorados (k = 7), saboreo (k = 3), fortalecimiento de relaciones (k = 3), apreciación positiva de fotografías, la belleza o la naturaleza (k = 5), práctica de la respuesta activa constructiva (k = 2), afirmaciones y autoafirmaciones positivas (k = 2), fomento de experiencias óptimas o de flujo (k = 1), restringir temporalmente el acceso a experiencias valoradas y maximización del disfrute (k = 3), empatía (k = 3), fomento de la esperanza (k = 2) y fomento de la curiosidad (k = 1).

Esta revisión ilustra la heterogeneidad de intervenciones que se han desarrollado con base en la Psicología Positiva y se han probado en adultos mayores. En la previamente realizada por Sutipan et al. (2017), se señalaba como una notable limitación el uso restringido de ciertos tipos de IPP en esta población; siendo las más frecuentes, las de reminiscencia, cuestión que en este estudio no se observó. Tanto en los programas multi-elemento, como en las intervenciones sencillas, se incluyeron una amplia variedad de IPP.

Aunque, como se señaló anteriormente, puede ser una ventaja actual que haya una mayor variedad de IPP empleadas en adultos mayores, esta heterogeneidad podría cuestionar el nivel de evidencia que se posee acerca de la efectividad de estas intervenciones. De acuerdo con Higgins y Green (2008) las implementaciones tan diversas, como las presentadas aquí, no pueden ser

interpretadas en un contexto específico y el análisis global del efecto, como lo examinan los metaanálisis, sería inapropiado para examinarse en este grupo de estudios. Conforme avance la implementación de las intervenciones y nuevas investigaciones más uniformes se lleven a cabo, se incrementará la factibilidad de llevar a cabo un metaanálisis que pueda conducir a una recomendación basada en evidencia y una guía de práctica clínica que pueda recomendar su administración en contextos y condiciones específicas.

En esta revisión, siete estudios adicionaron componentes diversos extraídos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como restructuración cognitiva, solución de problemas, entre otros; como componentes centrales de la intervención. Mientras que, otros cinco estudios adicionaron componentes de la TCC como complementos de la intervención central con IPP.

Por lo tanto, casi la mitad de los estudios analizados adicionaron componentes diferentes a IPP y podría cuestionarse si los efectos observados pueden ser resultado de esos componentes. En este sentido, la validez de asumir el cambio, únicamente por la acción de las IPP podría ponerse en duda, sobre todo por la evidencia extensa sobre la efectividad de los componentes adicionados.

En general, los adultos mayores más investigados fueron los grupos ubicados en escenarios cautivos (k = 11) que, por sus características, hacen necesaria la adecuación de las intervenciones al escenario; lo que puede generar intervenciones más bien lúdicas o informativas, puesto que son descritos como talleres para fomentar el bienestar.

La mayoría de los programas se administraron en formato grupal presencial (k = 21); un estudio (Preschl et al., 2012) combinó sesiones grupales presenciales con apoyo de material en línea que se revisaba durante la segunda mitad de las sesiones y con personal de apoyo para el uso de computadoras. Únicamente un estudio se realizó en formato individual presencial (Weiss et al., 2020). Otro más (Proyer et al., 2013), realizó la intervención en línea individual y, finalmente, uno más (Killen & Macaskill, 2014) proporcionó a los participantes la opción de

realización completamente en línea o a distancia entregándoles el material de la intervención en papel a domicilio en un formato autoadministrado.

Con respecto a los dos estudios que emplearon el uso de tecnología mediadora de la administración, ambos fueron realizados en países europeos. Ambas investigaciones analizaron la efectividad de intervenciones sencillas y evaluaron la efectividad de estrategias distintas. Killen y Macaskill (2014) dieron a sus participantes la opción de participar en la investigación a través de una administración en línea, o bien, recibiendo el material impreso y autoadministrarlo. Todas las evaluaciones (pretest, postest y un seguimiento al mes de concluir el programa) se realizaron en el formato elegido por los participantes ya sea através de un sitio *web* o en instrumentos impresos que se regresaban por correo postal prepagado. Los instrumentos se describieron como breves; constando de 63 reactivos, para evitar el cansancio de los participantes. La intervención se centró en la gratitud y se solicitó que completaran un diario con *"tres cosas buenas"* que hubiesen ocurrido durante el día, durante 14 días de manera consecutiva. La intervención incrementó el bienestar eudemónico y disminuyó el estrés percibido durante el postest y el seguimiento y produjo una diferencia benéfica en el balance afectivo en el postest, pero no se mantuvo en el seguimiento. Se evaluó si entre ambas formas de administración hubo diferencias y, éstas, no fueron significativas; probando que ambas obtienen efectos similares.

La investigación de Proyer et al. (2014), fue realizada totalmente en línea y autoadministrada. Se proveyó de asesoría telefónica acerca del llenado de instrumentos y clarificación acerca de las tareas del programa. Se emplearon instrumentos descritos como breves que incluyeron 23 reactivos. El diseño de investigación consistió en la formación de cuatro grupos, tres recibieron una intervención diferente entre sí y un grupo control sin intervención. Las intervenciones se focalizaron en gratitud solicitando una *"visita de gratitud"*; humor pidiendo *"contar tres cosas graciosas"*; y fortalezas distintivas considerando *"usar una fortaleza distintiva en una forma diferente"*. Los grupos que recibieron IPP mostraron incrementos significativos en bienestar hedónico y, se observó decrementos en

síntomas depresivos únicamente en los grupos que recibieron las intervenciones centradas en humor y fortalezas distintivas.

Las intervenciones en línea aún requieren de investigación mayor que involucren otro tipo de IPP sencillas más variadas y programas que contengan combinaciones de múltiples IPP, puesto que en éstos últimos no se ha evaluado su efecto. También sería deseable que la evaluación de los efectos incluyera variables adicionales al bienestar subjetivo y la sintomatología depresiva, tales como el bienestar psicológico, calidad de vida, ansiedad, entre otras.

Las intervenciones en línea descritas anteriormente solamente han involucrado un formato de autoadministración de las intervenciones. De acuerdo con Schneider et al. (2020), algunas intervenciones a distancia mediadas por tecnología que han contado el apoyo de videoconferencias o conferencias telefónicas han obtenido efectos benéficos favoreciendo la adherencia al introducir la interacción entre el participante y el interventor, lo que genera discusión, reflexión y un factor motivacional y de compromiso necesarios para este tipo de intervenciones y el cambio clínico en general.

Se observó una tendencia a una duración breve de los programas de intervención. Los programas duraron en promedio 7.36 semanas y estuvieron constituidos por una media de 7.73 sesiones (en su mayoría una por semana), de 1.13 horas de extensión cada sesión. Aunque la mayoría optó por el formato de administración grupal y esto tiende a incrementar el tiempo de duración de cada sesión debido al fomento de la reflexión y discusión como factores influyentes en el cambio conductual. Los escenarios en los que se llevó a cabo la intervención pudieron influir en la duración total del programa, de la extensión de la sesión o su frecuencia; por lo que sería importante evaluar si este factor modera el efecto final de las intervenciones.

Dieciocho estudios utilizaron uno o más grupos controles, de los cuales 12 grupos fueron formados por medio de la aleatorización. Cinco grupos fueron descritos como grupos sin tratamiento alguno, cuatro en lista de espera, cuatro en

alguna condición activa, tres como grupos naturales y dos grupos sin tratamiento alguno.

Con respecto a las tasas de abandono de la investigación, únicamente 14 estudios reportaron este tipo de información. Las tasas de abandono fueron 19.58% en grupos experimentales; 9.77% en grupos control; y 13.38% en grupos con intervenciones alternativas a la intervención. En programas presenciales el abandono fue de 17.42% mientras que en programas en línea fue de 25.51%.

En cuanto a seguimientos posteriores al postest, cinco estudios reportaron un primer seguimiento que ocurrió en promedio a los cuatro meses de concluir la intervención y un estudio condujo seguimientos posteriores a un seguimiento previo a los tres y seis meses después de la finalización del programa. El resto no realizó seguimientos.

Para mejorar la evidencia y calidad de los estudios es necesario que se reporten sistemáticamente las tasas de abandono y se puedan diferenciar las características de los participantes que abandonaron de quienes concluyeron totalmente su participación, Así mismo, la inclusión de seguimientos que puedan evaluar el mantenimiento de los cambios promovidos y su evolución.

Con respecto a las mediciones involucradas en evaluar el efecto, 20 estudios evaluaron bienestar subjetivo, 12 bienestar psicológico, cinco calidad de vida, 20 depresión y cinco ansiedad. Así mismo, se evaluaron fortalezas específicas en algunos estudios que incluyeron gratitud (k = 5), resiliencia (k = 5), optimismo (k = 4), esperanza (k = 2) y empatía (k = 2). Se incluyeron otras mediciones particularmente de interés en los adultos mayores como estrés percibido (k = 5), salud general (k = 3), calidad del sueño (k = 2) y soledad (k = 3).

En el Anexo 5 se provee el listado completo de instrumentos utilizados en las investigaciones analizadas.

En los programas que combinaron una variedad de IPP se reportaron con mayor frecuencia incrementos en bienestar subjetivo en 11 estudios y bienestar psicológico en seis; lo cual no es debido a que el efecto únicamente ocurra en un solo tipo de bienestar sino con el hecho de que el bienestar subjetivo es la variable

más medida en estos estudios y solamente algunos miden la otra variable, es decir, el bienestar psicológico. Únicamente un programa reportó incremento en la calidad de vida y otros estudios reportaron incrementos significativos en resiliencia, gratitud, optimismo y esperanza. Así mismo, se reportó con mayor frecuencia el decremento en sintomatología depresiva en 11 estudios; seguido de ansiedad en cinco y estrés percibido en tres programas.

En las intervenciones que únicamente usaron un tipo de IPP se reportó un incremento significativo en bienestar subjetivo en estudios que utilizaron prácticas de gratitud, revisión de la vida, optimismo, saboreo y reminiscencia y uso de Fortalezas de Carácter. También se reportó incremento en bienestar psicológico en intervenciones con prácticas de gratitud, revisión de la vida, saboreo y reminiscencia y formulación de objetivos altamente valorados. Por otro lado, se reportaron decrementos en sintomatología depresiva en todos los estudios que emplearon este tipo de administración de un solo tipo de IPP, mientras que solo se reportaron decrementos en ansiedad y estrés percibido en intervenciones relacionadas con prácticas de gratitud.

Todo lo anterior revela el potencial de los programas que incluyen IPP para fomentar el bienestar y otros efectos benéficos alentadores en la población de adultos mayores.

2.3 Conclusión de la evidencia y propuesta de intervención

La revisión detallada anteriormente incluye principalmente intervenciones presenciales realizadas con participantes que tenían en promedio una edad de 70 años y sin problemas clínicos de consideración. Así mismo, la evidencia sintetizada sugiere que las IPP tienen el potencial de mejorar el bienestar, calidad de vida, depresión, ansiedad y Fortalezas de Carácter de personas en quienes son implementadas. Dentro de los programas analizados que utilizaron una combinación de varias IPP, doce reportaron incrementos significativos en el bienestar subjetivo (Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante & Dell'Aglio, 2019; Durgante et al., 2020; Friedman et al., 2017; Greenawalt et al., 2019; Ishihara et al.,

2018; Ho et al., 2014; Jiménez et al., 2016; Ortega-Martínez & Fernández, 2017; Ramírez et al., 2013; Taghvaienia & Alamdari, 2020; Turner et al., 2017); seis incrementos significativos en bienestar psicológico (Bartholomaeus et al., 2019; Cantarella et al., 2017; Friedman et al., 2017; Friedman et al., 2019; Ortega-Martínez & Fernández, 2017; Taghvaienia & Alamdari, 2020); doce decrementos significativos en síntomas depresivos (Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante & Dell'Aglio, 2019; Durgante et al., 2020; Friedman et al., 2017; Friedman et al., 2019; Greenawalt et al., 2019; Ho et al., 2014; Ishihara et al., 2018; Ortega-Martínez & Fernández, 2017; Taghvaienia & Alamdari, 2020; Turner et al., 2017; Ramírez et al., 2013); y cuatro decrementos en ansiedad (Durgante & Dell'Aglio, 2019; Durgante et al., 2020; Friedman et al., 2019; Ramírez et al., 2013).

En los programas que implementaron una sola IPP, seis reportaron incrementos significativos en el bienestar subjetivo (Meléndez-Moral et al., 2013; Meléndez-Moral et al., 2015; Preschl et al., 2012; Proyer et al., 2014; Salces-Cubero et al., 2019; Weiss et al., 2020); cuatro en bienestar psicológico (Killen & Macaskill, 2015; Meléndez-Moral et al., 2013; Meléndez-Moral et al., 2015; Weiss et al., 2020); siete decrementos en depresión (Meléndez-Moral et al., 2013; Meléndez-Moral et al., 2015; Preschl et al., 2012; Proyer et al., 2014; Salces-Cubero et al., 2019; Ortega-Martínez & Fernández, 2017; Weiss et al., 2020); y uno reportó decrementos en ansiedad (Ortega-Martínez & Fernández, 2017).

Por lo tanto, los resultados sobre la evidencia de las IPP en adultos mayores son prometedores en cuanto a la modificación de las diferentes variables de interés en un sentido benéfico. Sin embargo, es importante subrayar que no todas las investigaciones valoran el impacto de las intervenciones en el bienestar psicológico y, como se ha señalado anteriormente, esta es la variable más importante que puede considerarse tanto un factor protector como un indicador de la salud mental de los participantes (Ryff, 2014).

En los adultos mayores, el bienestar subjetivo tiende a mantenerse estable o incrementar con la edad (Gana et al., 2013) e incluso el afecto negativo llega a declinar (Gaymu & Springer, 2010), mientras que el bienestar psicológico parece

disminuir a partir de la adultez media y esto puede representar un factor de riesgo para la salud mental y física durante la vejez (Ryff, 2014).

Las diferencias entre ambos tipos de bienestar puede estar motivado por cambios en los estilos de afrontamiento propiciados por la edad y las condiciones psicosociales a las que los adultos mayores se ven sometidos en la sociedad contemporánea (Gaymu & Springer, 2010). En este sentido, se observa la necesidad de generar programas diseñados para esta población que deben tomar en cuenta estas diferencias entre ambos tipos de bienestar; diseñando programas que impacten directamente sobre los componentes del bienestar psicológico como la autoaceptación, relaciones interpersonales, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, involucramiento en actividades óptimas, propósito y significado de la vida y logros o metas. Las investigaciones futuras deben involucrar la medición del bienestar psicológico y sus distintos componentes como indicador del efecto de la implementación de las IPP.

En este mismo sentido, se observa el empleo casi exclusivo de mediciones de autorreporte y algunos autores han señalado la importancia de utilizar mediciones distintas como medidas del resultado de las intervenciones debido a la posibilidad de que los participantes contesten sesgadamente y con deseabilidad social (Carr et al., 2020; Koydemir et al., 2018; Sitbon et al., 2019). En particular, se han recomendado las mediciones conductuales y registros observacionales que, más que sustituir los instrumentos de autorreporte, sirvan como complemento para los hallazgos de la investigación. La documentación más detallada de los procedimientos clínicos y el empleo de listas de chequeo y grabaciones permitirán identificar si el tratamiento propuesto se emplea íntegramente y asegurar que los posibles cambios observados en los distintos métodos de evaluación son causados por los componentes de la intervención.

Además de estos hallazgos prometedores en la mejora del bienestar psicológico y el bienestar subjetivo, en los adultos mayores, el empleo de las IPP se ha acompañado de otros beneficios importantes en la autoestima (Meléndez-Moral et al., 2015; Preschl et al., 2012), la calidad del sueño (Friedman et al., 2017),

disminución de la presión arterial sistólica (Jiménez et al., 2016), mejora en la memoria de trabajo (Cantarella et al., 2017), incremento de la gratitud (Ho et al., 2014), disminución de la ansiedad (Ramírez et al., 2014), reducción del estrés (Killen & Macaskill, 2015), altos niveles de atención plena global (Turner et al., 2017) y mejoras en los sentimientos autoreportados de depresión y sintomatología depresiva (Ho et al., 2014; Meléndez-Moral et al., 2015; Preschl et al., 2012; Proyer et al., 2014; Ramírez et al., 2014).

Los resultados de estas investigaciones son consistentes con los de los metaanálisis previos que han evaluado la efectividad de las IPP. Sin embargo, es importante señalar que el tamaño del efecto reportado va de un rango pequeño a mediano, lo que podría constituir un cambio poco significativo a corto y largo plazo en las circunstancias de un individuo. A este respecto sería importante contrastar el tamaño del efecto con otras medidas de cambio clínico que individualicen y contextualicen los cambios obtenidos y se pueda tomar una decisión clínica con fundamentos adicionales a los criterios estadísticos que uniforman a los sujetos en un grupo de intervención (Hausmann et al., 2018; McNutty & Fincham, 2012; Woodworth et al., 2016).

También es importante señalar que la mayoría de los estudios analizados utilizaron metodologías grupales y, aunque se evidencie que estadísticamente se puede apoyar una intervención sobre una condición control o un tratamiento alternativo, al interior de los grupos puede haber una varianza substancial y no todos los participantes podrían haberse beneficiado de las intervenciones de la misma forma (Ottenbacher, 1992). En el caso de los adultos mayores, la variabilidad puede verse acentuada debido a que el proceso de envejecimiento y sus efectos impactan de manera dispar a los individuos, puesto que no todos envejecen al mismo ritmo, ni todos los sistemas biológicos comienzan a exhibir un declive en su función al mismo tiempo; implicando un envejecimiento diferencial que repercute de una forma distinta en el bienestar y la calidad de vida de cada sujeto (González & Ham-Chande, 2007).

Por tal motivo, los patrones de mejora que se observan en la evaluación global del bienestar en grupos podrían no observarse a nivel de los individuos y en el caso de los adultos mayores se sugiere utilizar metodologías alternativas que se enfoquen en la evaluación de los efectos individuales sobre el bienestar y complementen la evidencia disponible para formular prácticas basadas en evidencia sobre el uso de las IPP en esta población (Hausmann et al., 2018).

Adicionalmente, se pueden emplear metodologías de investigación enfocadas en el cambio individual, las cuales podrían evidenciar la significancia clínica del tamaño del efecto de las IPP. Como se señaló anteriormente, los diferentes metaanálisis que evalúan el tamaño del efecto de las IPP han arrojado variaciones amplias en cuanto a su dimensión. Incluso existen estudios en los que las intervenciones no provocaron efectos sustanciales en la mejora del bienestar (Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012). La inconsistencia en estos resultados sugiere que debe invertirse en investigaciones futuras que evalúen con mayor precisión los efectos de la implementación y el desarrollo de una mejora continua en programas de tratamiento (Ottenbacher, 1992).

Lo anterior enfatiza la necesidad de considerar las necesidades de la población a la que van dirigidas las intervenciones y examinar la sensibilidad de las mismas al tomar en cuenta el contexto de quienes reciben la intervención. Por lo que algunos investigadores (Eid & Diener, 1999; Layous & Lyubomirsky, 2014; Nelson & Lyubomirsky, 2014) plantean la necesidad de investigar cómo funcionan las intervenciones, en qué contexto funcionan y focalizarse en los cambios individuales que producen en poblaciones con necesidades específicas; así como diseñar las intervenciones a la medida de los participantes y sus necesidades (Shapira & Mongrain, 2010).

Mediante la revisión de la literatura se identificaron investigaciones que involucran una gran diversidad de IPP. Se puede observar una mayor atención de la investigación a tipos de intervenciones sobre otros y una calidad desigual de las investigaciones. Mientras que ciertas intervenciones como las Fortalezas de Carácter, las que fomentan la gratitud, el optimismo o el perdón, las prácticas de

amabilidad o la revisión de la vida se implementan con mayor frecuencia y se ha examinado su efecto; otras como el humor, la escritura sobre experiencias positivas, significativas o exitosas, encontrar sentido a experiencias, formulación de objetivos altamente valorados, el saboreo, el fortalecimiento de relaciones, apreciación positiva de la belleza o la naturaleza, la respuesta activa constructiva, práctica de humildad, identificación y fomento de experiencias óptimas, entre otras muchas que capitalizan los elementos del modelo PERMA del bienestar, no han recibido el mismo interés tanto en la investigación de sus efectos en intervenciones sencillas, como en el uso sistemático en programas multi-elemento (Koydemir et al., 2018).

El número de estudios llevados a cabo en países industrializados y desarrollados es mayor que en otros contextos. La adaptación cultural debe ser evaluada a partir del juicio que los participantes realizan sobre la aceptabilidad y pertinencia de las intervenciones. Layous et al. (2013) han examinado las peculiaridades que tiene la traducción e implementación de IPP comparando los contextos socioculturales de los Estados Unidos y Corea del Sur; señalaron el papel importante que tiene la cultura en el diseño de actividades orientadas hacia el bienestar y los diferentes correlatos que podría tener en diferentes culturas y las creencias limitantes que podrían restringir la implementación y comprensión de las intervenciones.

Los estudios que emplearon una atención por vía remota son reducidos en comparación con los realizados en formatos presenciales grupales. Los resultados de los dos estudios realizados en aplicación remota (Killen & Macaskill, 2014; Proyer et al., 2013), tanto en línea como autoadministrados, sugieren que la implementación a distancia en adultos mayores es posible y podría ser más frecuente. Sus resultados también sugieren que sus efectos podrían mejorar con una aplicación mediada por tecnología, con el apoyo y atención cercana de un terapeuta o mediador.

Por tales motivos, se puede considerar que la evidencia es limitada y es relevante centrarse en el desarrollo de aplicaciones mediadas por tecnología y de aplicación remota. Estas investigaciones evaluarían su eficacia y podrían incluir

tecnologías viables dadas las condiciones sociodemográficas de la mayoría de los usuarios de servicios públicos de salud de países de Latinoamérica (Silva-Ruz et al., 2022).

La implementación de intervenciones psicológicas mediadas por tecnología se ha incrementado con el paso del tiempo (Soto-Pérez et al., 2010) y se ha evidenciado ventajas entre las que destacan una eficacia similar a la observada en implementaciones presenciales y el ahorro económico (Plata et al., 2014). Con el desarrollo y evolución de la pandemia por COVID-19, la intervención a distancia se incrementó en grupos vulnerables incluyendo adultos mayores (Békés et al., 2021). Se ha descrito que este tipo de intervención en adultos mayores es factible y deseable puesto que provee acceso a servicios de salud cuando la movilidad es limitada o existen enfermedades crónico-degenerativas; y adicionalmente tiene la ventaja de adaptar las intervenciones a cada individuo (Callari et al., 2012). Aunque el reto de este tipo de implementaciones es que los adultos mayores se adhieran tanto al tratamiento como al uso de la tecnología, la administración mediada por tecnología puede resolver problemas de acceso a servicios de salud (Schneider et al., 2020).

En la revisión de la literatura, Los estudios que implementaron las IPP tuvieron una serie de limitaciones clínicas y metodológicas importantes que es necesario tomar en cuenta para implementar una mejora en la investigación sobre la efectividad y utilidad de este tipo de intervenciones.

Del total de 25 investigaciones, solamente seis (Cantarela et al., 2017; Ishihara et al., 2018; Killen & Macaskill, 2015; Proyer et al., 2014; Taghvaienia & Alamdari, 2019; Weiss et al., 2020) reportaron la realización de evaluaciones intermedias para determinar si los participantes realizaban las actividades del programa de forma adecuada y evaluaciones para estipular la administración integral del tratamiento.

A excepción del programa realizado por Weiss et al. (2020), el resto de las investigaciones reportaron aplicar programas estandarizados para todos los participantes sin mostrar flexibilidad ante necesidades particulares, lo cual puede

impactar negativamente en la adherencia y eficacia, sobretodo en intervenciones mediadas por tecnología y a distancia (Silva-Ruz et al., 2022).

Solamente 7 estudios no contaron con algún grupo control o de comparación con el que recibió el tratamiento o alguna medida en la que los participantes sean sus propios controles (Friedman et al., 2017, 2019; Ho et al., 2014; Killen & Macaskill, 2015; Ortega 2015; Ortega-Martínez & Fernández, 2017; Sánchez, 2013; Turner et al., 2017).

Diecisiete estudios del total de 25 analizados no realizaron algún tipo de seguimiento (Bartholomaeus et al., 2019; Cantarella et al., 2017; Cuadra-Peralta et al., 2012; Durgante et al., 2019; Friedman et al., 2017; Greenawalt et al., 2019; Ho et al., 2014; Jiménez et al., 2016; Meléndez-Moral et al., 2013; Meléndez Moral et al., 2015; Ortega et al., 2015; Ortega Martínez & Fernández, 2017; Ramírez et al., 2013; Sánchez, 2013; Taghvaienia & Alamdari, 2019; Turner at al., 2017) y, como Ruch et al. (2020) señalan, en la investigación del bienestar los efectos pueden no observarse de manera inmediata en el postest y puede requerirse una vigilancia de mayor tiempo posterior. La implementación de este tipo de seguimientos posteriores a la aplicación de un programa de intervención permitirá evaluar con mayor acuciosidad el beneficio real de los mismos.

En general, todas las investigaciones se centraron en señalar el efecto global obtenido posterior a la intervención, pero debido a la heterogeneidad en los componentes del programa, no se puede observar de manera específica cómo estos componentes abonan al resultado final y, como se ha señalado anteriormente, es necesario considerarlo en la creación de intervenciones basadas en evidencia para contar con programas con soporte teórico y metodológico sólido (Ottenbacher, 1992).

Así mismo, en general no se evaluó cómo los participantes reaccionaron a la intervención y si juzgaron como relevante su participación para conseguir los objetivos o beneficios planteados y en poblaciones vulnerables esto resulta relevante para asegurar un mejor ajuste a las actividades de intervención y adherencia a las mismas (Gitlin & Czaja, 2016).

La investigación presente pretende atender las brechas que se han identificado de la revisión crítica de la literatura y contribuir en disminuir el espacio entre ésta y la investigación futura.

2.4 Planteamiento del problema

El proceso de envejecimiento influye de manera negativa en la sensación de bienestar de los individuos y este último representa un factor protector que permite amortiguar los efectos deletéreos de deterioros del funcionamiento físico, habilidades cognitivas, enfermedades crónico-degenerativas, otros problemas mentales que pueden ser frecuentes durante la tercera edad.

Por tal motivo, el fomento, mantenimiento e incremento del bienestar en los adultos mayores es crucial para un envejecimiento que no interfiera con la contribución social de los adultos mayores en presencia de una discapacidad menor, impacto disminuido de la enfermedad y extensión de la esperanza y calidad de vida.

Las IPP son medidas prometedoras para fomentar el bienestar y constituyen herramientas en las que la participación activa de los adultos mayores permite afrontar de manera constructiva la adversidad y focalizar la atención en aspectos positivos y la realización voluntaria de ejercicios que movilizan a los adultos mayores para experimentar emociones positivas, ejercitar sus fortalezas o habilidades personales, realizar actividades que generan satisfacción, fortalecen relaciones interpersonales o generan sentido y significado de realización.

Con base en la evidencia relacionada anteriormente sobre los efectos clínicos de las IPP en las investigaciones analizadas y las limitaciones clínicas y metodológicas identificadas que podrían disminuir su efecto en adultos mayores, se propone el diseño de un programa de intervención que replique los efectos documentados, mejore su implementación, se realice a distancia mediada por tecnología y se documente su efecto sobre el bienestar, fortalezas de carácter,

sintomatología depresiva y ansiedad (variables que se han estudiado hasta el momento debido a su relevancia clínica en este grupo poblacional).

Adicionalmente, dado que se requieren intervenciones que atiendan a las necesidades individuales de cada participante, es necesario incorporar métodos de evaluación que incorporen más que la conducta verbal del participante y adicionen métodos adecuados que ayuden a identificar y documentar confiablemente los cambios clínicos que se producen a partir de la implementación de dicho programa.

La conformación del programa de intervención, desde el enfoque de prácticas basadas en evidencia, debería integrarse a partir de aquellos procedimientos que cuenten con mayor evidencia de eficacia en adultos mayores y basarse en la propuesta teórica central de Schueller y Parks (2014) de que el bienestar puede promocionarse a partir del desarrollo de cada uno de los elementos del modelo PERMA del bienestar (Seligman, 2011) y las Fortalezas de Carácter (Peterson & Seligman, 2004). Así mismo, su diseño debe retomar una estructura modular comúnmente usada en la TCC, siguiendo recomendaciones para intervenciones realizadas en adultos mayores que insisten en que, para favorecer la adherencia y eficacia, se emplee alta estructuración, progresión adecuada del contenido, flexibilidad y adaptación para este grupo (Flórez & González, 2000). Todo lo anterior permite que el programa se adapte a las necesidades de cada participante. Una mejora en el estado de bienestar de los adultos mayores fomentaría la aparición de comportamientos de autocuidado y disminuiría el riesgo de aparición de sintomatología depresiva y exacerbación de cuadros de ansiedad.

Para abordar esta propuesta de investigación se puede implementar un diseño experimental de caso único (*single case*) o diseño N = 1. Esta alternativa metodológica tiene la ventaja de permitir el examen del cambio individual en el bienestar, de tal manera que los cambios clínicos sean reconocidos y enfatizados (Barbot & Perchec, 2015). Más aún, la administración de las intervenciones emula algunos aspectos típicos de las intervenciones con fines clínicos que se desean generalizar a escenarios distintos del control experimental, como la personalización de la administración de las intervenciones y la interacción continua con el

investigador de manera similar a la que se tendría con el clínico. Son la opción preferida cuando se estudian intervenciones que necesitan una aplicación repetida y se desea examinar el efecto puntual de intervenciones que se encuentran en desarrollo, como es el caso de las IPP. Así mismo, son considerados como diseños de investigación del mayor nivel de evidencia para toma de decisiones clínicas por el Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (Mirza et al., 2017).

Una concepción errónea común acerca de esos diseños es que solamente un individuo es utilizado en cada estudio cuando comúnmente se involucran múltiples sujetos para enfatizar la fuerza y replicabilidad de la intervención o se realizan múltiples mediciones en un mismo individuo que permiten realizar inferencias válidas y confiables sobre la efectividad de las intervenciones (Tervo et al., 2003). El individuo es su propio control y la variable dependiente se mide antes, durante y después de la intervención; pudiendo involucrarse distintos niveles de la variable independiente. Son útiles para evaluar a detalle la respuesta de los participantes a un tratamiento bajo condiciones específicas o el cambio específico en una variable dependiente al introducir un componente específico (Kazdin, 2021).

De acuerdo con Tate et al. (2016), hay algunos lineamientos que aseguran el rigor metodológico que se necesita para generar inferencias útiles en cuanto a la generación de prácticas basadas en evidencia. Dichos autores enfatizan la necesidad de implementar medios para salvaguardar la integridad del tratamiento como la observación por medio de terceros, establecimiento de criterios de cambio de los módulos o procedimientos clínicos que aseguren que el participante ha aprendido o dominado las herramientas implementadas, realizar réplicas del procedimiento de intervención, evaluación del tamaño del efecto y del nivel de cambio clínico. Estos lineamientos se adicionan a los mencionados previamente que aseguran que la comparación intrasujetos posea validez interna y externa (Kazdin, 2021).

Otras ventajas y utilidades en el ámbito clínico de estos diseños son su flexibilidad y adaptabilidad a distintos escenarios, que se adecuan para poblaciones con características poco frecuentes o grupos vulnerables y que finalmente, si se

está examinado el efecto de las intervenciones, permite el análisis minucioso de los efectos que producen tanto en los participantes que responden en el sentido esperado de la intervención como aquellos que no responden; revelando así, la utilidad real, efectividad y eficacia de las intervenciones.

Los análisis de datos aplicados a estos diseños pueden ser detallados y permiten comparar condiciones, la inmediatez del efecto y la consistencia de patrones similares entre distintos individuos sin perder de vista la particularidad de cada individuo. Los análisis aplicados permiten combinar la información de cada una de las comparaciones entre fases de intervención para determinar confiable y válidamente si hay diferencias en el efecto de la intervención en diferentes momentos (Harrison et al., 2017).

Es conveniente incorporar a las intervenciones clínicas conformadas por IPP la estructura modular que se describió anteriormente, puesto que ésta incluye la posibilidad de integrar el criterio de dominio que distingue a los diseños experimentales de caso único (Kazdin, 2021) y puede proporcionarse la intervención de acuerdo con las necesidades individuales de cada participante, y se asegura así que el participante domina el contenido proporcionado logrando la habilidad entrenada en cada módulo. Estos puntos pueden incrementar la calidad clínica y metodológica de cualquier atención psicológica.

Adicionalmente, en la actualidad se reconoce el valor y la importancia de la investigación de la efectividad de intervenciones psicosociales para mejorar la salud y el bienestar de la población debido al reconocimiento de la influencia de factores conductuales y de estilo de vida en múltiples morbilidades que imponen altos costos individuales y sociales, el mantenimiento de la salud y el bienestar en procesos relacionados con el avance de la edad, la brecha entre la investigación y la implementación de programas basados en evidencia y el cambio de paradigma en el cuidado de la salud en el que se considera que los individuos deben ser participantes activos en el cuidado de su propia salud (Gitlin & Czaja, 2016). Orsmond y Cohn (2015) añaden la presión social y gremial para la adopción de

prácticas basadas en evidencia en los servicios de salud y las agencias de atención comunitaria.

Por tal motivo, la investigación sobre intervenciones conductuales es necesaria para descubrir qué tratamientos ofrecen los mejores resultados, para ciertas condiciones, poblaciones y en determinadas circunstancias; así como el traslado de los hallazgos del conocimiento científico en las prácticas clínicas de uso común (Woolf, 2008). Las prácticas derivadas de esta aproximación se conocen como prácticas basadas en evidencia y se caracterizan por ser evaluadas en investigación de alta calidad, sin sesgos, con sólida validez interna y cuyos resultados puedan ser generalizables con un alto nivel de confianza del vínculo entre las intervenciones y sus resultados (Gitlin & Czaja, 2016).

Como esta propuesta busca evaluar la implementación de intervenciones en un escenario nuevo mediado por tecnología, en una población en particular en la que no se ha implementado previamente, es recomendable que se obtenga una evaluación de los participantes acerca de los contenidos del programa, su experiencia con el terapeuta, la calidad de los medios de comunicación, los materiales de intervención, la dificultad para realizar los ejercicios y tareas, la utilidad que ellos perciben de las actividades realizadas, entre otros. Como en la evaluación de la efectividad, deben realizarse estas evaluaciones por distintos medios, logrando mayor confiabilidad de cuestionamientos que pueden despertar respuestas de deseabilidad social. En conjunto, todas las evaluaciones realizadas a este respecto contribuirán en la calificación de la validez social de la intervención.

En conclusión, la recomendación es la realización de la evaluación de un programa de intervención por medio de un estudio experimental de caso único que contribuya en la generación de evidencia de efectividad a través de una metodología que brinda control experimental y clínico en la implementación del procedimiento (Kazdin, 2021).

De esta manera, se pueden replicar aquellas IPP que han reportado tener efectividad a partir de una estructura modular que incorpore, en primer lugar, intervenciones relacionadas con las fortalezas de carácter y posteriormente

intervenciones que fomenten los elementos del modelo PERMA. Además, se pueden integrar intervenciones que no hay sido probadas en esta población pero que tienen congruencia teórico-metodológica con la propuesta; puesto que el diseño experimental de caso único permite explorar el efecto puntual que estas provocan. De tal forma que en conjunto se evaluará el efecto de la intervención, su validez social e integridad del tratamiento. Con este tipo de investigación se obtendrá una intervención psicológica mediada por tecnología individualizada para fomentar el bienestar sin que se demerite su calidad metodológica y clínica.

Por tal motivo, el propósito de este estudio es evaluar la eficacia de un programa de Intervenciones basadas en Psicología Positiva (IPP) mediado por tecnología para el fomento del bienestar y fortalezas de carácter y reducción de sintomatología depresiva y ansiedad de adultos mayores.

Esta investigación se dividirá en dos estudios, el primero abarcará la elaboración y evaluación de los manuales de tratamiento y el segundo con la evaluación de la eficacia del mismo.

3. ESTUDIO 1 – ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MANUALES DE INTERVENCIÓN

3.1 Objetivo general

Evaluar la validez de contenido, replicabilidad y aplicabilidad clínica de los manuales de tratamiento de un programa modular de IPP para adultos mayores.

3.2 Objetivos específicos

1. Diseñar el manual de tratamiento para el terapeuta o implementador y el manual de tratamiento para los participantes mediante la integración de las IPP más efectivas empleadas en población adulta mayor reportadas en la literatura.
2. Evaluar la validez de contenido, replicabilidad y aplicabilidad clínica de los manuales por un grupo de expertos con experiencia clínica con adultos mayores, implementación de intervenciones psicológicas y en el campo de la Psicología Positiva.

3.3 Método

3.3.1 Diseño

Es un estudio instrumental para evaluar el desarrollo y propiedades de materiales de investigación (Montero & León, 2002).

3.3.2 Participantes

Se contó con diez jueces, cuatro expertos con experiencia clínica con adultos mayores, dos en diseño e implementación de intervenciones psicológicas y cuatro en Psicología Positiva. Todos fueron psicólogos y contaban con el grado académico de doctorado. Aunque se invitaron a más expertos, quienes no concluyeron los

formatos o expresaron su deseo por declinar su participación no fueron considerados en el análisis final.

3.3.3 Instrumentos y materiales

Se empleó un cuestionario de jueceo en formato electrónico para evaluar la validez de contenido, replicabilidad y aplicabilidad clínica de los manuales de intervención. El cuestionario se conformó de 16 reactivos para expresar acuerdo, con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Los reactivos se formularon a partir de la revisión de literatura sobre las propiedades y especificaciones que los manuales deben cumplir para la realización de estudios de factibilidad (Aldana & Gómez, 2007).

Los reactivos plantearon a los jueces frases asociadas con los criterios necesarios para cumplir con el objetivo para el cual fueron desarrollados tanto el manual del terapeuta como el del participante.

3.3.4 Procedimiento

3.3.4.1 Elaboración de los manuales de intervención

Este programa fue fundamentado en el programa de Psicoterapia Positiva de Rashid y Seligman (2018) y en la revisión del estado del arte que se presentó anteriormente sobre la implementación de las IPP en adultos mayores; y fue publicada con anticipación a la elaboración de la intervención (Torres & González-Celis, 2023). A partir de la revisión, se identificaron las principales IPP empleadas en la población objetivo y la efectividad reportada; seleccionándose aquellas que fueran más frecuentes y con mayor efecto. Mientras que, del programa propuesto de Rashid y Seligman (2018) se seleccionó la estructura de las sesiones y las tareas enlace entre sesiones del programa.

Así mismo, se consultaron los textos de Parks y Schueler (2014) y Tarragona (2014) que compilan diferentes IPP que se han propuesto y empleado en otras

poblaciones y servirían para complementar los módulos de la intervención; debido a que algunas intervenciones con evidencia probada en otras poblaciones no se han implementado en adultos mayores.

Durante el desarrollo de la intervención, se siguieron las recomendaciones de Carrol y Rounsaville (2008) y Galinsky et al. (2015) para el diseño y elaboración de ambos manuales. Debido a que la intervención propuesta es una nueva configuración de intervenciones orientada a la realización de un estudio de factibilidad y efectividad preliminar, la descripción de las intervenciones y procedimientos clínicos fue minuciosamente detallada y justificada, además de proveer una descripción amplia de cómo realizar cada actividad del programa, notas para el profesional que la implementaría y cómo solucionar dificultades que pudieran presentarse al aplicar el programa.

3.3.4.2 Evaluación de los manuales

Se diseñaron los formatos de jueceo y se retomaron propuestas reportadas en estudios anteriores para la formulación de reactivos (Aldana & Gómez, 2007; Cruz et al., 2016; Galinsky et al., 2015; Gutiérrez, 2022). Se integraron los formatos de jueceo en un formulario electrónico en la plataforma *Google Forms*. El reclutamiento se llevó a cabo mediante una invitación por correo electrónico, en el cual se indicaron todas las instrucciones, se adjuntaron los manuales y los enlaces para acceder a los formularios. Durante el proceso, el investigador principal se mantuvo en contacto con los expertos para aclarar cualquier aspecto relacionado con los manuales, su contenido o la evaluación. Los formatos de jueceo pueden consultarse en el Anexo 6 de este documento.

3.3.4.3 Análisis de datos

Los datos se integraron en una base de datos en hojas de cálculo para su organización e integración; incluyendo las sugerencias de los jueces. Los valores de validez de contenido, replicabilidad y aplicabilidad clínica de ambos manuales se

obtuvieron a partir del cálculo del Coeficiente de Validez de Contenido (*CVC*) de Hernández-Nieto (2011); debido a que este indicador contempla el acuerdo o concordancia entre las puntuaciones de los jueces y el grado de error que pudiera presentarse por la posibilidad de que se haya dado una respuesta aleatoria.

Hernández-Nieto (2011) propone ciertos puntos de corte que permiten evaluar si el valor del coeficiente es adecuado para considerar que existe una validez y concordancia entre las opiniones emitidas por los jueces. Se distinguen valores de validez y concordancia inaceptables (< .60), deficientes (≥ .61 y ≤ .70), aceptables (≥ .71 y ≤ .80), buenas (≥ .81 y ≤ .90) y excelentes (≥ .90). Para esta investigación se estableció como límite mínimo el valor de *CVC* ≥ .80 (buena) para considerar que el contenido de los manuales es aceptable y determinar si se conservará el contenido evaluado o bien se desarrollarán ajustes y correcciones necesarias a partir de las sugerencias proveídas por los expertos (Hernández-Nieto, 2011). La tabla 2 resume los criterios del *CVC*.

Tabla 2
Puntos de corte para la interpretación del CVC

Valores CVC	Validez y concordancia
<.60	Inaceptables
≥ .61 y ≤ .70	Deficientes
≥ .71 y ≤ .80	Aceptables
≥ .81 y ≤ .90	Buenas
≥ .90	Excelentes

Nota: elaborada a partir de Hernández-Nieto (2011, p. 100).
CVC = Coeficiente de Validez de Contenido

La fórmula empleada para calcular el *CVC* se obtuvo de Pedrosa et al. (2014). Para solicitar a los jueces que determinaran la probabilidad de replicar la intervención a partir de la implementación del contenido de ambos manuales y la aplicabilidad clínica que tendría el programa con respecto al objetivo de fomentar el bienestar en la población objetivo, se emplearon las fórmulas propuestas por Gutiérrez (2022) para el cálculo del Coeficiente de Replicabilidad (*CR*) y el Coeficiente de Aplicabilidad Clínica (*CAC*). Ambos coeficientes están basados en la

misma fórmula para la obtención del *CVC*. La fórmula base del cálculo es la siguiente:

$$CVC = CVC_i - Pe_i \quad (1)$$

Donde:

CVC = Coeficiente de Validez de Contenido Total

CVC_i = Coeficiente de Validez de Contenido por Criterio

Pe_i = Error asignado a cada criterio

Mientras que CVC_i se obtiene tras el cálculo de la siguiente ecuación:

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{max}} \quad (2)$$

Donde:

Mx = Media del criterio en la puntuación dada por los expertos

Vmax = Puntuación máxima posible del criterio

El coeficiente se eligió por la ventaja de que considera el error por la posibilidad de que algún juez haya otorgado puntuaciones aleatorias. Este aspecto se calcula con la siguiente fórmula:

$$Pe_i = \left(\frac{1}{j}\right)^j \quad (3)$$

Donde:

j = Número de jueces o expertos participantes

3.4 Resultados

3.4.1 Resultados de validez de contenido general

Para evaluar la validez de contenido se integraron reactivos que examinaron si los jueces consideraban que los manuales eran apropiados para aplicarse a los adultos mayores, si la información era clara para la población objetivo, si existía secuencia lógica en los contenidos, si las ilustraciones y tablas eran adecuadas y si

la información se presentaba de manera objetiva y teóricamente correcta. En la tabla 3 se presentan los resultados de *CVC* por aspecto evaluado, así como el total de validez de contenido general de ambos manuales de intervención, obtenido a partir de las puntuaciones otorgadas a cada reactivo por parte de los jueces expertos.

Tabla 3
Valores del Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) general

Reactivos	*CVC*
1. Los manuales de intervención son apropiados para aplicarse con participantes adultos mayores mexicanos	.94[a]
2. La información contenida en los manuales de intervención está presentada de manera clara para la población a la que va dirigido	.94[a]
3. Existe una secuencia lógica en los contenidos abordados por los manuales de intervención	.98[a]
4. Las ilustraciones y tablas contenidas en los manuales de intervención son adecuadas para el público objetivo	.90[b]
5. La información contenida en los manuales de intervención está presentada de manera objetiva y teóricamente correcta	.98[a]
Total *CVC*	.95[a]

Nota: [a] Validez y concordancia excelentes. [b] Validez y concordancia buenas

Como se puede observar, los valores del *CVC* oscilaron entre validez y concordancia buena a excelente (rangos de .90 a .98). La afirmación: *Las ilustraciones y tablas contenidas en los manuales de intervención son adecuadas para el público objetivo* mostró el menor valor, considerado como validez y concordancia buena (*CVC* de .90). El resto de las afirmaciones obtuvieron un coeficiente considerado como perteneciente a una validez y concordancia excelente. Las afirmaciones: *Existe una secuencia lógica en los contenidos abordados por los manuales de intervención* y *La información contenida en los manuales de intervención está presentada de manera objetiva y teóricamente correcta,* obtuvieron las calificaciones más altas de *CVC* de .98. Tomando en cuenta todas las evaluaciones de los reactivos presentados a los jueces expertos, el *CVC* total de ambos manuales de intervención fue de .95, considerado con una validez y concordancia excelente.

3.4.2 Resultados de replicabilidad

Para evaluar la posibilidad de replicar la intervención se integraron reactivos que examinaron si los jueces consideraban que los contenidos se podían aplicar adecuadamente en adultos mayores, si se podría replicar la intervención en participantes distintos, si terapeutas con bases de Psicología Positiva podrían implementar la intervención y si la información era suficiente y clara para su implementación. En la tabla 4 se presentan los resultados de *CR* por reactivo evaluado, así como el total de replicabilidad general de los manuales de intervención obtenidos a partir de las puntuaciones otorgadas a cada reactivo por parte de los jueces expertos.

Tabla 4
Valores del Coeficiente de Replicabilidad (CR) general

Reactivos	*CR*
1. Los contenidos de los manuales de intervención pueden aplicarse adecuadamente a participantes adultos mayores	.98[a]
2. Con los contenidos de los manuales de intervención es posible replicar el programa con diferentes participantes adultos mayores	.96[a]
3. Con la información proporcionada en los manuales de intervención es posible que distintos terapeutas con bases de psicología positiva puedan replicar la intervención	.94[a]
4. Los manuales de intervención cuentan con la información suficiente para replicar la intervención	.96[a]
5. Los manuales de intervención cuentan con la claridad suficiente para replicar la intervención	.94[a]
Total *CR*	.96[a]

Nota: [a] Replicabilidad y concordancia excelentes.

Los cinco aspectos que se solicitó a los jueces considerar obtuvieron calificaciones consideradas como excelentes. La afirmación: *Los contenidos de los manuales de intervención pueden aplicarse adecuadamente a participantes adultos mayores* obtuvo la mayor calificación de *CR*, de .96. Tomando en cuenta todas las evaluaciones de los reactivos presentados a los jueces expertos, el Coeficiente de

Replicabilidad (*CR*) total de ambos manuales fue de .96, considerado como una replicabilidad y concordancia excelente.

3.4.3 Resultados de aplicabilidad clínica

Se evaluó la opinión de los jueces acerca de si el contenido del programa de intervención tenía la capacidad de lograr los objetivos que se plantearon. Se solicitó que evaluaran si eran aplicables a adultos mayores que requirieran fomentar su bienestar, si los contenidos eran flexibles para adaptarse a las necesidades de adultos mayores mexicanos, si se podían poner en práctica y recordarse los puntos de cada sesión, si los contenidos permitían una explicación clara de las estrategias, si era aplicable a las condiciones de vida de los adultos mayores mexicanos y si las recomendaciones fueron específicas y fácilmente identificables. Los valores del Coeficiente de Aplicabilidad Clínica (*CAC*) se presentan en la tabla 5.

Tabla 5
Valores del Coeficiente de Aplicabilidad Clínica (CAC) general

Reactivos	*CAC*
1. Los manuales de intervención son aplicables a adultos mayores que en un futuro requieran fomentar su bienestar	.94[a]
2. Como experto, considero que los contenidos son lo suficientemente flexibles para adaptarse a las necesidades de los adultos mayores mexicanos	.96[a]
3. Los contenidos abordados en los manuales permitirán a los adultos mayores poner en práctica y recordar los puntos y ejercicios vistos durante las sesiones	.94[a]
4. La forma en la que se presentan los contenidos da la facilidad de explicarle de forma clara a los adultos mayores las estrategias	.94[a]
5. Los procedimientos que proponen los manuales son aplicables a las condiciones de vida de los adultos mayores mexicanos	.94[a]
6. Las recomendaciones brindadas en los manuales son específicas y fácilmente identificables	.94[a]
Total *CAC*	.94[a]

Nota: [a] Aplicabilidad Clínica y concordancia excelentes

Los valores obtenidos de *CAC* corresponden a una aplicabilidad clínica excelente (rango de .94 a .96). El *CAC* total fue de 0.94, lo que corresponde a una aplicabilidad clínica y concordancia excelente. El valor más alto lo obtuvo la afirmación: *Como experto, considero que los contenidos son lo suficientemente flexibles para adaptarse a las necesidades de los adultos mayores mexicanos*, con un valor de *CAC* de .96.

3.4.4 Comentarios abiertos de los jueces expertos

Además de la evaluación de los manuales por medio del instrumento proporcionado en los formularios electrónicos, a los jueces se les proveyó de un espacio abierto en el cual podían comentar aspectos generales del manual con respecto a los tres aspectos previamente presentados, validez de contenido, replicabilidad y aplicabilidad clínica.

En la tabla 6 se muestra la categorización de los comentarios abiertos que realizaron los jueces y la cantidad de modificaciones realizadas a los manuales de intervención.

Tabla 6
Categorización de los comentarios de los jueces, frecuencia y modificaciones realizadas

Tipo de comentario	Frecuencia	Modificaciones realizadas
Errores ortográficos	3	3
Modificación de redacción	4	4
Modificación de contenido	5	4
Sustituir contenido	1	1
Simplificación de actividades	6	6

Nota: La modificación de contenido implicaba agregar ilustraciones, instrucciones o detalles de las intervenciones; mientras que la sustitución la modificación de alguna intervención por otra similar de acuerdo con el juicio del experto.

Con respecto a la validez de contenido, los diez jueces mantuvieron un acuerdo unánime al expresar que el manual del participante debería enriquecerse

con ilustraciones para hacer que el contenido de las intervenciones se vuelva atractivo para la población en la que se pretende implementar el programa. Incluso, dos jueces sugirieron que se emplearan ilustraciones como medios para fomentar que los participantes completaran las tareas y les alentaran a revisar el contenido entre sesiones. Así mismo, un juez sugirió incluir los criterios con los que se elegirán los participantes y los instrumentos con los cuales se evaluarán los cambios que se pretenden con la implementación del programa de intervención.

Un juez sugirió una modificación en cuanto al contenido de una de las sesiones propuestas en ambos manuales; haciendo mención que para asegurarse que los potenciales participantes del programa de intervención puedan comprender con claridad los términos que se emplean en el manual del participante, se les provea de significados y ejemplos de los conceptos que se utilizarán durante las sesiones y serán objeto de actividades a lo largo del programa de intervención.

Con respecto a la replicabilidad, los jueces mantuvieron un acuerdo unánime al considerar que los guiones del manual del terapeuta permitirán que un profesional entrenado en la administración del programa podrá seguirlos y replicar las intervenciones propuestas. Sin embargo, en opinión de un juez, para asegurar la posible réplica, sugirió que se incluya el perfil del profesional que lo impartirá o bien el entrenamiento necesario que deberá seguirse para asegurar dicha réplica.

Con respecto a la aplicabilidad clínica, tres jueces hicieron mención que para asegurar la participación de los adultos mayores sería importante incluir ilustraciones en el manual del participante, cuestión que ya fue mencionada con respecto al contenido de los manuales; agregando en esta ocasión que muchos adultos mayores tienen dificultades visuales que pudieran entorpecer la implementación con un manual conformado únicamente por texto. Un juez sugirió que la administración del programa sea individual, mientras que otro sugirió sea grupal, ambos considerando que los ejercicios contenidos podrían ser difíciles para los adultos mayores que tuvieran una escolaridad baja y podrían implementarse mejor si hay una supervisión cercana de quien administre la intervención o la posibilidad de socializar el contenido de la misma.

4. ESTUDIO 2 – IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN PSICOLOGÍA POSITIVA MEDIADA POR TECNOLOGÍA PARA PROMOVER EL BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES

4.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de un programa modular de IPP mediado por tecnología para el incremento del bienestar y reducción de sintomatología depresiva de adultos mayores.

4.2 Objetivos específicos

1. Evaluar la magnitud del cambio terapéutico a partir del tamaño del efecto de la intervención en los puntajes de positividad.
2. Evaluar el efecto clínico de la intervención sobre el bienestar subjetivo, bienestar psicológico, fortalezas de carácter y sintomatología depresiva después del tratamiento, a los tres meses y seis meses de seguimiento.
3. Evaluar el efecto de la intervención en la tendencia de actividades cotidianas.
4. Explorar el efecto de la intervención en la ansiedad percibida antes y después de cada sesión de tratamiento.
5. Evaluar el nivel de integridad del tratamiento de la intervención.
6. Determinar la carga de la intervención a partir de las tasas de finalización y dificultad de ejercicios.
7. Determinar la efectividad percibida a partir de la tasa de utilidad de ejercicios y el jueceo de no expertos.
8. Evaluar la usabilidad de la videoconferencia como medio de implementación de la intervención.
9. Evaluar la validez social de la intervención mediante una encuesta de opinión de los participantes.

4.3 Método

4.3.1 Diseño

Con base en la evidencia revisada con anterioridad acerca de las características de las investigaciones antecedentes del empleo de las IPP en adultos mayores y el objetivo de explorar los efectos clínicos de la intervención, se empleó un diseño experimental intrasujetos A-B, con medidas adicionales pre-postest y seguimientos a los tres y seis meses de concluido el programa; en el cual, (A) representa la línea base compuesta por tres mediciones que anteceden al inicio del programa y (B) al tratamiento, los módulos implementados de acuerdo a las necesidades de cada participante. Este tipo de diseños es altamente compatible con los fines clínicos de esta investigación y el análisis metodológico fundamental empleado en el campo de la Psicología de la Salud (Graham et al., 2012; Punja et al., 2016).

Campbell y Bonell (2015) consideran que los diseños experimentales intrasujetos tienen la ventaja de evaluar los efectos que producen los distintos componentes de las intervenciones multi-elemento y su impacto puntual, a través de las mediciones que se realizan en diferentes momentos de la intervención. Así mismo, en el estudio del bienestar y su fomento, este tipo de diseño tienen la ventaja de permitir el examen de cambio individual y reconocer y resaltar los cambios clínicos (Barbot & Perchec, 2015).

Metodológicamente, este tipo de estudios se consideran como análisis prospectivos e intensivos del individuo a partir de la administración cuidadosa y controlada experimentalmente durante diferentes fases; en las cuales, la observación y medición de comportamientos de interés se realiza en forma repetida mientras dura la intervención (Tate et al., 2016). Son considerados como diseños de investigación del mayor nivel de evidencia para toma de decisiones clínicas por el Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (Mirza et al., 2017).

Adicionalmente se emplean mediciones pre-postest que permiten la determinación preliminar del efecto de la intervención en variables de interés.

4.3.2 Participantes

Se incluyeron 12 participantes adultos mayores de edades entre 60 y 72 años de edad; ocho mujeres y cuatro hombres, residentes de la Ciudad de México, con escolaridad mínima de secundaria y convocados por diferentes métodos de reclutamiento que se detallarán más adelante. Todos aceptaron su participación voluntaria, consentida e informada. Las características sociodemográficas particulares de cada uno se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7
Características sociodemográficas de los participantes

Caso	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	# de Módulos completados
1	F	70 a	Técnico completo	Jubilada	Viuda	1
2	F	60 a	Bachillerato completo	Cocinera	Casada	1
3	M	66 a	Técnico incompleto	Jubilado	Casado	1
4	F	64 a	Licenciatura completa	Jubilada	Soltera	1
5	F	68 a	Licenciatura incompleta	Hogar	Casada	3
6	M	65 a	Secundaria completa	Jubilado	Casado	3
7	F	72 a	Secundaria completa	T. eventual	Casada	1
8	F	63 a	Bachillerato completo	Hogar	Separada	1
9	F	61 a	Técnico completo	Empleada	Soltera	1
10	M	63 a	Secundaria completa	Empleado	Casado	2
11	F	67 a	Licenciatura completa	Hogar	Casada	1
12	M	70 a	Licenciatura completa	Jubilado	Casado	1

Todos los adultos mayores residían en el espacio comunitario y solamente un participante vivía solo, sin algún familiar. Solamente un participante no recibía algún tipo de ingreso económico y, entre los que sí cuentan con ingresos, solamente ocho perciben que éstos satisfacen sus necesidades. Con respecto a la fuente de sus ingresos, cinco obtenían por jubilación, cuatro aún laboraban y tres obtenían ingresos por parte del cónyuge o hijos. Siete recibían apoyo económico gubernamental, de los cuales tres consideraban que era su principal fuente de ingresos. Todos residían en una vivienda propia y al momento que aceptaron participar en la investigación contaban con algún dispositivo electrónico propio o prestado con capacidad para conectarse a internet.

Todos los participantes reportaron vivir con alguna enfermedad crónico-degenerativa. Diez participantes presentaban multimorbilidad y dos reportaron tener solamente una enfermedad. En promedio, los participantes tenían 13.91 años de padecer alguna enfermedad crónica (DE = 8.36, rango = 4 – 30). Ocho participantes padecían hipertensión arterial, cuatro diabetes mellitus, cuatro sobrepeso u obesidad, tres enfermedades reumatológicas, tres enfermedades músculo-esqueléticas y tres trastornos gastrointestinales. Tres participantes reportaron tener problemas de ansiedad. En el contexto de la pandemia, solamente dos participantes habían enfermado por COVID-19 y solamente un participante necesitó de atención domiciliaria especializada. Todos los participantes habían recibido cuatro dosis de vacuna para la enfermedad.

Con respecto a las problemáticas que expresaron durante la primera sesión de evaluación, once participantes consideraron que les preocupaban problemas familiares, ya sea con la pareja o los hijos; diez participantes problemas con su salud; siete problemas económicos; cinco problemas sociales como inseguridad en su lugar de residencia; y solamente uno hizo mención que le preocupaba un aspecto de su personalidad.

Con respecto a sus hábitos conductuales, los doce participantes reportaron realizar actividades recreativas pasivas como ver la televisión o leer; ocho realizaban actividades de independencia como participar en labores domésticas o de mantenimiento del entorno; cinco realizaban actividades relacionadas con el cuidado de la salud, particularmente actividades físicas para mejorar su condición física y de movilidad; cinco realizaban actividades sociales como participar en grupos religiosos, de adultos mayores o reuniones familiares; y solamente cuatro reportaron actividades recreativas activas como realizar algún oficio o pasatiempo.

Para ser incluidos en el programa de intervención, los participantes tuvieron que satisfacer los siguientes criterios de inclusión:

- Tener al menos 60 años de edad cumplidos.
- Saber leer y escribir.

- Presentar una puntuación mayor a 23 puntos en el Examen Breve del Estado Mental (Minimental State Examination [MMSE], Folstein et al., 1975), el cual es una prueba de tamizaje para el estado cognitivo del evaluado y el punto de corte a partir del criterio definido en esta investigación corresponde a la ausencia objetiva de un déficit cognitivo.
- Presentar una puntuación menor a 10 puntos en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, que evalúa la presencia de sintomatología depresiva y la puntuación establecida permite discriminar entre aquellos participantes que presentan sintomatología grave de quienes exhiben ausencia de sintomatología o presentan sintomatología leve o moderada.
- Presentar una puntuación menor a 1.6 puntos en el Índice de Positividad medido a través de la Autoprueba de positividad de Fredrickson. Se fijó esta puntuación debido a la posibilidad de efecto de techo que podría suceder en participantes con puntuación mayor en este índice y se ha descrito previamente (Fredrickson, 2013)
- Tener acceso a una conexión a Internet y alguna aplicación o plataforma de videollamadas o videoconferencias (ZOOM, Teams, Skype, WhatsApp, entre otras).
- Contar con un número de teléfono en el que se pudiera contactárseles para seguimientos, recordatorios semanales y llamadas de rescate en caso necesario.
- Firmar el consentimiento informado de la investigación.

Se definieron criterios de exclusión en congruencia con lo señalado anteriormente. Si los participantes presentaban puntuaciones mayores a la indicada en la Escala de Depresión GDS o menores en el examen MMSE, se procedería a retroalimentar el desempeño de los participantes e indicarles una referencia profesional apropiada para la atención de sus necesidades; si así convenía a sus intereses. Quienes presentarán una puntuación mayor en el Índice de Positividad se les retroalimentaría sobre sus resultados e indicaría que su estado afectivo era

óptimo y su participación en el programa no generaría un beneficio adicional; por lo que se les dejaría, a su criterio, la opción de cursar el programa. Sin embargo, su participación no sería tomada en cuenta en los análisis de resultados de la investigación. Así mismo, aquellos participantes que reportaran dificultades visuales o auditivas severas o enfermedades físicas o mentales, que interfirieran significativamente con el desarrollo de la intervención, se les retroalimentaría y canalizaría a atención especializada de ser necesario.

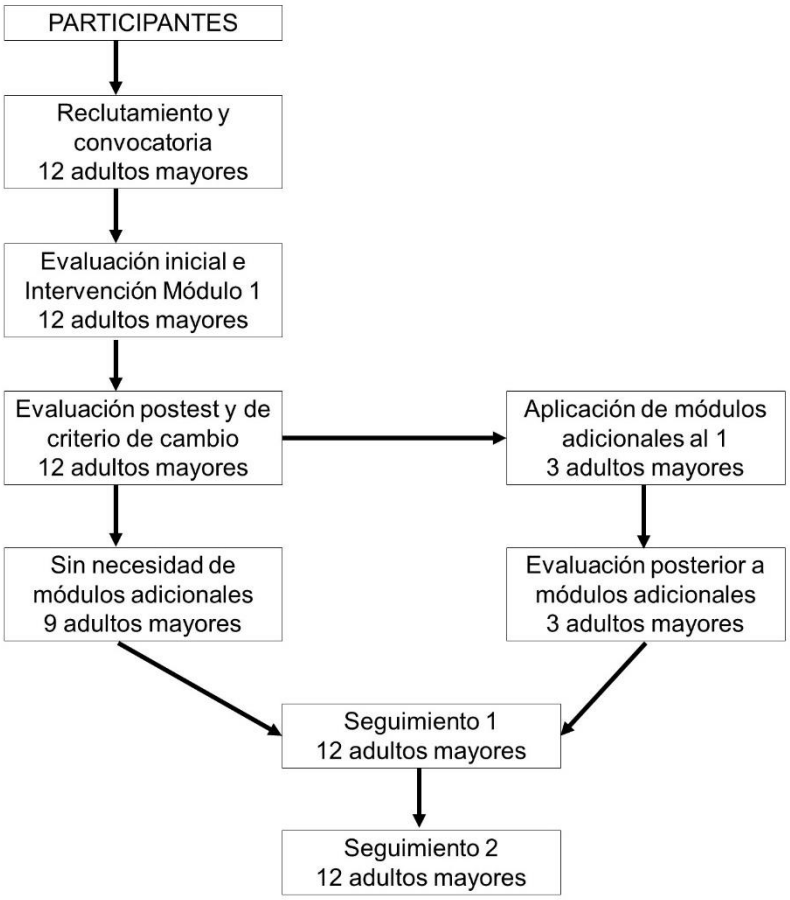
Finalmente, se eliminaría del análisis final los datos obtenidos de aquellos participantes que decidieran cancelar su participación o que no finalizaran las actividades del programa.

Es relevante resaltar que la participación de ningún adulto mayor requirió la aplicación de los criterios de exclusión o eliminación en la intervención.

En la figura 4 se provee el diagrama de participación de los adultos mayores involucrados en este estudio.

Figura 4

Patrón de participación de los adultos mayores



4.4 Variables

4.4.1 Variable independiente

4.4.1.1 Intervenciones basadas en Psicología Positiva (IPP)

Definición conceptual: de acuerdo con Sin y Lyubomirsky (2009) son intervenciones basadas en evidencia cuyo objetivo primario es el incremento del bienestar y su uso no se limita a ser un medio para reducir síntomas. Se trata de actividades en las que los participantes aprenden formas distintas de afrontar las adversidades y se benefician de apreciar y poner atención a aspectos positivos que experimentan en sus vidas cotidianas. Consisten en la realización de actividades que provocan emociones positivas y se emplean las fortalezas que posee el participante, además de emplear estrategias que influyen directamente en el bienestar como repetir experiencias agradables, practicar habilidades y favorecer la aceptación. Es un enfoque fuertemente influenciado por la Clasificación de Virtudes y Fortalezas (Peterson & Seligman, 2004), los principios de la Psicología Positiva que estudia las condiciones y procesos que permiten a los individuos, comunidades e instituciones florecer (Rashid et al., 2015) y el modelo teórico PERMA (Seligman, 2011) que constituye una conceptualización del bienestar como constituido por cinco componentes científicamente medibles y manejables: a) las emociones positivas, b) el involucramiento, c) las relaciones positivas, d) el significado y e) el logro.

Definición operacional: Programa de IPP cuyo objetivo es la realización de actividades que han probado empíricamente incrementar el bienestar, vincularlas a áreas de vida valiosas para los participantes e incentivar su incorporación a la rutina diaria con el fin de mejorar la sensación de bienestar. El programa está diseñado a partir de la propuesta de Schueller y Parks (2014) de que el bienestar puede promocionarse a partir del desarrollo de cada uno de los elementos del modelo PERMA del bienestar (Seligman, 2011) y las fortalezas de carácter (Peterson & Seligman, 2004). Así mismo, su diseño retomó una estructura modular comúnmente usada en la TCC, siguiendo recomendaciones para intervenciones realizadas en adultos mayores que insisten en que, para favorecer la adherencia y eficacia, se emplee alta estructuración, progresión adecuada del contenido, flexibilidad y

adaptación para este grupo (Flórez & González, 2000). El programa incluye una sesión inicial de evaluación, seis módulos y una sesión final de cierre. El primer módulo se considera obligatorio para cualquier participante y el resto deben aplicarse de acuerdo a una detección de necesidades que se realiza al finalizar las actividades del primero. El primer módulo está constituido por 5 sesiones de trabajo y los otros por dos sesiones cada uno. Cada sesión se aplicó en formato individual con una duración de 60 minutos; y se emplearon dos sesiones de seguimiento a los tres y seis meses de concluido el programa. Los detalles de los contenidos del programa se darán a conocer detalladamente en una sección posterior.

4.4.2 Variables dependientes

4.4.2.1 Bienestar subjetivo

Definición conceptual: se refiere a la capacidad de disfrutar de uno mismo y de los otros, de divertirse, de sentirse satisfecho con la propia vida y de experimentar sentimientos positivos y emociones positivas (Bar-On, 2000).

Definición operacional: Para las mediciones repetidas se empleó el Índice de positividad de la Autoprueba de positividad de Fredrickson. Se utilizó la edición al español y adaptación mexicana de Cortina-Guzmán y Berezon-Gom (2018). La positividad es uno de los elementos del modelo PERMA del bienestar y representa las formas en las que los seres humanos experimentamos las emociones positivas, el balance entre las emociones positivas y las emociones negativas y las implicaciones que tienen los esquemas cognitivos en la forma en la que interpretamos nuestra realidad y a partir del cual experimentamos más, o menos, emociones positivas (Fredrickson, 2009; Tarragona, 2016). El instrumento empleado evalúa dos dimensiones: afecto positivo y afecto negativo y se miden a través de una escala visual análoga de 20 reactivos tipo Likert que evalúan la intensidad con la que se experimentaron diferentes emociones (10 positivas y 10 negativas) el día anterior. Se solicitó que los participantes contestaran el instrumento en cada una de las sesiones de intervención. Con las puntuaciones se

cuantificó el Índice de positividad que es el cálculo de la razón entre las emociones positivas y negativas reportadas por el evaluado.

Para las mediciones pre-postest y seguimientos se utilizó la puntuación total en la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (1995). Mayores puntuaciones suponen mayor satisfacción con la vida. La puntuación puede fluctuar entre 5 y 35 puntos.

4.4.2.2 Bienestar psicológico

Definición conceptual: la presencia en la vida de un individuo de experiencias placenteras subjetivas, actividades significativas y relaciones sociales que le permite el desarrollo pleno de su potencial humano (Huppert, 2009; Ryan & Deci, 2001). Se ha conceptuado como la conjunción de elementos hedónicos y eudemónicos que permiten la combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido en alguna actividad que nos guste o apasione, además de mantener buenas relaciones interpersonales y contar con metas que nos sean retadoras para que se puedan convertir en logros (Seligman, 2011). Así mismo, el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo (Ryff, 1989).

Definición operacional: se evaluó de las siguientes formas:

Para las mediciones repetidas se utilizó un *Registro conductual de actividades semanales*; se trata de un registro conductual elaborado para esta investigación y se entregó a cada participante para que anotara tres actividades diarias que hubiera realizado. Además, se solicitó que para cada actividad anotada se graduaran los siguientes indicadores:

i. Sensación de dominio: el grado de satisfacción y logro que experimentó el participante al realizar la actividad. Este aspecto fue evaluado por el participante en una escala de 1-10, donde 1 represente “bajo” nivel de dominio y 10 “alto” nivel de dominio.
ii. Sensación de placer: el grado de sensación de disfrute que acompaña la realización de una actividad. Este aspecto fue evaluado por el participante en

una escala de 1-10, donde 1 represente “bajo” nivel de placer y 10 “alto” nivel de placer.

Para facilitar el análisis del registro conductual se retomaron las categorías conductuales propuestas por González-Celis (2002): actividades de independencia, recreativas pasivas, recreativas activas, sociales, de protección a la salud, actividad cotidiana, actividades no cotidianas y otras actividades mencionadas por el adulto mayor.

Para las mediciones pre-postest y seguimientos se emplearon las puntuaciones del inventario *PERMA Profiler;* el cual es un instrumento psicométrico para medir el bienestar, desarrollado por Butler y Kern (2016) que consiste en 23 reactivos que miden siete dimensiones; cinco de las cuales corresponden con el modelo PERMA del bienestar propuesto por Seligman (2012), aunadas a la medición de emociones negativas y salud, más un reactivo que evalúa el nivel de felicidad global. Para cada uno de los elementos del PERMA y la dimensión de salud, el instrumento integra tres reactivos; mientras que para la dimensión de emociones negativas hay cuatro reactivos. Cada uno de los reactivos se contesta utilizando una escala de tipo Likert que va de 0 (menor puntuación) a 10 puntos (mayor puntuación).

4.4.2.3 Fortalezas de carácter

Definición conceptual: de acuerdo con Niemiec (2018) son rasgos o habilidades positivas que al emplearse resultan gratificantes para e individuo, no menoscaban a otras personas, que están presentes en la cotidianeidad y en constante evolución, valoradas en culturas diferentes y producen numerosos resultados positivos para uno mismo y los demás. Estas características se exponen en los pensamientos, las emociones y las conductas (Park & Peterson, 2006). Además, Peterson y Seligman (2004) enfatizan que reflejan la identidad personal, los resultados positivos abonan al bienestar personal y de otras personas, por lo tanto, contribuyen al bien colectivo, y más que especulaciones filosóficas, son constructos que pueden ser medidos y clasificados. La clasificación de las fortalezas surge del interés de la Psicología Positiva por identificar y definir aquellas características que se asocian a cualidades positivas del ser humano en contraste con aquellas clasificaciones que identifican

los déficits y patologías como el DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana (2014). Existen diversas clasificaciones de las fortalezas de carácter, pero la más empleada es la propuesta por Peterson y Seligman (2004) denominada como *Values In Action* (VIA) *Classificaction of Character Strenghts* (Clasificación VIA de fortalezas de carácter) o simplemente la clasificación VIA. Esta clasificación es jerárquica y se compone de tres niveles conceptuales, de los cuales dos son los más empleados. El primer nivel son las virtudes que se definen como características centrales en el carácter y que son valoradas por filósofos morales y pensadores religiosos (Peterson & Seligman, 2004). Además, son agrupaciones que han recibido cierta atención empírica cuando se aplican inventarios para medir las fortalezas de carácter y observar cual es la dinámica o estructura factorial subyacente entre las distintas fortalezas (Proyer et al., 2014). Aunque hay diferentes agrupaciones de las fortalezas que distintos autores han propuesto, la más convencionalmente empleada es la de Peterson y Seligman (2004), quienes son los autores originales de la clasificación VIA, y categorizan las distintas fortalezas de carácter en seis categorías y son las que se emplearán en esta investigación. Las virtudes son: sabiduría, valor, humanidad, justicia, templanza y trascendencia. El segundo nivel son las propias fortalezas de carácter que, además de los establecidos anteriormente, constituyen los procesos o mecanismos que definen las virtudes y su agrupación obedece, en parte, a las similitudes que presentan entre sí. En el apartado de la revisión de la literatura de este trabajo se establecieron las definiciones de las fortalezas de carácter. El tercer nivel es el menos explorado y con menos sustento empírico, se refiere a los temas situacionales que se definieron como los hábitos o comportamientos que las personas realizan para manifestar las fortalezas de carácter.

Definición operacional: se utilizó el Inventario de Valores y Fortalezas (IVyF) de Consentino y Castro-Solano (2008), es un inventario que evalúa las fortalezas de carácter en congruencia con la clasificación VIA de Peterson y Seligman (2004). Incluye 24 reactivos bipolares que se responden en formato Likert, en el que el evaluado responde indicando en qué grado considera que se parece más a dos auto-descripciones opuestas en función de cada una de las fortalezas. Cada

reactivo evalúa una fortaleza distinta. Se empleó la puntuación dada a cada uno de los reactivos por separado como medida de cada una de las fortalezas y se conjuntaron las puntuaciones de las fortalezas que pertenecen a una virtud específica de acuerdo con la clasificación VIA para evaluar el nivel de cada virtud.

4.4.2.4 Depresión

Definición conceptual: de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5º edición (DSM-5) (AAP, 2015) los trastornos depresivos son un conjunto de trastornos afectivos cuyo rasgo común es la presencia de *"un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo"* (p. 155). El grupo de trastornos depresivos es muy diverso y lo que los diferencia es la duración de los síntomas, su presentación temporal o la supuesta etiología. El trastorno depresivo mayor es el más característico del grupo e implica episodios de más de dos meses de duración con cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas. La depresión tiene como característica principal el abatimiento del humor y manifestaciones del mismo en contenido cognitivo y en estado físico de quien lo padece. Se pueden presentar síntomas de pérdida o ganancia de peso corporal, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos piscomotores (bradiquinesia o hiperquinesia), fatiga, pérdida de energía, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de interés en las actividades cotidianas, sentimientos de autodevaluación, angustia, temores irracionales, ideas hipocondriacas, pensamientos obsesivos e ideación suicida. La depresión en la población adulta mayor tiene características especiales puesto que tienen factores de riesgo propios como la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, el entorno en el que viven, su situación social, la jubilación o falta de trabajo, el estado civil o la soledad en la que pueden vivir (Calderón, 2018).

Definición operacional: se empleó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage et al., 1983), en las mediciones prepostest y seguimientos. Se trata de un instrumento de autoreporte diseñado específicamente para ser aplicado en adultos mayores con la finalidad de distinguir a población con síntomas sugestivos

de depresión. Está constituida por 15 reactivos que miden diversos aspectos de la depresión ajustados a la población adulta mayor. Mayores puntuaciones indican la presencia se síntomas depresivos y se puede realizar una categorización de la puntuación que va de ausente a presencia de síntomas graves.

4.4.2.5 Ansiedad

Definición conceptual: de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5º edición (DSM-5) (AAP, 2015) los trastornos de ansiedad son los que comparten características del miedo y ansiedad pero sus manifestaciones son excesivas o persisten más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Así mismo, se suelen presentar alteraciones conductuales y cognitivas diversas y tienden a ser altamente comórbidos entre sí. Los diversos trastornos de ansiedad se pueden diferenciar entre sí por el tipo de situaciones u objetos que inducen el miedo, la ansiedad, conductas de evitación o cogniciones asociadas. Suelen tener duraciones de seis meses o más y usualmente se diagnostican sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de sustancias o medicaciones o a otros trastornos mentales. Puede conceptualizarse como un patrón de comportamientos que aparecen de forma variable y compleja que se caracteriza por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de activación de sistemas fisiológicos que ocurren en respuesta a estímulos internos y externos (Morrison, 2015).

Definición operacional: se utilizó una escala visual análoga de 0 a 10 puntos en la que se el participante evaluó su nivel subjetivo de ansiedad antes y después de cada sesión.

4.5 Instrumentos y medidas

En esta sección se presentarán los instrumentos y medidas que se emplearon en este estudio. Con la finalidad de no repetir la información que se presentó en la sección de las variables, en la tabla 8 se presentan la operacionalización de las variables que se utilizaron para evaluar el efecto de la

intervención. Los instrumentos, formatos, autorreportes y registros empleados en la investigación pueden consultarse en la sección de anexos de este documento.

Tabla 8

Operacionalización de variables dependientes

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Bienestar subjetivo	Capacidad de disfrutar de uno mismo y de los otros, de divertirse, de sentirse satisfecho con la propia vida y de experimentar sentimientos positivos y emociones positivas (Bar-On, 2000)	a) Puntuación del índice de positividad de la Autoprueba de positividad (Fredrickson, 2009). b) Puntuación en la escala de Satisfacción con la vida (Diener et al., 1995)	a) Mayor puntuación supone una razón mayor de emociones positivas que emociones negativas. b) Mayor puntuación supone mayor satisfacción con la vida. Rango 5-35.
Bienestar psicológico	Presencia en la vida de un individuo de experiencias placenteras subjetivas, actividades significativas y relaciones sociales que le permite el desarrollo pleno de su potencial humano (Huppert, 2009; Ryan & Deci, 2001).	a) Registro conductual de actividades diarias. b) Puntuación del inventario PERMA-Profiler	a) Registro diario de tres actividades que se gradúan en su sensación de dominio y placer, Mayor puntuación indica mayor sensación. Rango 1-5. Así mismo, se clasificarán en 5 categorías: actividades de protección a la salud, recreativas pasivas, recreativas activas, sociales y de independencia. b) Mayor puntuación supone mayor bienestar psicológico. Rango ´0-150.
Depresión	Conjunto de trastornos afectivos cuyo rasgo común es un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo (AAP, 2015).	Puntuación en la escala de depresión geriátrica (Yessavage et al., 1983)	Mayor puntuación supone mayor presencia de sintomatología depresiva. Rango 0-15.
Ansiedad	Conjunto de trastornos que comparten características del miedo y ansiedad pero sus manifestaciones son excesivas o persisten más allá de los períodos de desarrollo apropiados (AAP, 2015).	Puntuación en una escala visual análoga que evalúa el nivel subjetivo de ansiedad antes y después de cada sesión.	Mayor puntuación supone mayor presencia subjetiva de ansiedad. Rango 0-10.
Fortalezas de carácter	Rasgos o habilidades positivas que al emplearse resultan gratificantes para e individuo, no menoscaban a otras personas, están presentes en la cotidianeidad y en constante evolución, valoradas en culturas	Puntuación en el Inventario de Valores y Fortalezas (Consentino & Castro-Solano, 2008).	Mayor puntuación supone mayor presencia del rasgo. Se evalúan las 24 fortalezas de la clasificación VIA, para

	diferentes y producen resultados positivos para uno mismo y los demás (Niemiec, 2018)	cada una el rango es 1-5.

Otros formatos, autorreportes e instrumentos psicométricos que se aplicaron fueron los siguientes:

Consentimiento informado: documento redactado con las particularidades de la presente investigación y en concordancia con las recomendaciones del Comité de Ética del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. En dicho documento se explicaron las implicaciones éticas de la participación en la investigación. El texto completo se puede consultar en el apartado de anexos.

Formato de datos sociodemográficos: formato elaborado exprofeso para esta investigación en el que se solicitó al participante información. Es un cuestionario de 22 reactivos enfocados en conocer datos demográficos, de vivienda, laborales, recreativos y ocupacionales, situación médica y de salud y, debido a que la investigación se realizó en el contexto de la pandemia por COVID-19, datos relacionados con la infección y vacunación de esta enfermedad.

Examen Breve del Estado Mental (Minimental State Examination, MMSE; Folstein et al., 1975): es una escala breve de tamizaje desarrollada inicialmente para evaluar la función cognitiva de pacientes hospitalizados. Se ha utilizado ampliamente en estudios epidemiológicos y aunque se han considerado diferentes puntos de corte para clasificar el estado cognitivo del evaluado como deficitario, entre los 23 y 24 puntos en la escala se considera el estado cognitivo óptimo. La puntuación está altamente influenciada por la edad y la escolaridad y no puede considerarse como diagnóstica definitiva, por lo que las personas con puntuaciones bajas requieren de una evaluación clínica y neuropsicológica más exhaustiva para confirmar y determinar el grado de deterioro cognitivo. La escala evalúa cinco funciones cognitivas: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y memoria diferida. Se utilizó la versión validada en población mexicana por Reyes de Beaman et al. (2004) que mostró una estructura factorial adecuada, una sensibilidad de 97% y especificidad de 88%. La puntuación máxima es de 30 puntos y la puntuación igual

o menor a 23 puntos sugiere un posible deterioro cognitivo. Esta escala se empleó únicamente durante la evaluación inicial o de línea base, como tamizaje y verificación de que el participante cumplía con los criterios de inclusión.

4.6 Procedimiento general

Inicialmente se contactó a dos psicólogos graduados que voluntariamente apoyaran en la investigación como co-terapeutas. Recibieron capacitación para realizar la administración de las evaluaciones previas, durante el tratamiento y de seguimiento; así como la realización de llamadas telefónicas para monitorear la elaboración de tareas, motivar a su completamiento y resolver cualquier duda sobre el tratamiento.

Se implementó un estudio piloto con un participante adulto mayor para evaluar el desarrollo del programa mediado por tecnología y verificar que los co-terapeutas hubieran aprendido los procedimientos de evaluación. Inicialmente se consideró que la administración de instrumentos se realizara mediante formularios en internet y que recibieran el manual del participante en formato electrónico. Sin embargo, durante este pilotaje se detectó un mejor desempeño del participante si los instrumentos y el manual se otorgaban por escrito y si el participante recibía una capacitación tecnológica.

A partir de estas observaciones en el piloto, se decidió que todos los participantes recibieran entrenamiento tecnológico previo para asegurar el desarrollo idóneo del programa. Se entrenó a los co-terapeutas en procedimientos para capacitar adultos mayores en el manejo de *hardware* y *software* de videoconferencias y resolución de problemas de conexión a internet. Además se decidió implementar los procedimientos de la investigación proveyendo a los participantes de todo el material necesario impreso, tanto un cuadernillo con los instrumentos de evaluación como el manual del participante.

El reclutamiento de participantes se realizó por conveniencia a través de diversos medios. Se promocionó el programa de intervención mediante publicaciones en redes sociales, en contactos de los co-terapeutas e invitaciones

personales en grupos de adultos mayores en un club social público y en un grupo eclesiástico. El investigador principal contactaba a los participantes potenciales para describir el programa y los requerimientos para su realización. Si el participante cumplía con los criterios de inclusión de edad y acceso a videollamadas, se acordaba una cita presencial con el co-terapeuta para la realización de la evaluación inicial en donde se verificaba que también cumpliera con el resto de los criterios de inclusión y, si así era, se le entregaba el cuadernillo de evaluación y el manual del participante y se acordaban los siguientes encuentros para realizar la evaluación de la línea base y posteriormente la intervención y seguimientos. En la tabla 9 se describe el procedimiento general de la intervención.

La fase de línea base consistió en realizar tres mediciones de positividad cada tercer día y la realización del registro conductual durante una semana. El inicio de esta fase coincidía con el primer contacto presencial con el co-terapeuta que se describió anteriormente. Durante este encuentro se explicaba cómo realizar el registro conductual y se acordaban citas telefónicas para realizar las otras dos mediciones de positividad. Durante la semana previa a la primera sesión de tratamiento, el co-terapeuta contactaba vía telefónica en dos ocasiones al participante, para verificar que estuviera realizado el registro conductual y apoyaba en la aplicación de la medición de positividad. Durante estos contactos únicamente se motivaba al participante a completar el registro y se resolvían dudas sobre el mismo.

La intervención comenzaba con la implementación del primer módulo del programa, cuyo contenido giraba en torno a las fortalezas de carácter, y al término de éste, se determinaba por medio de una lista de cotejo si el participante necesitaba cursar alguno de los módulos restantes que conforman el programa. El primer módulo tuvo una extensión de cinco sesiones por participante con duración de una hora por sesión. Como se indicó, al término del primer módulo se evaluaba si el participante cursaría otros módulos del programa y se realizaba una evaluación postest; la cual incluía los instrumentos para todas las variables. Si el participante cursaba otros módulos, el co-terapeuta realizaba un contacto presencial con el participante y se le abastecía de material impreso. Al concluir los módulos restantes

aplicados se volvía a repetir la evaluación postest, a excepción del inventario para fortalezas, y se recordaba al participante acerca de los seguimientos posteriores a la intervención. A lo largo del programa, el co-terapeuta mantenía contacto telefónico, por lo menos una vez a la semana con el participante, para motivar la realización de tareas y resolver dudas acerca de ellas.

Los seguimientos se realizaron a los tres y seis meses de concluida la última sesión del programa. Durante estos seguimientos se solicitaba a los participantes que comentaran sobre cómo se sentían y si tenían alguna duda sobre las actividades que se habían realizado en el programa.

Entre el segundo y tercer seguimiento, un psicólogo entrenado en la realización de la entrevista de validación social contactó a los participantes para recabar su opinión sobre el programa.

En el tercer seguimiento, además de las evaluaciones postest para las variables bienestar psicológico, bienestar subjetivo y depresión, se aplicaba el Cuestionario de usabilidad para evaluar la satisfacción del participante con la implementación del programa a través de videoconferencias y se aplicaba el Inventario de Valores y Fortalezas.

Tabla 9
Descripción de la intervención

	Fase de Línea base y Pretest

Línea base	1. Evaluación
	• Consentimiento informado
	• Entrevista semiestructurada
	• Aplicación de MMSE
	• Aplicación de Autoprueba de positividad
	• Aplicación de registro conductual
	• Aplicación de inventarios de pretest
	  ○ PERMA-P
	  ○ SWLS
	  ○ GDS

Línea base	2. Evaluación • Aplicación de Autoprueba de positividad • Aplicación de registro conductual
Línea base	3. Evaluación • Aplicación de Autoprueba de positividad • Aplicación de registro conductual
	Intervención modular
Módulo 1	*Objetivo del módulo:* Identificar y emplear las fortalezas de carácter distintivas, la gratitud, esperanza y optimismo.

Tema del módulo: Fortalezas de carácter *Número de sesiones*: Cinco *Duración aproximada de las sesiones:* 60 minutos	Materiales • Plataforma de videoconferencia • Presentación de PowerPoint • Manual del participante • Manual del terapeuta • Lápiz y goma IPP del módulo: • Presentación positiva • Diario de gratitud • Identificación de fortalezas distintivas • Usar una fortaleza de carácter de una nueva forma • Una puerta se cierra, otra se abre • Carta de gratitud Evaluaciones adicionales • IVyF *Criterio de cambio:* no aplica, este módulo es obligatorio para todos los participantes
Módulo 2 *Tema del módulo:* Positividad o emociones positivas *Número de sesiones:* Dos *Duración aproximada de las sesiones:* 60 minutos	*Objetivo del módulo:* Identificar las emociones positivas, fomentar la consciencia emocional y emplear estrategias para incrementar el goce y experimentación de emociones positivas. Materiales • Plataforma de videoconferencia • Presentación de PowerPoint • Manual del participante • Manual del terapeuta • Lápiz y goma IPP del módulo: • Saboreo • Cita de saboreo • Reminiscencia positiva *Criterio de cambio:* Sacar menos de 8 puntos en los reactivos referentes al módulo en la lista de cotejo
Módulo 3 *Tema del módulo:* Involucramiento o experiencias óptimas *Número de sesiones:* Dos *Duración aproximada de las sesiones:* 60 minutos	*Objetivo del módulo:* Identificar y practicar experiencias óptimas e integrarlas a la rutina diaria. Materiales • Plataforma de videoconferencia • Presentación de PowerPoint • Manual del participante • Manual del terapeuta • Lápiz y goma IPP del módulo: • Identificación de experiencias óptimas • Agendar una experiencia óptima • Estrategias para aumentar las experiencias óptimas • Fluir con las fortalezas distintivas *Criterio de cambio:* Sacar menos de 8 puntos en los reactivos referentes al módulo en la lista de cotejo
Módulo 4 *Tema del módulo:* Relaciones interpersonales *Número de sesiones:* Dos *Duración aproximada de las sesiones:* 60 minutos	*Objetivo del módulo:* Implementar actividades que permitan fortalecer y mejorar las relaciones interpersonales y la formación de redes de apoyo a partir de identificar las fortalezas de carácter de las personas significativas, practicar la capitalización positiva y actividades altruistas. Materiales • Plataforma de videoconferencia • Presentación de PowerPoint • Manual del participante • Manual del terapeuta • Lápiz y goma IPP del módulo: • Árbol de relaciones positivas • El regalo de tiempo

	• Respuesta activa constructiva *Criterio de cambio:* Sacar menos de 8 puntos en los reactivos referentes al módulo en la lista de cotejo
Módulo 5 *Tema del módulo:* Significado y sentido de la vida *Número de sesiones:* Dos *Duración aproximada de las sesiones:* 60 minutos	*Objetivo del módulo:* Implementar actividades que fomenten el significado y sentido de la vida a través de alentar el procesamiento cognitivo de recuerdos, vincular situaciones vividas con valores y fuentes de significado y formulación de metas relacionadas con el uso de fortalezas de carácter ligadas al propósito de la vida Materiales • Plataforma de videoconferencia • Presentación de PowerPoint • Manual del participante • Manual del terapeuta • Lápiz y goma IPP del módulo: • Presentación positiva • Reevaluación positiva • Legado positivo *Criterio de cambio:* Sacar menos de 8 puntos en los reactivos referentes al módulo en la lista de cotejo
Módulo 6 *Tema del módulo:* Logros y metas *Número de sesiones:* Dos *Duración aproximada de las sesiones:* 60 minutos	*Objetivo del módulo*: Implementar actividades que fomenten la sensación de logro a través de la revisión de las metas conseguidas a lo largo de la vida y la formulación de nuevas metas u objetivos; reflexionando en ambos casos en el uso de las fortalezas de carácter. Materiales • Plataforma de videoconferencia • Presentación de PowerPoint • Manual del participante • Manual del terapeuta • Lápiz y goma IPP del módulo: • Revisión de la vida • Una historia de logro • Listado de objetivos *Criterio de cambio:* Sacar menos de 8 puntos en los reactivos referentes al módulo en la lista de cotejo
	Final de la intervención
Sesión de cierre	1. Evaluación • Aplicación de inventarios de postest ○ PERMA-P ○ SWLS ○ GDS ○ IVyF • Aplicación del cuestionario de satisfacción
Seguimiento	Los dos seguimientos se realizaron a los tres y seis meses de concluido el programa y se aplicaron los mismos instrumentos que en el postest. Así mismo, entre el segundo y tercer seguimiento se realizó la entrevista de validación social de la intervención

4.6.1 Criterios de avance en los módulos

El programa implementado se diseñó con estructura modular que permitiera adecuar los contenidos de las intervenciones a las necesidades de los adultos mayores y el empleo de un criterio de avance en los módulos orientado a certificar el conocimiento y habilidades adquiridas por el participante, para determinar así el

momento en que se tiene que pasar de un módulo al siguiente; empleándose un criterio de dominio (Fienup & Brodsky, 2017).

A diferencia de otros programas, en los que los participantes tienen que transitar y participar en todas las fases, sin considerar si el contenido responde o es relevante para ellos en función de sus características, los programas modulares tienen la ventaja de considerar las necesidades particulares de la población objetivo de la intervención, focalizarse en administrar únicamente aquéllas que tienen mayor probabilidad de generar un efecto en el individuo y asegurar que el participante adquiere las habilidades que requiere (Tate et al., 2016).

Para tal motivo, se diseñó una lista de cotejo con base en el contenido de los reactivos del instrumento *Positive Psychotherapy Inventory,* de Rashid y Seligman (2018) que evalúa el bienestar basándose en el modelo PERMA (Seligman, 2011). Esta lista contiene 25 reactivos que el participante califica con una escala visual análoga de 0 a 10 puntos y a cada elemento corresponden cinco reactivos. Al finalizar el primer módulo, se aplicó la lista de cotejo y si el participante obtenía una calificación menor a ocho puntos en promedio, en alguno de los cinco elementos evaluados, se implementaba el módulo que hacía referencia al elemento que no alcanzaba el criterio. Al finalizar cualquier módulo adicional al primero, se repetía la lista de cotejo y se verificaba si el participante dominaba el contenido. Se propuso que se daría una sesión adicional si el participante continuaba obteniendo una puntuación menor a ocho puntos; sin embargo, los participantes que cursaron módulos adicionales al primero en esta investigación no requirieron sesiones extra a éstos.

4.7 Procedimientos clínicos

4.7.1 Psicoeducación

Parte de la intervención consistía en revisar, junto con los participantes, aspectos conceptuales de la psicología positiva y el bienestar en general. Se exponía a los participantes con apoyo visual (Presentación de PowerPoint) que podían seguir en pantalla de sus dispositivos y en el manual del participante, con

una redacción en español sencillo y el expositor proveía de ejemplos y solicitaba a los participantes formularan los propios. Se describía con detalle qué era el bienestar, cómo impactaba en el envejecimiento, cuáles eran los elementos que contribuían el bienestar y cómo podían identificarlos. Así mismo, el material servía para introducir las intervenciones que se trabajarán en cada sesión o bien, las tareas que tendrían que realizar para enlazar el contenido de la sesión implementada con la siguiente. En todas las sesiones y aplicaciones psicoeducativas se resolvían dudas y se invitaba a los participantes a realizar preguntas y exponer cómo entendían los conceptos; de tal forma que no hubiera duda de que hayan comprendido el tema.

4.7.2 Intervenciones basadas en psicología positiva (IPP)

Se pueden definir como intervenciones basadas en evidencia cuyo objetivo principal es incrementar el bienestar (Sin & Lyubomirsky, 2009). Aunque han demostrado tener eficacia en la reducción de sintomatología depresiva y ansiosa, este tipo de intervenciones usualmente no se emplean como medios para atender este tipo de problemáticas (Carr et al., 2020). Así, son instrumentos que buscan desarrollar el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento ante la adversidad y que se enfocan en desarrollar y fortalecer actividades que provocan emociones positivas o promueven aspectos o dimensiones del bienestar, como las fortalezas personales o el significado y sentido de la vida (Sin & Lyubomirsky, 2009). Parks y Schueller (2014) identifican que las IPP son medios que implican repetir experiencias agradables, practicar habilidades y favorecen la aceptación de las circunstancias personales, que directamente influyen en la sensación de bienestar.

Dentro del programa de intervención se emplearon un gran número de IPP que, de manera sintética, se describirán a continuación.

Presentación positiva: basada en los principios de la indagación apreciativa (Denborough, 2014) y la metáfora narrativa (Tarragona, 2013; White, 2007) y consiste en solicitar al participante que recuerde, escriba y comparta un evento en el que haya enfrentado alguna dificultad de manera positiva en su vida y que haya

terminado bien. El escrito debe ser lo más detallado posible y tener una estructura de inicio, desarrollo y final.

Diario de Gratitud: consiste en solicitar al participante que escriba tres cosas por las que se siente agradecido diariamente (Emmons & McCoullogh, 2003).

Identificación de fortalezas distintivas: consiste en emplear distintos medios para identificar las fortalezas de carácter distintivas del participante y, a partir de este proceso, que pueda entender y descubrir diferentes formas en las que se pueden ejercitar y así contribuir al crecimiento personal y bienestar (Linley et al., 2010). En este programa se empleó la identificación de fortalezas en video y la aplicación del inventario IVyF.

Usar una fortaleza de carácter de una nueva forma: desarrollada por Seligman et al. (2005), consiste en instruir a los participantes a emplear sus fortalezas distintivas, las que se identificaron durante la sesión anterior, de una nueva forma cada día durante una semana en sus actividades cotidianas.

Una puerta se cierra, otra se abre: desarrollada por Peterson (2006a), se centra en el fomento de la esperanza y optimismo como medios que pueden servir a las personas cuando se encuentran ante la adversidad o conflictos. Se instruye al participante a examinar tres ocasiones en las que ha tenido que enfrentar adversidades y reflexionar como pudieron constituir oportunidades para el crecimiento personal.

Carta de Gratitud: consiste en escribir una carta de agradecimiento a una persona a la que no se le haya agradecido apropiadamente por algún gesto o contribución a la vida de quien escribe. En muchas ocasiones también se indica que se comparta el contenido de la carta con su destinataria en una visita cara a cara o encuentro telefónico (Emmons & McCullogh, 2003).

Saboreo: es una técnica que tiene como finalidad evitar o romper con la habituación que disminuye el efecto de las emociones positivas. De acuerdo con Bryant (2003), se pueden generar cuatro acciones: deleitarse, dar gracias, maravillarse y atender plenamente.

Cita de saboreo: es una intervención desarrollada por Rashid y Seligman (2018) en la que solicita al participante planear y llevar a cabo una actividad en la que se emplee el saboreo.

Reminiscencia positiva: puede considerarse como una variación de las técnicas de saboreo que están orientadas hacia actividades que se realizan en el presente, para dirigir la atención y procesamiento cognitivo hacia alguna actividad que sucedió en el pasado. El objetivo es que el individuo se tome el tiempo para saborear las buenas experiencias en la vida y reviva los sentimientos positivos asociados a esos eventos; disfrutando de mayor positividad en sus vidas (Lyubomirsky et al., 2006).

Identificación de experiencias óptimas: consiste en la revisión de las actividades del participante e identificar, entre ellas, aquellas en las que se experimenta un estado de flujo (Tarragona, 2014). Es importante considerar el análisis de las actividades para revisar que posean las características que se han identificado para las experiencias óptimas.

Agendar una experiencia óptima: se trata de una variación de las citas de saboreo (Rashid & Seligman, 2018). El objetivo es que el participante se involucre en una actividad que genere estado de flujo y reflexione acerca de las sensaciones que le producen, de tal forma que puedan incrementarse para fomentar el bienestar. Se planifica una actividad a realizar por el participante durante la semana y se le solicita que escriba sobre su experiencia.

Estrategias para aumentar las experiencias óptimas: se trata de revisar las estrategias propuestas por Lyubomirsky (2008) para incrementar las experiencias óptimas y la reflexión acerca de qué estrategias se podrían realizar para fomentar el estado de flujo. Las estrategias son controlar la atención, adoptar nuevas actividades, recuperar actividades o relacionarse nuevamente con ellas, transformar tareas rutinarias, invertir en el tiempo libre y fluir en las conversaciones y obligaciones.

Fluir con las fortalezas distintivas: es una estrategia propuesta por Carr (2007), que implica identificar las fortalezas distintivas del participante y decidir realizar

tareas y actividades que permitan el empleo diario de las mismas; identificando si producen estado de flujo.

Árbol de relaciones positivas: desarrollada por Rashid y Seligman (2018), consiste en reflexionar acerca de las personas cercanas a la vida del participante e identificar las fortalezas de carácter que poseen y cómo se contribuyen entre sí, en el empleo de las fortalezas y el bienestar subsiguiente.

El regalo de tiempo: desarrollada por Peterson (2006a), instruye al participante a contactar a una persona por quien se sienta afecto y se realice una actividad por y para ella, que requiera una cantidad considerable de tiempo e involucre el uso de una de sus fortalezas de carácter.

Respuesta activa constructiva: consiste en enseñar a las personas las formas de respuesta que se han identificado para la recepción de buenas noticias o eventos positivos (Gable & Gosnell, 2011).

Reevaluación positiva: emplea la autodivulgación escrita para explorar recuerdos que pueden provocar sentimientos de resentimiento y dolor, y promueve el procesamiento cognitivo para reevaluar los significados de dichos eventos, de tal forma que se recuerden de manera distinta y provoquen menor reacción emocional negativa (Rashid & Anjum, 2008).

Legado positivo: desarrollada por Peterson (2006a), consiste fundamentalmente en que las personas escriban sobre cómo les gustaría ser recordados cuando murieran.

Revisión de la vida: se trata de un proceso cognitivo en el que se traen a la consciencia las experiencias pasadas y conflictos no resueltos. El objetivo es reintegrar las experiencias pasadas y los conflictos no resueltos para tratar de ofrecer una resolución de los mismos, y alcanzar un sentimiento de serenidad y sabiduría. Es una técnica en la que se ayuda al participante a rescatar y organizar sus recuerdos; pudiendo focalizar en aspectos positivos que permitan fomentar el bienestar (Latorre et al., 2009).

Una historia de logro: desarrollada por Tarragona (2014), se solicita al participante recordar experiencias exitosas en su vida, describirlas en detalle y reflexionar acerca de lo que se hizo, qué fortalezas y habilidades se involucraron, el esfuerzo realizado, la relación de ese logro con los valores y propósitos del participante y el significado que el logro, en general, posee.

Listado de objetivos: Consiste en formular listados de objetivos permite a las personas, tanto dejar un testimonio escrito sobre lo que desean lograr, como una herramienta para comprometerse con otros a cumplir con dicho objetivo y monitorizar su avance (Miller & Frisch, 2009).

4.8 Integridad de tratamiento

La integridad del tratamiento se refiere al grado en el que la intervención se implementó o desarrolló como se pretendió realizar o se diseñó (Gitlin & Czaja, 2015). Para evaluar este aspecto, se delineó una lista de verificación de los procedimientos que componen la intervención y que el terapeuta principal ejecutaba en cada sesión. Esta lista era calificada por el co-terapeuta que observaba directamente la sesión y, por medio de audiograbación, por el otro co-terapeuta que no realizaba la observación directa. En ambos casos, calificaban de forma dicotómica si se realizaba o no el procedimiento planteado en el manual del terapeuta. Además de los procedimientos, calificaban el tiempo de implementación y realizaban algunas observaciones independientes del listado de verificación.

En la sección de anexos de este documento se puede consultar la lista de verificación general que se empleó en cada sesión.

4.9 Factibilidad y validación social de la intervención

La evaluación de los efectos de una intervención de diseño reciente requiere, además de mediciones y medidas que aseguren su validez interna, la valoración de factores que pueden influir en el resultado de su implementación (Dobkin, 2009).

En las prácticas basadas en evidencia se recomienda que en el primer estadio del desarrollo teórico-metodológico de intervenciones se evalúe si poseen una base teórica apropiada, si los componentes son congruentes teóricamente y con los objetivos perseguidos, la definición del contenido de la intervención y el desarrollo de los manuales de intervención (Gitlin & Czaja,2016). Estos aspectos iniciales fueron abordados en el primer estudio de esta investigación.

Cuando esos primeros pasos ya se han realizado, es necesario evaluar factores que podrían influir en que las personas hacia las cuales va dirigida la intervención y que podrían hacer que adopten con mayor facilidad las actividades que componen un programa de intervención, o bien, interfieran con la adherencia al mismo (Kazdin et al., 1980).

Entre otros factores, Bowen et al. (2009) señalan como importantes la factibilidad y la aceptabilidad de la intervención. La factibilidad se refiere al grado con en el que un nuevo tratamiento o innovación en un programa se emplea con éxito en un medio o escenario particular; mientras que la aceptabilidad es la percepción, entre quienes reciben una intervención, de que el tratamiento es agradable o satisfactorio (Proctor et al., 2011).

De acuerdo con Sekhon et al. (2017), la evaluación puede realizarse de manera cualitativa (entrevistas semi-estructuradas o grupos focales) y cuantitativa (escalas análogas visuales), antes, durante y después de la intervención con potenciales receptores y aplicadores.

La intervención de esta investigación requiere la evaluación de estos aspectos debido a su reciente diseño y el medio por el cual fue implementada, videoconferencias, de cual se desconocían antecedentes que evaluaran su impacto. Por tal motivo, en esta investigación se evaluaron los siguientes aspectos relacionados con la factibilidad y aceptabilidad de la misma:

1. Carga: se refiere al esfuerzo percibido por los participantes que tuvieron que invertir en las actividades de la intervención. Esto se evaluó mediante dos indicadores:

a. Tasa de finalización de ejercicios: se monitoreó la realización de los ejercicios semanales en cada sesión de intervención y se revisó su finalización. Se evaluó el porcentaje de finalización de ejercicios en cada sesión y se motivó a los participantes a completar los mismos.
b. Tasa dificultad de ejercicios: Una escala visual análoga con una medición graduada de 0-10 acerca de la dificultad de los ejercicios y en la que el participante evaluó cada ejercicio realizado, en este aspecto, cada sesión de intervención.

2. Efectividad percibida: se refiere al grado en el que los participantes perciben que las actividades de la intervención alcanzan o pueden lograr el objetivo que se planteó conseguir con la misma. Se evaluó mediante una escala visual análoga con una medición graduada de 0-10 acerca de la utilidad de los ejercicios que el participante evaluó sesión a sesión y/o ejercicio a ejercicio y, también, a través de un cuestionario de satisfacción con el programa de intervención que se realizó al finalizar el programa de intervención y en el que los participantes comentarán acerca de los siguientes aspectos:
    a. Agrado por la intervención.
    b. Opinión de la ayuda brindada.
    c. Facilidad del formato online.
    d. Relevancia de los tópicos.
    e. Satisfacción con la calidad de la información.
    f. Relevancia de la intervención.
    g. Satisfacción con los ejercicios.
    h. Satisfacción con los cuadernos de trabajo (manual del participante).
3. Usabilidad: es el grado en el que un producto puede ser usado por usuarios específicos para alcanzar determinados objetivos con efectividad, eficacia y satisfacción en un contexto de uso particular (Fisk et al., 2004). Para evaluar este aspecto, se empleó un cuestionario de diez reactivos basado en el cuestionario de usabilidad empleado por Acosta et al. (2022) para evaluar el

grado en el que un *software* de videoconferencias puede ser empleado por adultos mayores para para implementar el programa de intervención.

Por otro lado, la validez social se refiere al grado en el que los participantes de una intervención perciben que los tratamientos realizan contribuciones valiosas en los objetivos fijados por los participantes y la aportación que realizan para lograr cambios cognitivos o conductuales que permiten una mejor adaptación a las condiciones de vida de los sujetos (Kazdin, 1977).

Para abordar la validación social de la intervención se diseñó una entrevista especial que se detallará en la siguiente sección.

4.9.1 Cuestionario de satisfacción y entrevista de validación social

La validación social y aceptabilidad de la intervención se realizó empleando dos medios complementarios entre sí. En primer lugar, se solicitó a los participantes contestar un pequeño cuestionario compuesto por 10 reactivos, al finalizar su participación en la intervención y como parte de las evaluaciones postest. Los reactivos se elaboraron en congruencia con las propuestas de Sekhon et al. (2017) y Gitlin y Czaja (2015) que consideran que el grado en el que las personas consideran que una intervención recibida es apropiada o aceptable está reflejada en varios aspectos. Los reactivos hicieron referencia a la actitud afectiva sobre su participación; utilidad, pertinencia y relevancia de la intervención, y la satisfacción con las tareas, los materiales y la intervención en general. Las respuestas se graduaron en un formato de 0 a 10 puntos como la mayoría de las evaluaciones empleadas en el programa. De tal forma que el cuestionario fuera congruente con el resto de instrumentos usados. El resultado cuantitativo permitió la realización de lo que se denomina como jueceo por no expertos de intervenciones psicosociales (Gitlin & Czaja, 2015).

Debido a que es frecuente que la deseabilidad social influya en la forma en la que los individuos responden ante los instrumentos de autorreporte sobre variables clave sobre la salud, como las relacionadas al bienestar, la satisfacción y la felicidad (Caputo, 2017) y en las implementaciones de IPP (Bolier et al., 2013);

se diseñó una entrevista de validación social que fue detallada anteriormente en la sección de instrumentos. Esta entrevista pretende eliminar el sesgo de la deseabilidad social al emplear un prefacio al cuestionamiento, que va en sentido contrario a lo que se espera que respondan los entrevistados; instigándolos a expresar con mayor detalle sus concepciones (Latkin et al., 2017). Como se describió en la sección anterior, el prefacio se expresaba negativamente acerca del programa, de tal manera que se instigaba a los participantes a comentar ya fuera en sentido contrario o similar sin el efecto del sesgo. Además se instó a realizar comentarios específicos. El entrevistador cuestionó a los participantes sobre su satisfacción con el programa, su utilidad, las actividades realizadas durante el mismo y el desempeño del terapeuta.

4.10 Análisis de datos

Para evaluar la magnitud del cambio terapéutico o efecto de la intervención en las mediciones repetidas realizadas entre la línea base (A) y la fase de tratamiento (B), se empleó el Índice de No Solapamiento de todos los Pares (NAP) que resume el no solapamiento de los datos entre ambas fases (A-B) y puede considerarse como el porcentaje de datos que muestran una mejoría en la fase de tratamiento respecto de la línea base o fase en ausencia de tratamiento (Sanz & García-Vera, 2015).

Igualmente, para evaluar la significancia del cambio clínico en las mediciones pre-postest se empleó el índice de cambio fiable de Jacobson & Truax (ICF_{JT}) (1991), que evalúa el *cambio clínico confiable*; esto es, una medida que permite evaluar bajo un criterio estadístico y normativo si el cambio observado en una medición posterior al tratamiento en comparación con una realizada antes de su implementación representa un cambio significativo o no. Se siguió el algoritmo y criterios propuestos por los autores y obtenidos en Iraurgi (2010), que consideran las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación y establecen como referencia un punto de corte igual o mayor a 1.96; equivalente a dos desviaciones estándar para considerar que un tratamiento ha provocado un cambio significativo en el participante. Si se obtiene una puntuación igual o mayor a 1 pero menor a

1.96, el cambio se considera como mínimo y si la puntuación es menor a 1, se considera que no hubo cambio. En este mismo sentido, se computó el cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994), que se calcula dividiendo la diferencia entre las puntuaciones postest y pretest entre la puntuación pretest y transformándose en porcentaje al multiplicarse por 100. Con este cálculo, se consideran como significativos cambios mayores al 20%.

Para evaluar la integridad del tratamiento se usó el Índice Kappa (Cohen, 1960), que calcula la concordancia entre ambos observadores en las calificaciones dicotómicas de la lista de verificación de procedimientos de la intervención.

Los aspectos relacionados con la factibilidad, aceptabilidad y efectividad percibida del programa de intervención se resumieron mediante el empleo de estadística descriptiva que sintetizó la dificultad, completitud y utilidad de las tareas.

Para evaluar la satisfacción de los participantes con el programa de intervención se empleó un método de jueceo por no expertos y se utilizó el Coeficiente de Validez de Contenido de Hernández-Nieto (2011) que, como se ha expuesto con anterioridad, evalúa el grado de acuerdo o concordancia entre las puntuaciones otorgadas por cada participante a cada rubro de evaluación y ajustando la puntuación al grado de error por la asignación de respuestas aleatorias.

Finalmente, para analizar la entrevista de validación social se transcribió el contenido de las entrevistas y se codificó en categorías de análisis por medio de análisis del discurso para reportar las concordancias y digresiones entre los participantes con respecto a los cuestionamientos planteados.

5. RESULTADOS

A continuación se presentarán los análisis de los resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la intervención. El orden en el cual se mostrarán obedece a la agrupación de datos obtenidos en las variables de interés hasta la finalización del programa de intervención, el análisis de los datos obtenidos durante los seguimientos realizados, la integridad de la intervención y los análisis de factibilidad y validación social de la misma.

Por lo tanto, primero se exhibirán los resultados relacionados con la efectividad de la intervención; y después se presentarán los análisis que evalúan la validez interna de la investigación.

En cada una de las secciones se proporcionan detalles que se consideran relevantes para la interpretación de los resultados y sus implicaciones.

5.1 Bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo, como se definió anteriormente, se refiere a la capacidad del individuo de experimentar emociones y sentimientos positivos y de disfrutar de las circunstancias en las que se vive, de las relaciones que se posee y, en conjunto, sentirse satisfecho con la vida propia (Bar-On, 2000).

En esta investigación se optó por evaluar el impacto de la intervención en dos aspectos específicos que componen este tipo de bienestar. Por un lado, el balance afectivo que es reflejo de la frecuencia y magnitud con que se experimentan emociones positivas (Fredrickson, 2009) y, por otro lado, de la sensación de satisfacción con la vida que juzga el individuo

5.1.1 Análisis visual de datos

En este apartado se presentarán los análisis individuales que representan los cambios en la medición del bienestar subjetivo; medido a través del Índice de Positividad calculado por medio de la Autoprueba de Positividad de Fredrickson (2009). Este indicador representa el balance afectivo de los participantes y es el

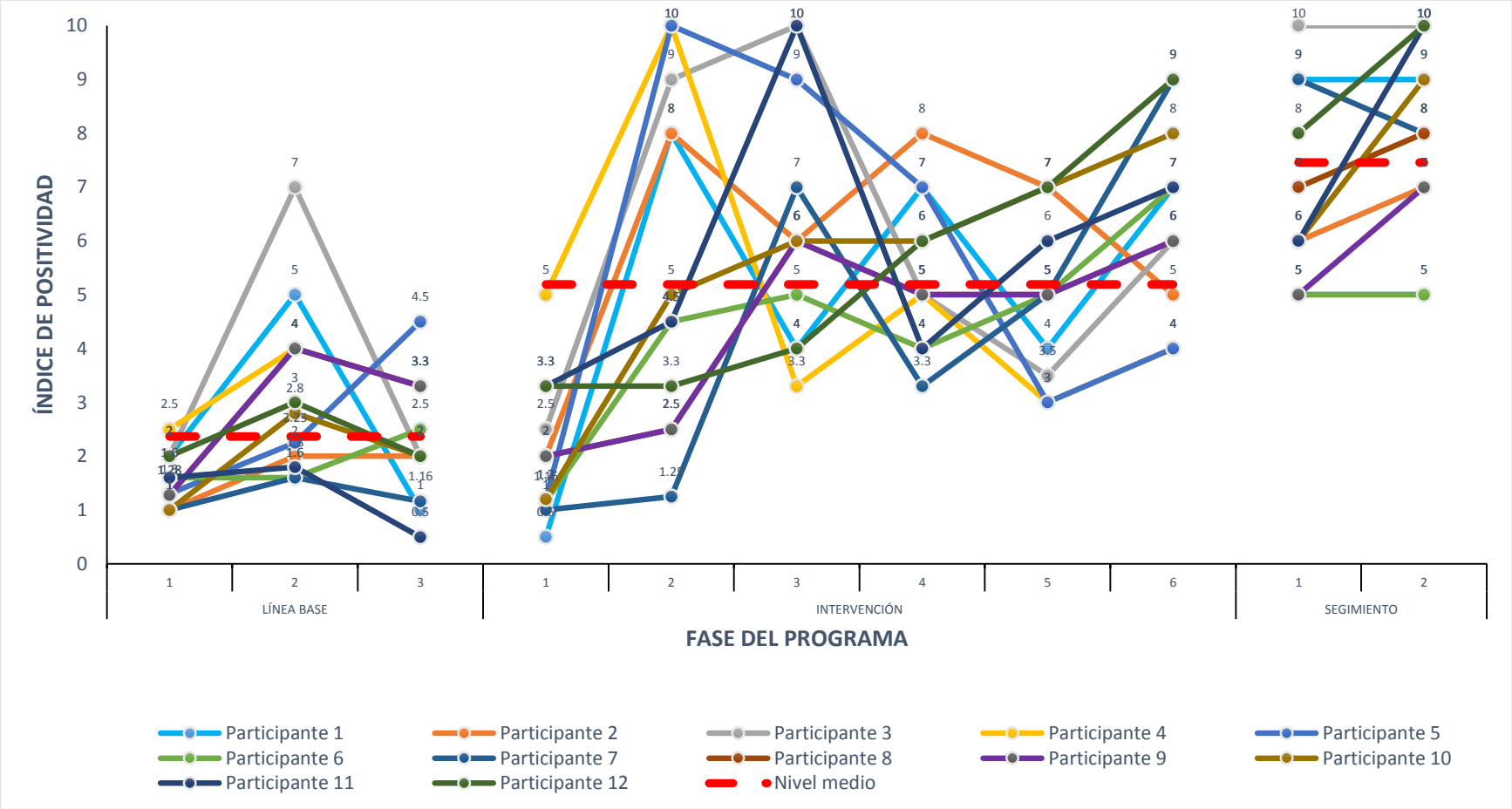
cálculo de la razón entre las emociones positivas y negativas reportadas por el evaluado. Se calculó en las 3 sesiones previas al inicio del programa de intervención (línea base),

En los gráficos se encontrará que el eje de las abscisas se representan los distintos periodos de observación; mientras que el eje de las ordenadas se representa la variable de interés (Silva, 2004).

En primera instancia, se presenta la figura 5 que muestra el puntaje del Índice de Positividad en todos los participantes. La línea punteada en la gráfica representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del tratamiento (línea base, intervención y seguimientos).

Figura 5

Puntaje del Índice de positividad de todos los participantes



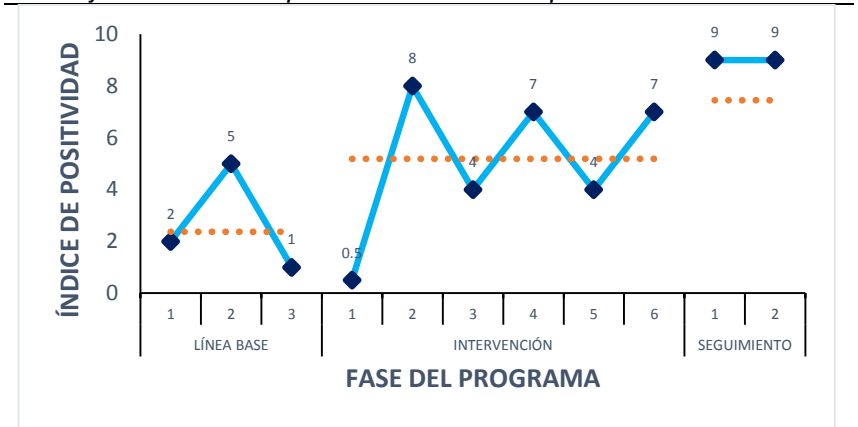
Nota. Se presentan los datos de todos los participantes en la puntuación de la Autoprueba de positividad durante el primer módulo y los seguimientos. La sexta evaluación del programa de intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada en rojo representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa. El primer seguimiento se llevó a cabo a los tres meses de concluida la última sesión del programa y el segundo a los seis meses. Los índices cuantitativos del nivel fueron: línea base =2.36; intervención = 5.19; y seguimiento = 7.45.

A continuación, se presentan las figuras 6 a 17 que muestran los puntajes del índice de positividad obtenidos en cada participante durante la línea base, intervención y seguimientos. En las gráficas se presenta en comparación la media obtenida por todos los participantes en cada una de las fases de evaluación.

Como podrá observarse, todos los participantes tuvieron incrementos en el puntaje mostrando beneficios en su bienestar subjetivo. Los participantes que mayor beneficio mostraron fueron los participantes 2, 11 y 12. Aunque todos tuvieron incrementos, los participantes que menor incremento obtuvieron fueron los participantes 5 y 6.

Figura 6

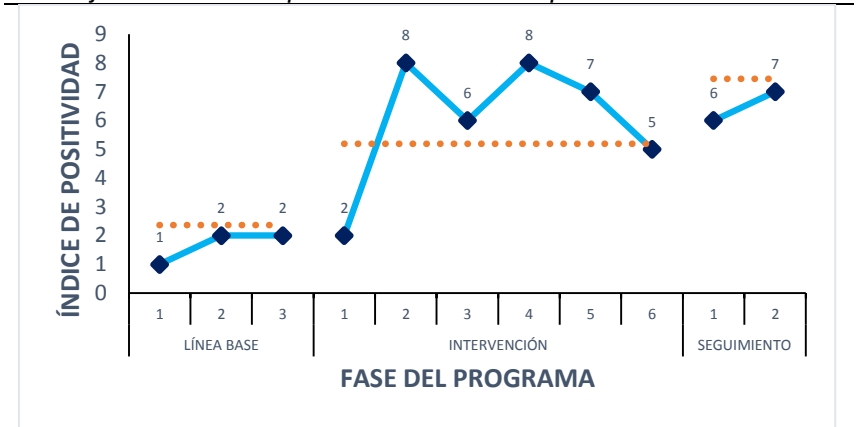
Puntaje del Índice de positividad del Participante 1



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

Figura 7

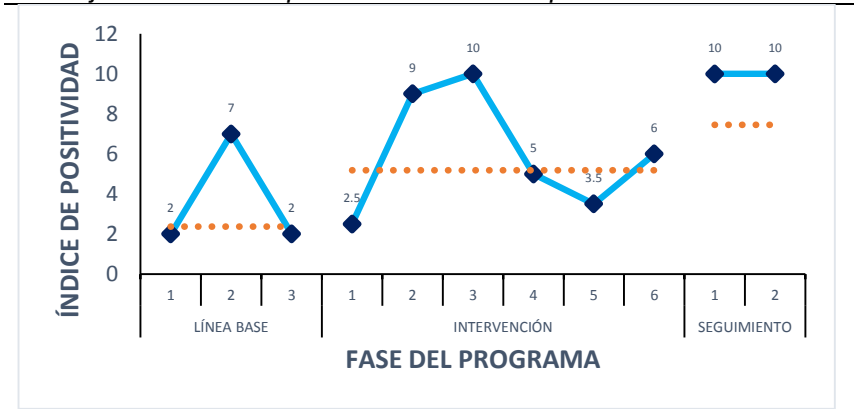
Puntaje del Índice de positividad del Participante 2



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

Figura 8

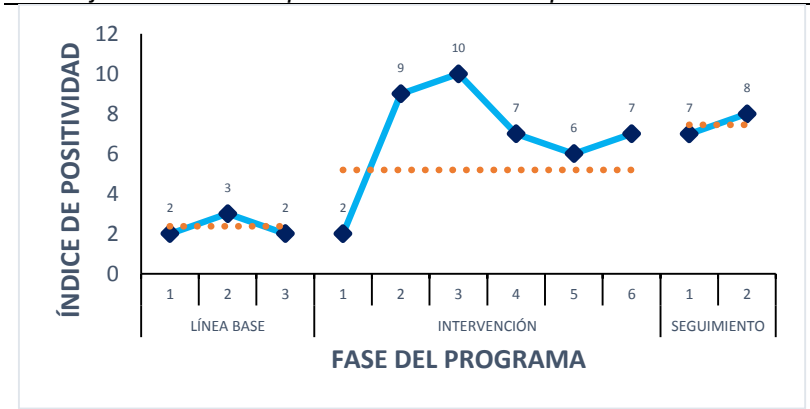
Puntaje del Índice de positividad del Participante 3



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

Figura 9

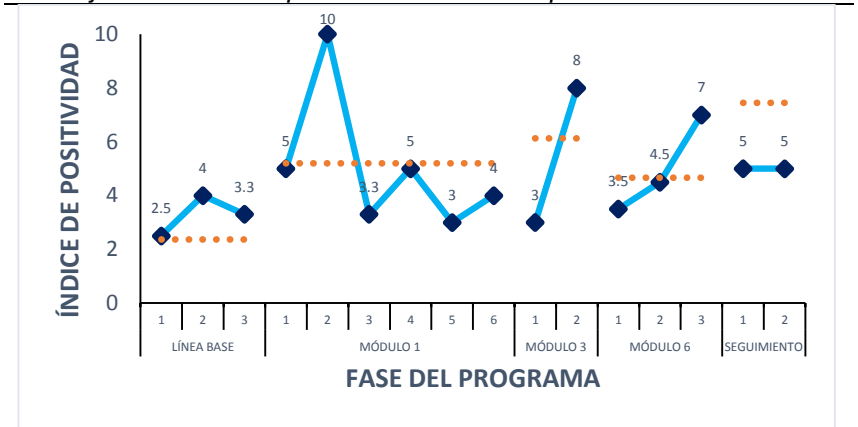
Puntaje del Índice de positividad del Participante 4



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

Figura 10

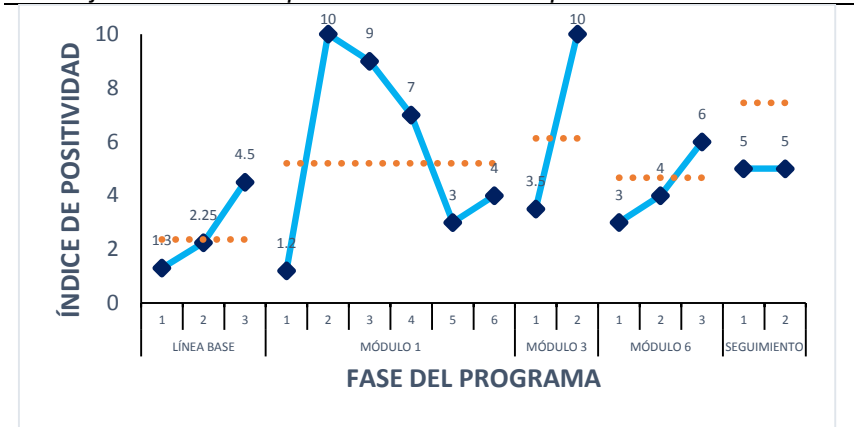
Puntaje del Índice de positividad del Participante 5



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa y módulos del programa.

Figura 11

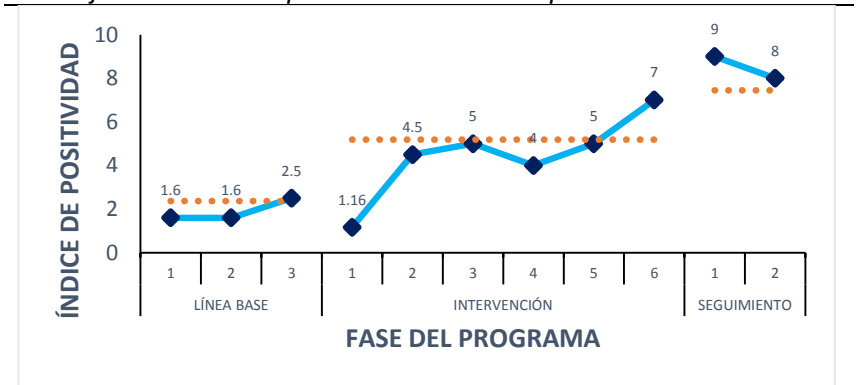
Puntaje del Índice de positividad del Participante 6



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa y módulos del programa.

Figura 12

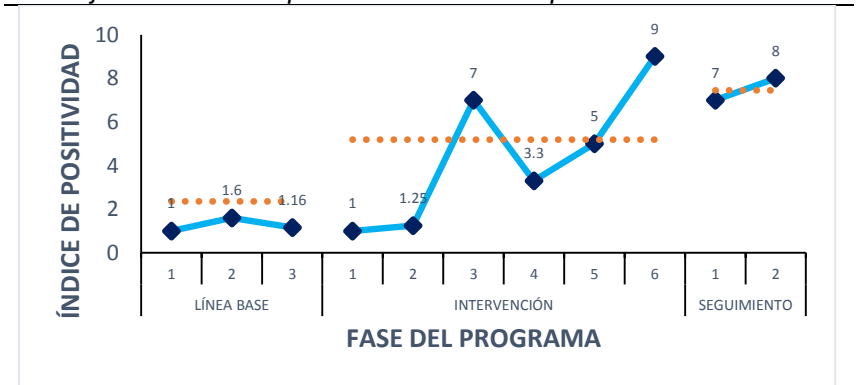
Puntaje del Índice de positividad del Participante 7



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

Figura 13

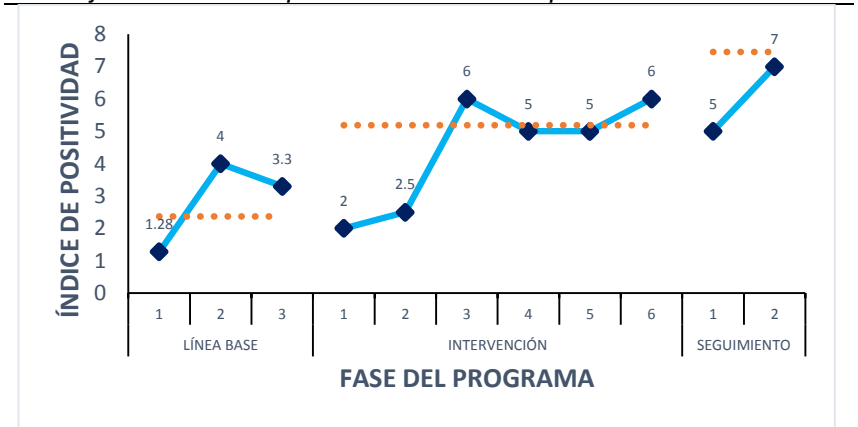
Puntaje del Índice de positividad del Participante 8



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

Figura 14

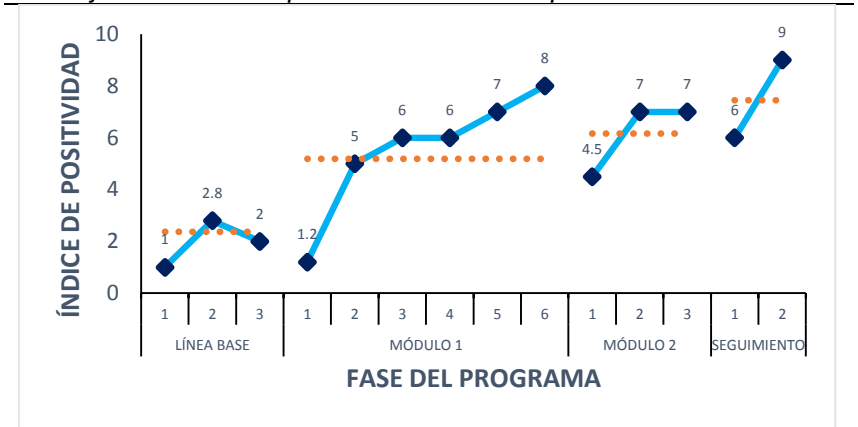
Puntaje del Índice de positividad del Participante 9



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

Figura 15

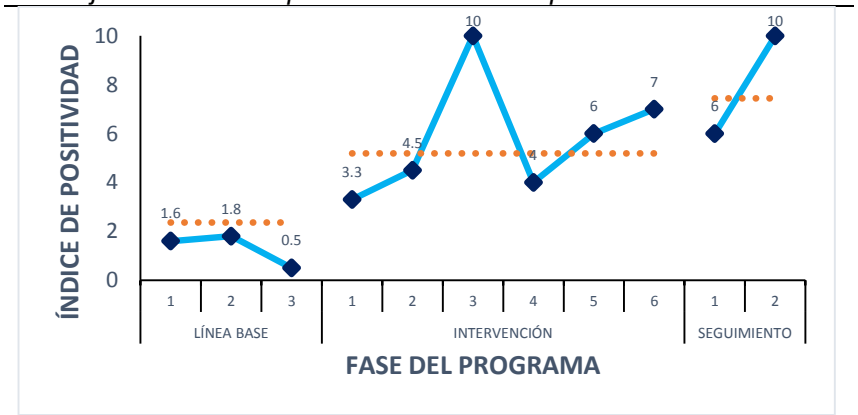
Puntaje del Índice de positividad del Participante 10



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa y módulos del programa.

Figura 16

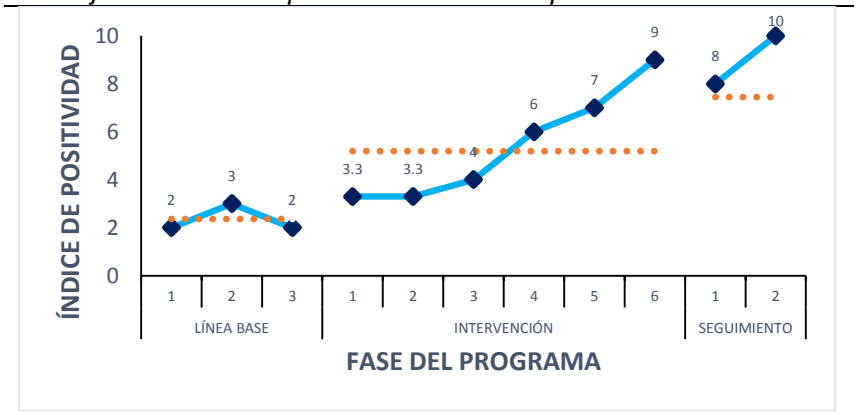
Puntaje del Índice de positividad del Participante 11



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

Figura 17

Puntaje del Índice de positividad del Participante 12



Nota. La sexta evaluación de la intervención corresponde a la evaluación postest. La línea punteada representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa.

5.1.2 Índices cuantitativos para diseños N=1

Para apoyar el análisis visual de los datos de las gráficas anteriores se emplearon los índices cuantitativos para diseños N=1. Estos análisis apoyan el análisis del impacto de la intervención sobre el bienestar subjetivo.

En ese apartado se mostrará si en la variable se observaron cambios en nivel, tendencia, estabilidad y variabilidad entre las fases de línea base y tratamiento de la intervención. Los cálculos se realizaron a partir de las propuestas de Silva (2004) y permiten comparar las fases de línea base y de intervención entre sí, por cada uno de los participantes. La tabla 10 resume los índices descriptivos de las fases del programa hasta la conclusión del primer módulo.

Tabla 10
Índices descriptivos entre las fases del programa por participante

Participante	Fase	Nivel	Tendencia	Variabilidad	Coeficiente de variabilidad	Estabilidad
1	Línea base	2.66	-0.50	1.69	63.73	-1.25
	Intervención	5.08	0.67	2.55	50.28	1.81
2	Línea base	1.66	0.50	0.47	28.28	0.70
	Intervención	6.00	0.40	2.08	34.69	2.51
3	Línea base	3.66	0.00	2.35	64.28	-1.41
	Intervención	6.00	-0.11	2.72	45.38	2.12
4	Línea base	2.33	0.00	0.47	20.20	-1.41
	Intervención	6.83	0.37	2.54	37.23	2.42
5	Línea base	3.26	0.40	0.61	18.75	-0.61
	Intervención	5.05	-0.69	2.34	46.35	2.11
6	Línea base	2.68	1.60	1.34	50.06	1.26
	Intervención	5.70	-0.25	3.20	56.16	2.15
7	Línea base	1.90	0.45	0.42	22.32	0.70
	Intervención	4.44	0.84	1.73	39.12	2.46
8	Línea base	1.25	0.08	0.25	20.24	-1.22
	Intervención	4.42	1.35	2.91	65.86	-0.50
9	Línea base	2.86	1.01	1.15	40.32	0.03
	Intervención	4.41	0.75	1.59	36.04	2.47
10	Línea base	1.93	0.50	0.73	38.08	-0.54
	Intervención	5.74	0.47	1.90	33.18	1.42
11	Línea base	1.30	-0.55	0.57	43.96	0.33
	Intervención	5.80	0.48	2.24	38.74	1.43
12	Línea base	2.33	0.00	0.47	20.20	-1.41
	Intervención	5.43	1.18	2.10	38.79	2.74

Como puede observarse, todos los participantes tuvieron un cambio de nivel favorable entre la fase de línea base y la de intervención; esto es, incrementaron el promedio de los registros del índice de positividad durante la fase de intervención. Con base en estos índices, los participantes que mayor incremento tuvieron en

cuanto al nivel entre ambas fases fueron la participante 2 con $\bar{X}$ = 1.66 antes del procedimiento y $\bar{X}$ = 6.00 después del procedimiento; la participante 4 con $\bar{X}$ = 2.33 antes y $\bar{X}$ = 6.83 después; y la participante 11 con $\bar{X}$ = 1.30 antes y $\bar{X}$ = 5.80 después. Los participantes que tuvieron incrementos menores fueron la participante 5 con $\bar{X}$ = 3.26 antes de la intervención y $\bar{X}$ = 5.05 después de la intervención y la participante 9 con $\bar{X}$ = 2.86 antes y $\bar{X}$ = 4.41 después.

En general, la tendencia entre ambas fases no se modificó drásticamente y solamente en algunos casos hubo cambio de dirección. Se volvió una tendencia hacia el incremento en el participante 3 y en el participante 6.

La variabilidad cambió en algunos casos hacia el incremento en la fase de intervención. Los participantes 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10 y 12 tuvieron mayor variabilidad en la fase de intervención que en la fase de línea base.

Finalmente, con respecto la estabilidad se observó que durante la fase de línea base la mayoría de los casos presentó ausencia de estabilidad en los datos y una posterior estabilidad en la fase de intervención.

Con respecto a los participantes que recibieron más de un módulo del programa, también se calcularon los indicadores descriptivos entre las fases, tomando en cuenta las puntuaciones obtenidas durante los módulos cursados. Los indicadores se pueden observar en la tabla 11.

Tabla 11
Índices descriptivos entre las fases del programa por participantes que cursaron módulos adicionales al primero

Participante	Fase	Nivel	Tendencia	Variabilidad	Coeficiente de variabilidad	Estabilidad
5	Línea base	3.26	0.40	0.61	18.75	-0.61
	Intervención	5.11	-0.04	2.17	42.57	-0.71
6	Línea base	2.68	1.60	1.34	50.06	1.26
	Intervención	5.51	-0.10	2.93	53.18	0.70
10	Línea base	1.93	0.50	0.73	38.08	-0.54
	Intervención	5.74	0.47	1.90	33.18	1.42

Como puede observarse los cambios de nivel son muy similares a los presentados en la fase de intervención del primer módulo. Los participantes 5 y 10

incrementaron el nivel de la fase de intervención con respecto al nivel obtenido antes de cursar los módulos adicionales al primero; incrementando 0.06 y 0.21 puntos respectivamente. Mientras que el nivel del participante 6 disminuyó ligeramente (0.19 puntos). Los cambios en el resto de indicadores fueron muy similares a los relacionados anteriormente; siendo cambios muy discretos.

5.1.3 Índice de No Solapamiento de todos los Pares (NAP)

Para evaluar la magnitud del cambio terapéutico se empleó el Índice de No solapamiento de todos los Pares (NAP), que da cuenta del tamaño del efecto del cambio producido por el tratamiento en la variable de bienestar subjetivo (Sanz & García-Vera, 2015) (véase la tabla 12).

Los efectos oscilaron de 0.72 a 1 en las mediciones obtenidas desde la línea base hasta la finalización del primer módulo. Tres participantes obtuvieron índices que pueden clasificarse como efectos grandes y el resto efectos medios. Los participantes que cursaron módulos posteriores al primero mejoraron el tamaño del efecto terapéutico con respecto al obtenido al finalizar el primer módulo. Todos obtuvieron efectos medios.

Tabla 12
Magnitud del cambio terapéutico

Participante	NAP – posterior al módulo 1	NAP - posterior a módulos adicionales
Participante 11	1[a]	
Participante 12	1[a]	
Participante 2	0.94[a]	
Participante 4	0.88[b]	
Participante 10	0.88[b]	0.92[b]
Participante 7	0.83[b]	
Participante 8	0.80[b]	
Participante 3	0.77[b]	
Participante 5	0.77[b]	0.78[b]
Participante 9	0.77[b]	
Participante 1	0.72[b]	
Participante 6	0.72[b]	0.75[b]

Nota. Se presentan los niveles de tamaño del efecto por grado de mejoría decreciente. Los tamaños del efecto calculados a partir del índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) se clasifican: 0-0.65 = efecto débil [c], 0.66-0.92 = efecto medio [b] y 0.93-1 = efecto grande [a].

5.1.4 Análisis del cambio clínico en el postest

En esta sección se presentarán los análisis relacionados con el cambio clínico ocurrido posterior a la implementación del programa de intervención y que se aplicaron a las variables bienestar subjetivo, bienestar psicológico, fortalezas de carácter y depresión.

Antes de presentar los resultados, es importante presentar los criterios con los que se procesaron los datos tanto en esta variable como en las que proceden.

En principio, es necesario precisar que un cambio clínicamente significativo ocurre cuando un participante que, antes de un tratamiento obtenía una puntuación en un instrumento que lo clasificaba como perteneciente a una población disfuncional, después del tratamiento la puntuación en el mismo instrumento lo coloca en una categoría perteneciente a la población funcional (Sanz & García, 2015). En este caso, cuando los instrumentos no evalúan un déficit sino una característica funcional, también aplica el criterio de que se ha producido un cambio cuando se cambia de una categoría a otra, o bien, se ha movilizado la puntuación en dirección hacia un cambio estadísticamente significativo; frecuentemente en la forma de cambios en las desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas (Iraugi, 2010). Hay diferentes algoritmos y fórmulas para su cálculo. Se consideraron aquellos que permitieron ajustarse a los puntajes y características de cada uno de los instrumentos de medición implicados tanto en el prepostest como en los seguimientos.

Se emplearon tanto el Índice de Cambio Fiable de Jacobson & Truax (ICF_{JT}) (1991) como el criterio de Cambio Clínico Objetivo (CCO) de Cardiel (1994).

Para el primer caso, se empleó la fórmula expuesta por Iraugi (2010) que plantea:

$$ICF_{JT} = \frac{X_{Post} - X_{Pre}}{EED} = \frac{X_{Post} - X_{Pre}}{\sqrt{2(DE_{norma}\sqrt{1-r_{xx}})}} \qquad (1)$$

Donde:

ICF_{JT} = Índice del Cambio Fiable

X_{Post} = Puntuación Post-tratamiento

X_{Pre} = Puntuación Pre-tratamiento

EED = Error estándar de las diferencias entre las dos medias

DE_{norma} = Desviación estándar de la muestra normativa

r_{xx} = Índice de confiabilidad del instrumento de medida (generalmente se reporta el alfa de Cronbach)

Como se señaló anteriormente, el criterio interpretativo se establece a partir de un punto de corte igual o mayor a 1.96; equivalente a dos desviaciones estándar para considerar que un tratamiento ha provocado un cambio significativo en el participante. Si se obtiene una puntuación igual o mayor a 1 pero menor a 1.96, el cambio se considera como mínimo y si la puntuación es menor a 1, se considera que no hubo cambio (Iraugi, 2010).

En el segundo caso, el porcentaje de cambio objetivo de Cardiel es una estimación que permite identificar el cambio clínico en un paciente en particular y se estima a partir de la diferencia entre las puntuaciones postest y prestest divididas entre el prestest y multiplicados por 100. La fórmula empleada fue la siguiente:

$$CCO = \frac{X_{Post} - X_{Pre}}{X_{Pre}} \times 100 \qquad (1)$$

Donde:

CCO = Cambio Clínico Objetivo

X_{Post} = Puntuación Post-tratamiento

X_{Pre} = Puntuación Pre-tratamiento

Para este indicador se establece que, si la puntuación es menor a 20%, entonces no hay un cambio significativo y si la puntuación es mayor a 20%, ya sea con signo negativo o positivo, se ha producido un cambio significativo. La interpretación dependerá del tipo de variable e instrumento que se esté examinando.

Estas precisiones también aplicarán para los análisis de las siguientes variables y, para evitar la repetición del contenido, únicamente se hará mención a este procedimiento expuesto.

En cuanto a la valoración del bienestar subjetivo de los participantes (véase la tabla 13), nueve participantes obtuvieron puntuaciones que pueden considerarse como cambios clínicos de importancia. Un participante obtuvo una puntuación de ICF_{JT} que puede considerarse como cambio clínico confiable y los ocho restantes, aunque no rebasaron el punto de corte, obtuvieron puntuaciones que pueden ser consideradas como cambios clínicos mínimos. Los participantes 4, 5 y 12 no obtuvieron puntuaciones que indicaran cambios relevantes, sin embargo, todos tuvieron incrementos en esta variable. Con respecto al CCO, únicamente los participantes 1, 3 y 9 tuvieron porcentajes de cambio que alcanzaron el criterio, por lo que puede considerarse que hubo un cambio significativo posterior a la intervención.

Tabla 13

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar subjetivo posterior al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	20	Cambio
2	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	14.2	Sin cambio
3	2.03	Mejoría	Cambio clínico confiable	25	Cambio
4	0.40	Estable	Sin cambio	4.34	Sin cambio
5	0.81	Estable	Sin cambio	9	Sin cambio
6	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	15	Sin cambio
7	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	15	Sin cambio
8	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	16	Sin cambio
9	1.62	Mejoría	Cambio mínimo	21	Cambio
10	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	16	Sin cambio
11	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	13	Sin cambio
12	0.81	Estable	Sin cambio	8	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Con respecto a los participantes que cursaron módulos adicionales al primero (véase la tabla 14), los participantes 6 y 10 tuvieron puntuaciones de consideración en el ICF_{JT}; el participante 10 obtuvo una puntuación que puede catalogarse como cambio clínico confiable, mientras que el participante 6 obtuvo una puntuación considerada como cambio mínimo. Con respecto al CCO los participantes 6 y 10

obtuvieron evaluaciones que constituyen cambios significativos. La participante 5 no obtuvo cambios significativos en ambos parámetros después de cursar módulos adicionales.

Tabla 14

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar subjetivo posterior a módulos adicionales al primero

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
5	0.81	Mejoría	Sin cambio	9	Sin cambio
6	1.04	Mejoría	Cambio mínimo	20	Cambio
10	2.44	Mejoría	Cambio clínico confiable	33	Cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Es necesario precisar que la medición del bienestar subjetivo en este apartado fue realizada con la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985), por lo que los resultados aquí presentados pueden interpretarse como cambios en la sensación de satisfacción general que los evaluados tienen hacia su vida y sus circunstancias. En general, puede interpretarse que los participantes tuvieron cambios significativos en este juicio subjetivo y que experimentaron una mayor sensación de bienestar y experiencia hedónica debida a su participación en el programa de intervención.

5.1.5 Análisis del cambio clínico durante los seguimientos

A continuación, se presentan los análisis realizados con respecto al cambio fiable y al cambio clínico objetivo en las mediciones realizadas durante los seguimientos posteriores a la aplicación de la intervención. El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa y el segundo a los seis. En ambos casos se presentan los cambios en comparación con la medición del pretest. Posteriormente se proveen las comparaciones de los distintos índices obtenidos entre la evaluación postest y en los seguimientos para su comparación

En la tabla 15 se presentan los análisis de los parámetros de ICT_{JT} y CCO en el bienestar subjetivo.

Tabla 15

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar subjetivo en el primer seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	1.62	Mejoría	Cambio mínimo	20	Cambio
2	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	14	Sin cambio
3	2.03	Mejoría	Cambio clínico confiable	25	Cambio
4	0.40	Estable	Sin cambio	4	Sin cambio
5	0.40	Estable	Sin cambio	4	Sin cambio
6	1.62	Mejoría	Cambio mínimo	20	Cambio
7	0.40	Estable	Sin cambio	5	Cambio
8	1.62	Mejoría	Cambio mínimo	22	Cambio
9	2.03	Mejoría	Cambio clínico confiable	26	Cambio
10	2.03	Mejoría	Cambio clínico confiable	27	Cambio
11	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	13	Sin cambio
12	0.40	Estable	Sin cambio	4	Sin cambio

Nota: El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

A este respecto, se observó que en tres participantes (3, 9 y 10) se obtuvieron puntuaciones categorizadas como cambio clínico confiable y en cuatro, cambio mínimo (1, 2, 6 y 11). Con respecto al CCO, seis participantes alcanzaron la puntuación del punto de corte para considerar que existió un cambio clínico confiable en este parámetro.

En la tabla 16 se presentan los análisis de los parámetros en el bienestar subjetivo a los seis meses de concluida la intervención.

Tabla 16

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar subjetivo en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	1.62	Mejoría	Cambio mínimo	20	Cambio
2	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	14	Sin cambio
3	2.03	Mejoría	Cambio clínico confiable	25	Cambio
4	0.40	Estable	Sin cambio	4	Sin cambio
5	0.81	Estable	Sin cambio	9	Sin cambio
6	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	15	Sin cambio
7	1.22	Mejoría	Cambio mínimo	15	Sin cambio
8	2.44	Mejoría	Cambio clínico confiable	33	Cambio
9	2.03	Mejoría	Cambio clínico confiable	26	Cambio
10	2.85	Mejoría	Cambio clínico confiable	38	Cambio
11	0.81	Estable	Sin cambio	9	Sin cambio
12	0.40	Estable	Sin cambio	4	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Con respecto al bienestar subjetivo, ocho participantes obtuvieron puntuaciones de consideración en cuanto al ICF_{JT}. Cuatro participantes (3, 8, 9 y 10) alcanzaron el punto de corte y se reportó un cambio clínico confiable; mientras que otros cuatro (1, 2, 6 y 7) reportaron un cambio mínimo. En cuanto al cambio clínico objetivo, cinco participantes (1, 3, 8, 9 y 10) obtuvieron una puntuación que puede considerarse como cambio significativo.

A continuación, se presenta la comparación de los índices de cambio clínico en el bienestar psicológico en los tres momentos de evaluación: postest, primer y segundo seguimiento. La tabla 17 presenta la comparación entre los tres tiempos de evaluación en el bienestar subjetivo.

Tabla 17

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en el bienestar subjetivo en los tres momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})			Cambio clínico objetivo (CCO)		
Participante	Postest	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Postest	Primer seguimiento	Segundo seguimiento
1	1.22	1.62	1.62	20	20	20
2	1.22	1.22	1.22	14	14	14
3	2.03	2.03	2.03	25	25	25
4	0.40	0.40	0.40	4	4	4
5	0.81	0.40	0.81	9	4	9
6	1.04	1.62	1.22	20	20	15
7	1.22	0.40	1.22	15	5	15
8	1.22	1.62	2.44	16	22	33
9	1.62	2.03	2.03	21	26	26
10	2.44	2.03	2.85	33	27	38
11	1.22	1.22	0.81	13	13	9
12	0.81	0.40	0.40	8	4	4

Nota: El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa, mientras que el segundo a los seis meses. Para fines de esta comparación en los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se tomó como evaluación postest la realizada al concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

En la comparación del ICF_{JT}, se puede observar que los dos participantes (3 y 10) que consiguieron un cambio fiable posterior a la implementación de la intervención mantuvieron dichos cambios a lo largo del periodo de seguimiento. Dos participantes (8 y 9), quienes obtuvieron cambios mínimos en el postest incrementaron su puntuación en el parámetro hasta conseguir un cambio fiable en los dos seguimientos. Tres participantes (1, 2 y 6) obtuvieron un cambio mínimo en

el postest y mantuvieron estos cambios a lo largo del periodo de seguimiento. Un participante (11) mantuvo el cambio mínimo obtenido en el postest únicamente hasta el primer seguimiento, mientras que otro participante (7) revirtió el cambio mínimo obtenido en el postest durante el primer seguimiento pero lo recuperó en el segundo seguimiento a la misma magnitud. Finalmente, tres participantes (4, 5 y 12) no mostraron cambios significativos en esta variable a lo largo del seguimiento de la intervención.

Con respecto al CCO, cuatro participantes (1, 3, 9 y 10) obtuvieron un cambio objetivo en el postest y lo mantuvieron a lo largo del periodo de seguimiento. Un participante (8) obtuvo el cambio objetivo hasta el periodo de seguimientos; este mismo participante obtuvo el cambio fiable hasta el tercer seguimiento. Un participante (6) mantuvo el cambio objetivo únicamente hasta los tres meses de concluida la intervención. El resto de los participantes no presentó cambios significativos en el indicador de CCO.

Con estos resultados se muestra una tendencia en la que, aquellos participantes que consiguen cambios significativos desde el postest, es muy probable que mantengan estos cambios hasta seis meses posteriores a la terminación del programa. Algunos participantes mejoran sus indicadores en el periodo de seguimiento y, esto apoya la propuesta de que la implementación de refuerzos del contenido del programa de intervención en los meses posteriores a la finalización del mismo, podrían permitir que aquellos participantes que no obtuvieron un cambio significativo lo alcancen y lo mantengan por un tiempo más prolongado.

5.2 Bienestar psicológico

Como previamente se definió, esta variable se refiere a la conjunción entre experiencias placenteras y la presencia de actividades y relaciones significativas que permiten al sujeto desarrollar su potencial (Huppert, 2009; Seligman, 2011).

Esta variable se evalúo por medio de dos instrumentos que apuntan a distintos aspectos de la misma. Se empleó el inventario *PERMA Profiler* (Butler &

Kern, 2016) que examina las cinco dimensiones del modelo PERMA del Bienestar (Seligman, 2011): positividad (emociones positivas); involucramiento (experiencias óptimas); relaciones positivas; significado y sentido de la vida y metas, logros y objetivos personales.

Así mismo, se empleó un *Registro conductual de actividades semanales*, diseñado para que los participantes registraran 3 actividades diarias y las evaluaran en la sensación de placer y de dominio o autoeficacia que les evocaran. Este instrumento apunta a observar cambios en los hábitos y patrones conductuales que, ante la implementación de la intervención, pudieran movilizar a los participantes a involucrarse activamente en conductas relacionadas con el bienestar. Para facilitar al análisis de los cambios conductuales, se optó por categorizar las actividades registradas en las agrupaciones propuestas por González-Celis (2002): actividades relacionadas con la salud, recreativas pasivas, recreativas activas, sociales y de independencia.

En primera instancia, se mostrarán los análisis relacionados con el cambio clínico que examinan el impacto de la intervención en la medición del bienestar psicológico con el instrumento psicométrico; para, en un segundo término, analizar los cambios conductuales.

5.2.1 Análisis del cambio clínico en el postest

En esta sección se presentarán los análisis relacionados con el cambio clínico ocurrido posterior a la implementación del programa de intervención en el bienestar psicológico.

En las evaluaciones realizadas para la variable de bienestar psicológico (véase tabla 18) cuatro participantes mostraron mejoría clínica significativa; los participantes 3, 7, 11 y 12. Dos participantes mostraron mejoría, pero no superaron el punto de corte establecido por Jacobson y Truax (1991) de 1.96 puntos. Los participantes 9 y 10 obtuvieron, por lo tanto, un cambio mínimo. El resto de participantes no obtuvo cambios significativos, aunque tuvieron calificaciones positivas en el ICF_{JT}, lo que indica que incrementaron sus puntuaciones posteriores

a la intervención. No hubo casos que empeoraran en esta variable. Solamente un caso (participante 7) obtuvo una puntuación de CCO que indicó un cambio objetivo.

Tabla 18

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar psicológico posterior al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	0.67	Estable	Sin cambio	2.92	Sin cambio
2	0.00	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
3	3.27	Mejoría	Cambio clínico confiable	15.4	Sin cambio
4	0.49	Estable	Sin cambio	2	Sin cambio
5	0.54	Estable	Sin cambio	2.6	Sin cambio
6	0.35	Estable	Sin cambio	2.27	Sin cambio
7	5.49	Mejoría	Cambio clínico confiable	30	Cambio
8	0.19	Estable	Sin cambio	0.7	Sin cambio
9	1.20	Mejoría	Cambio mínimo	5.37	Sin cambio
10	1.70	Mejoría	Cambio mínimo	8.2	Sin cambio
11	3.07	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
12	3.27	Mejoría	Cambio clínico confiable	14	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Con respecto a los tres participantes que cursaron módulos adicionales al primero, todos obtuvieron puntuaciones que indican mejoría en el ICF_{JT}. Los participantes 5 y 6 mejoraron su puntuación después de cursar los módulos adicionales; sin embargo, no rebasaron el punto de corte y su evaluación se clasifica como un cambio mínimo. En contraste, el participante 10 mejoró su puntuación a tal grado que obtuvo una puntuación clasificada como cambio clínico confiable. Ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones en el CCO para clasificarse como cambio objetivo.

Tabla 19

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar psicológico posterior a módulos adicionales al primero

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
5	1.75	Mejoría	Cambio mínimo	8.34	Sin cambio
6	1.04	Mejoría	Cambio mínimo	4.64	Sin cambio
10	2.06	Mejoría	Cambio clínico confiable	9.92	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Los cambios presentados aquí pueden interpretarse como mejorías en la sensación de bienestar psicológico que puede incluir incrementos en las sensaciones placenteras, actividades significativas o interacciones sociales.

5.2.2 Análisis del cambio clínico durante los seguimientos

A continuación, se presentan los análisis realizados con respecto al cambio fiable y al cambio clínico objetivo en las mediciones realizadas durante los seguimientos posteriores a la aplicación de la intervención. El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa y el segundo a los seis. En ambos casos se presentan los cambios en comparación con la medición del pretest. Posteriormente se proveen las comparaciones de los distintos índices obtenidos entre la evaluación postest y en los seguimientos para su comparación.

La tabla 20 resume los resultados tanto en el ICF_{JT} como en el CCO.

Tabla 20
Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar psicológico en el primer seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	0.68	Estable	Sin cambio	2	Sin cambio
2	0.19	Estable	Sin cambio	8	Sin cambio
3	3.43	Mejoría	Cambio clínico confiable	16	Sin cambio
4	0.68	Estable	Sin cambio	2	Sin cambio
5	8.00	Estable	Sin cambio	4	Sin cambio
6	0.35	Estable	Sin cambio	1	Sin cambio
7	6.35	Mejoría	Cambio clínico confiable	35	Cambio
8	0.52	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
9	1.56	Mejoría	Cambio mínimo	6	Sin cambio
10	2.22	Mejoría	Cambio clínico confiable	10	Sin cambio
11	2.39	Mejoría	Cambio clínico confiable	10	Sin cambio
12	2.74	Mejoría	Cambio clínico confiable	12	Sin cambio

Nota: El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como puede observarse cinco participantes (3, 7, 10, 11 y 12) obtuvieron calificaciones en el seguimiento que pueden considerarse como cambio clínico confiable, un participante un cambio mínimo (9) y solamente un participante (7) alcanzó el punto de corte para considerar que hubo un cambio clínico objetivo.

A continuación, se presentan los análisis del cambio clínico realizado a los seis meses posteriores a la conclusión del programa de intervención. En la tabla 21

se presentan las evaluaciones en los índices de cambio clínico en el bienestar psicológico a los seis meses de concluida la intervención.

Tabla 21

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en bienestar psicológico en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	2.06	Mejoría	Cambio clínico confiable	8	Sin cambio
2	0.52	Estable	Sin cambio	2	Sin cambio
3	3.43	Mejoría	Cambio clínico confiable	16	Sin cambio
4	0.16	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
5	2.08	Mejoría	Cambio clínico confiable	9	Sin cambio
6	0.35	Estable	Sin cambio	1	Sin cambio
7	6.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	33	Cambio
8	0.35	Estable	Sin cambio	1	Sin cambio
9	1.89	Mejoría	Cambio mínimo	8	Sin cambio
10	3.27	Mejoría	Cambio clínico confiable	15	Sin cambio
11	2.58	Mejoría	Cambio clínico confiable	11	Sin cambio
12	2.91	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como puede observarse, ocho participantes obtuvieron puntuaciones que indican cambios en esta variable. Siete de ellos (1, 3, 5, 7, 10, 11 y 12) obtuvieron calificaciones consideradas como cambio clínico confiable y un participante (9) una puntuación que representa un cambio mínimo. Mientras que, en cuanto al cambio clínico objetivo, solamente el participante 7 obtuvo una puntuación significativa.

A continuación, se presenta la comparación de los índices de cambio clínico en el bienestar psicológico en los tres momentos de evaluación: postest, primer y segundo seguimiento. La tabla 22 presenta esta comparación en el bienestar psicológico.

Tabla 22

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en el bienestar psicológico en los tres momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})			Cambio clínico objetivo (CCO)		
Participante	Postest	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Postest	Primer seguimiento	Segundo seguimiento
1	0.67	0.68	2.06	2	2	8
2	0.00	0.19	0.52	0	8	2
3	3.27	3.43	3.43	15	16	16
4	0.49	0.68	0.16	2	2	0
5	1.75	8.00	2.08	8	4	9
6	1.04	0.35	0.35	4	1	1
7	5.49	6.35	6.02	30	35	33
8	0.19	0.52	0.35	0	0.7	1
9	1.20	1.56	1.89	5	6	8
10	2.06	2.22	3.27	9	10	15
11	3.07	2.39	2.58	13	10	11
12	3.27	2.74	2.91	14	12	13

Nota: El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa, mientras que el segundo a los seis meses. Para fines de esta comparación en los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se tomó como evaluación postest la realizada al concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como puede observarse, si se comparan las puntuaciones del ICF_{JT} entre el postest y el primer seguimiento, cinco participantes (3, 7, 10, 11 y 12) que obtuvieron inicialmente puntuaciones de cambio fiable mantuvieron ese cambio a los tres y a los seis meses de concluida la intervención. Un participante (5) que en el postest obtuvo un cambio mínimo en el primer seguimiento obtuvo un incremento que puede clasificarse como cambio confiable y mantuvo el cambio hasta el segundo seguimiento. Un participante (9) mostró en sus tres evaluaciones un incremento constante en la cuantificación del indicador; sin embargo, en ninguna de sus tres evaluaciones se pudo observar una puntuación de cambio clínico confiable y permaneciendo en la categorización del cambio mínimo. Un participante (1), quien inicialmente no mostró cambios en las primeras dos evaluaciones, en la tercera obtuvo un cambio considerable en la puntuación del indicador, logrando categorizarse como un cambio confiable. Un participante (6) que inicialmente obtuvo una puntuación de cambio mínimo no mantuvo ni incrementó su puntuación en el indicador; categorizando las evaluaciones de seguimiento sin cambio significativo. Finalmente, tres participantes (2, 4 y 8) quienes no mostraron cambios desde el postest, se mantuvieron sin cambio a lo largo de los seguimientos realizados.

Con respecto al CCO, el participante 7, cuya puntuación alcanzó el punto de corte para considerarse como cambio objetivo, mantuvo la categorización a lo largo de los seguimientos. El resto de participantes se mantuvieron fuera del punto de corte como se observó en el postest.

Con estos resultados, en cuanto al bienestar psicológico, se puede afirmar que aquellos participantes que lograron un cambio fiable posterior a la intervención mantienen la ganancia obtenida en la variable por lo menos a los seis meses de concluida la intervención. Mientras que algunos participantes que obtuvieron un cambio mínimo podrían continuar con sus incrementos hasta lograr un cambio confiable, otros no lo lograrán y será importante detectar estos casos. Esto podría ser relevante para implementar refuerzos en la intervención para conseguir que en estos participantes, los cambios mínimos alcanzados puedan incrementarse hasta lograr una significancia clínica; y seguir implementando una detección de necesidades que permita focalizar las intervenciones en aquellos factores que influyan en el bienestar.

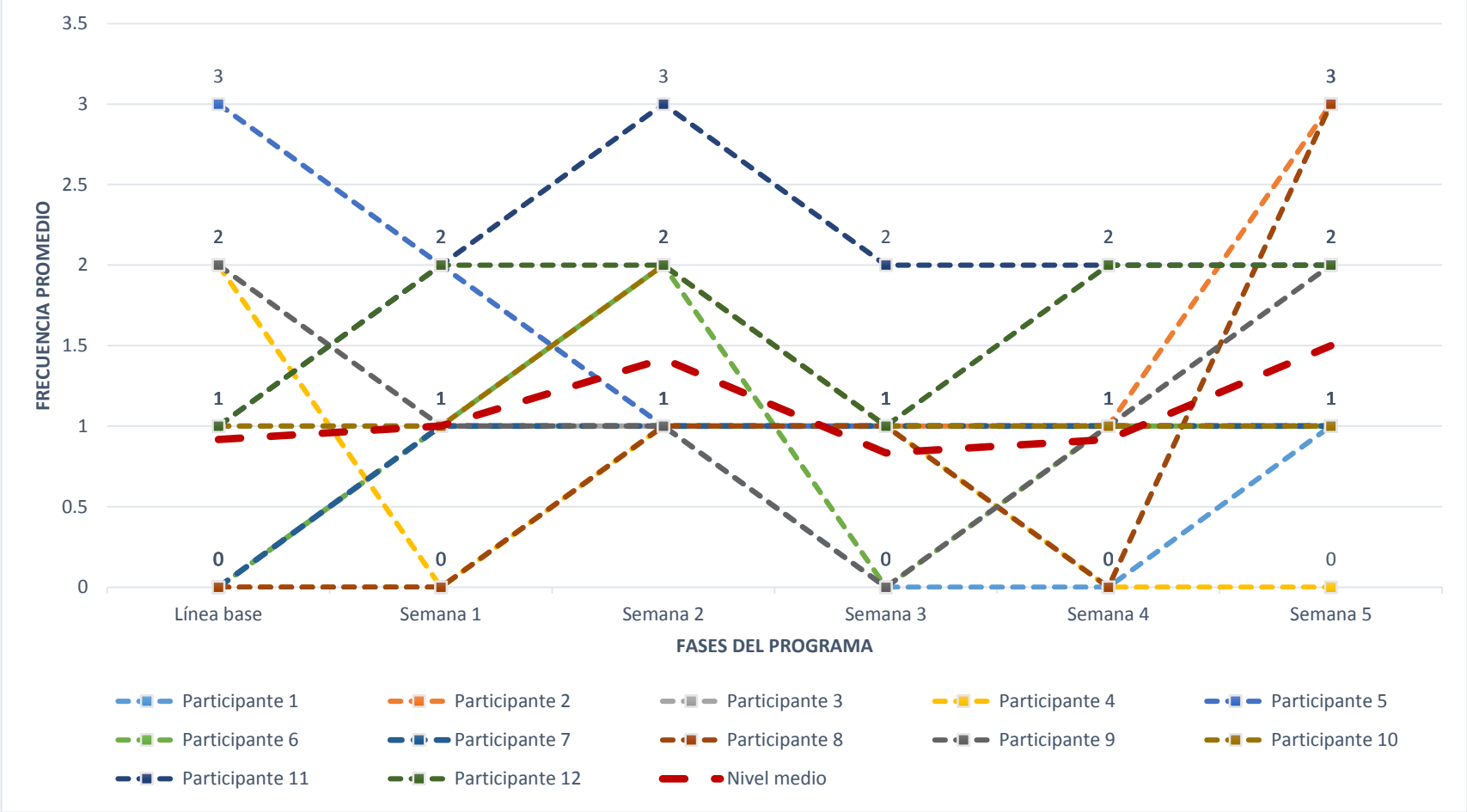
5.2.3 Análisis visual de los cambios conductuales

Los datos obtenidos a partir de los registros conductuales realizados diariamente por los participantes se clasificaron de acuerdo con la categorización propuesta por González-Celis (2002), en actividades relacionadas con la salud, recreativas pasivas, recreativas activas, sociales y de independencia.

A partir de la categorización y el conteo de la frecuencia de realización de las actividades, se computó el desempeño general de todos los participantes y se graficaron por tipo de actividad. En las figuras 18 a 22 se presentan estos gráficos.

Figura 18

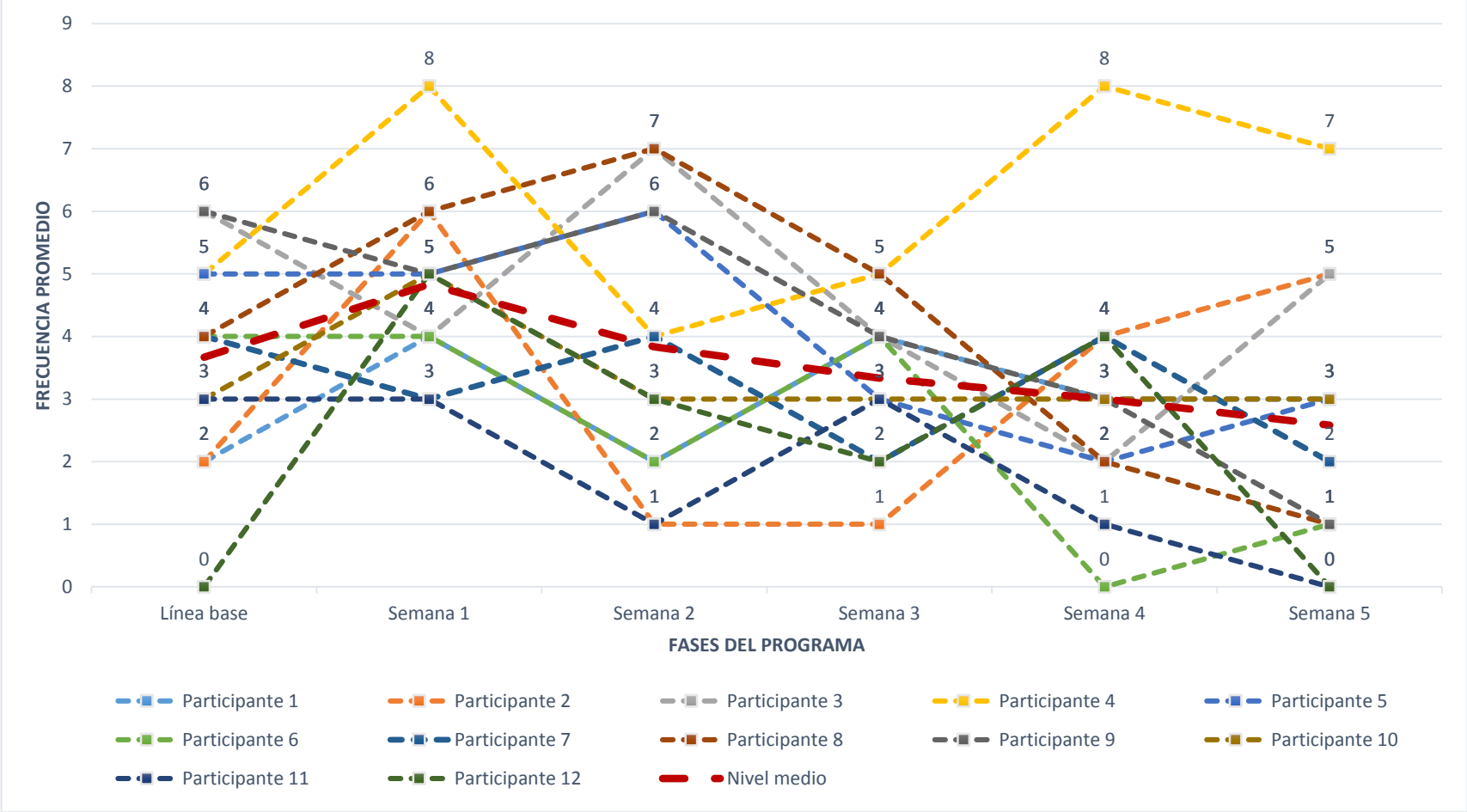
Frecuencia promedio y tendencia de las actividades relacionadas con la salud de los participantes



Nota: Los índices cuantitativos del nivel medio de ejecución fueron los siguientes: Nivel =1.10; Tendencia = 0.06; y Variabilidad = 0.25.

Figura 19

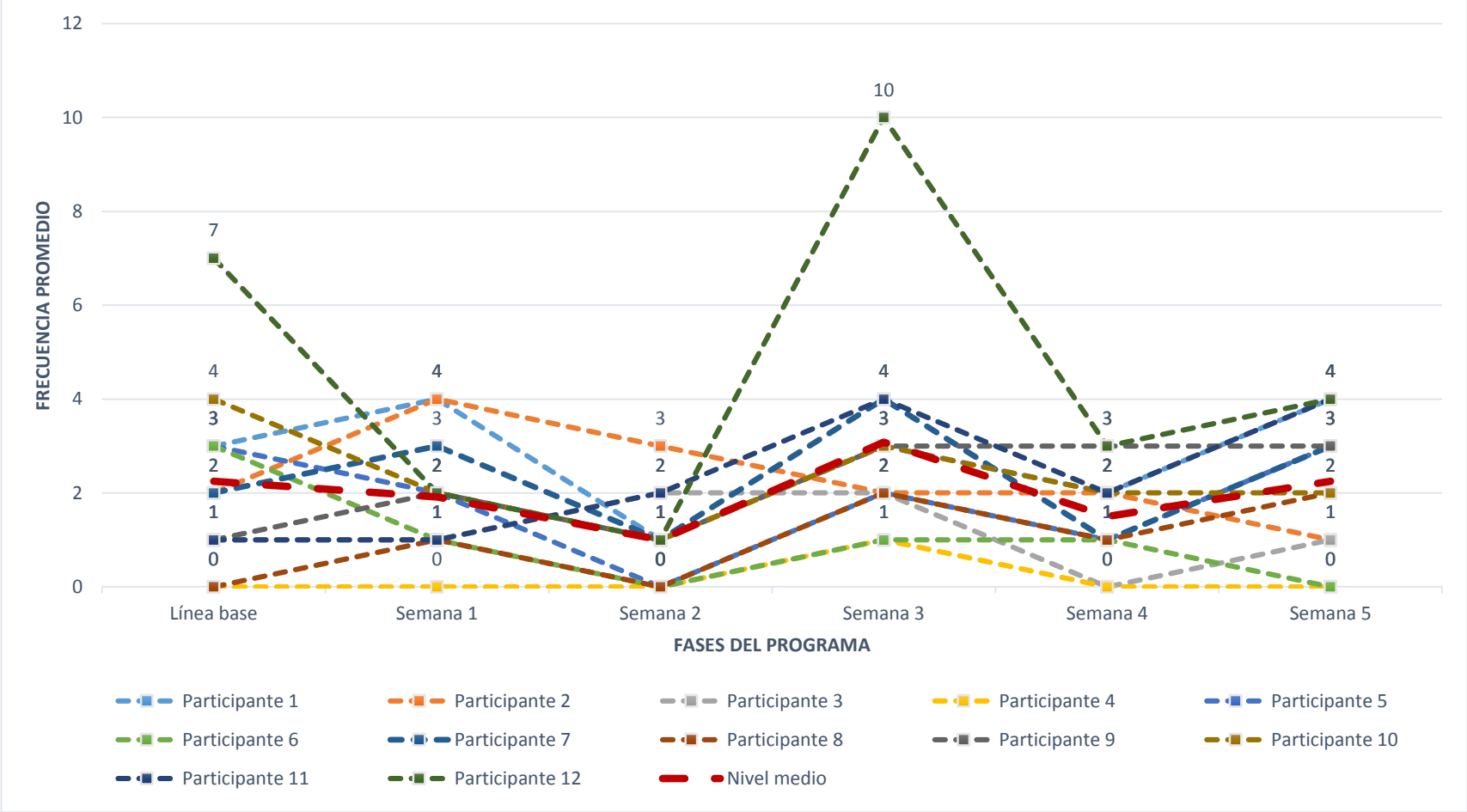
Frecuencia promedio y tendencia de las actividades recreativas pasivas de los participantes



Nota: Los índices cuantitativos del nivel medio de ejecución fueron los siguientes: Nivel =3.53; Tendencia = -0.32; y Variabilidad = 0.70.

Figura 20

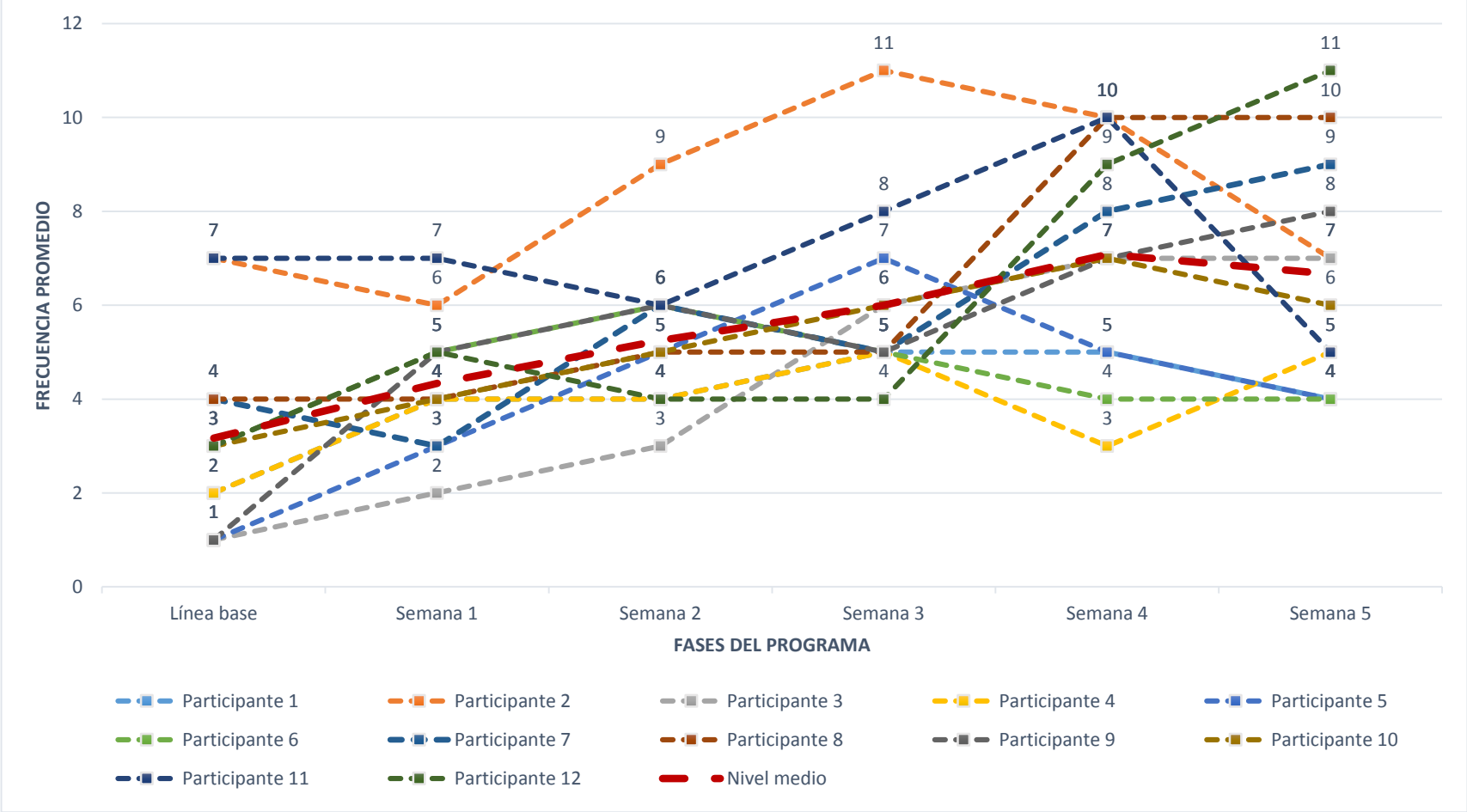
Frecuencia promedio y tendencia de las actividades recreativas activas de los participantes



Nota: Los índices cuantitativos del nivel medio de ejecución fueron los siguientes: Nivel =1.77; Tendencia = 0.11; y Variabilidad = 0.50.

Figura 21

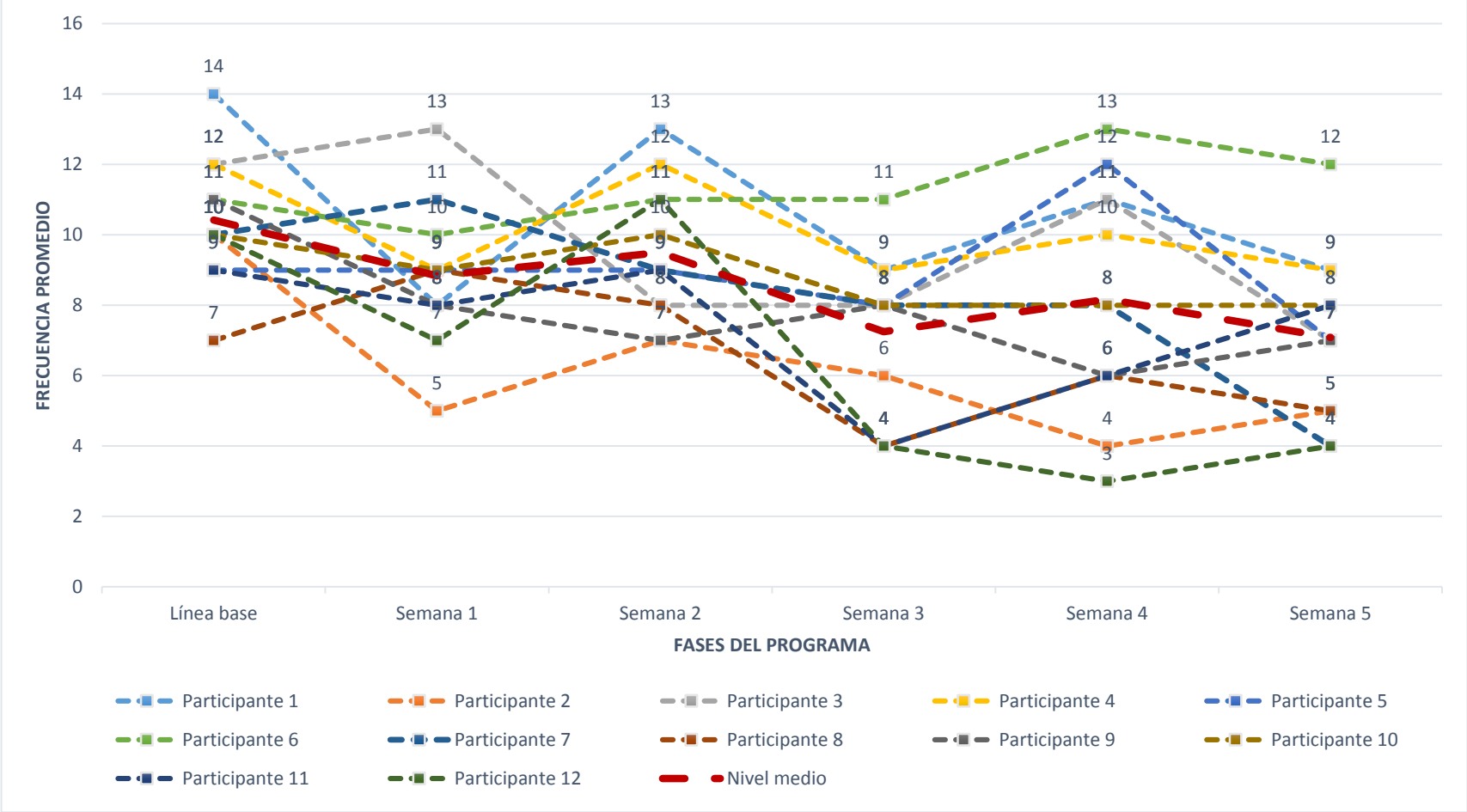
Frecuencia promedio y tendencia de las actividades sociales de los participantes



Nota: Los índices cuantitativos del nivel medio de ejecución fueron los siguientes: Nivel =5.41; Tendencia = 0.75; y Variabilidad = 1.35.

Figura 22

Frecuencia promedio y tendencia de las actividades de independencia de los participantes



Nota: Los índices cuantitativos del nivel medio de ejecución fueron los siguientes: Nivel =8.53; Tendencia = -0.59; y Variabilidad = 1.18.

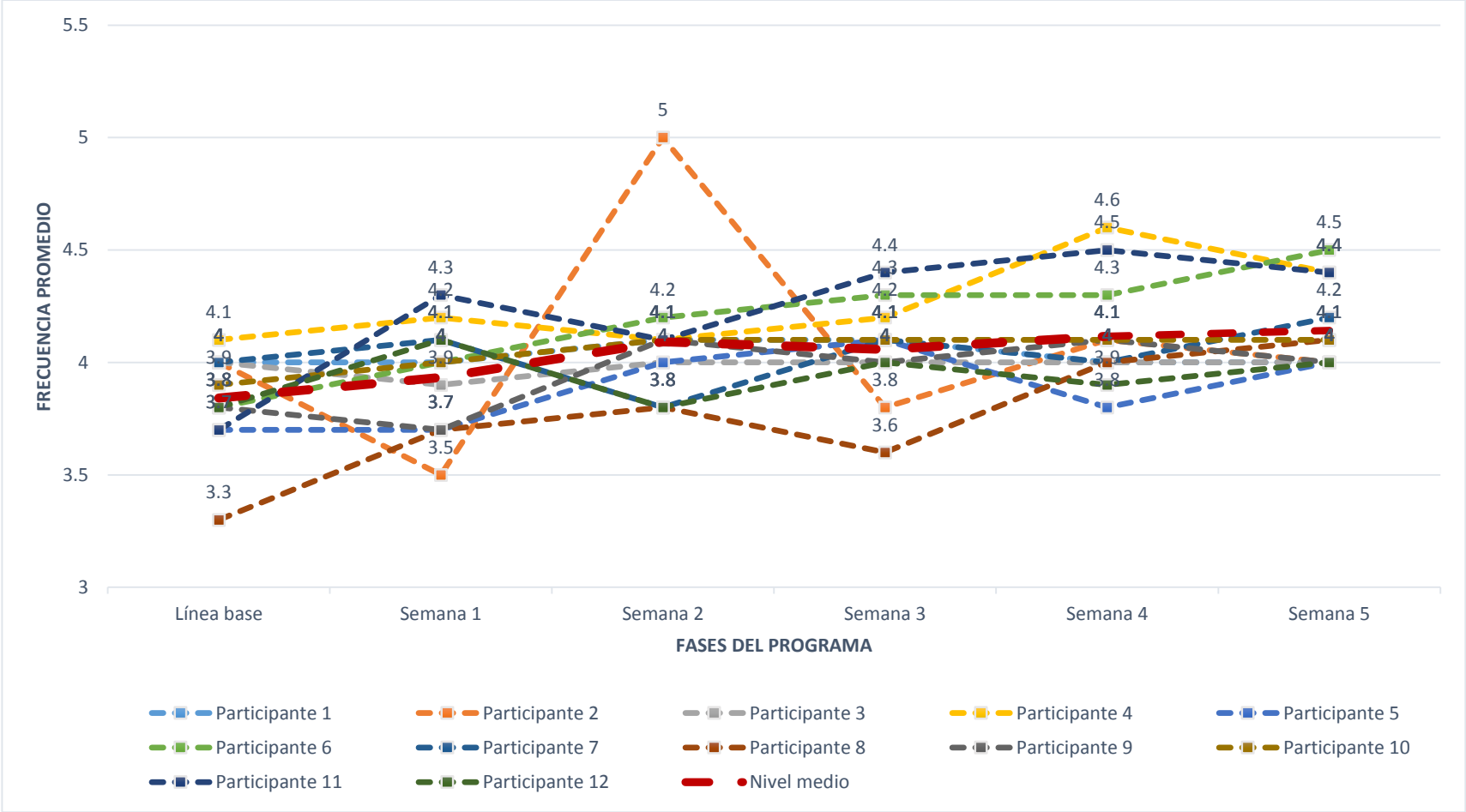
Como se puede observar, todos los participantes mostraron cambios en la distribución de las actividades semanales y se puede visualizar que las actividades sociales de los participantes son las que más incrementaron en su realización, mientras que las de independencia son las que mayor diminución presentaron.

Sin embargo, es importante considerar que la disminución en las actividades de independencia no significa que, a partir de las actividades del programa de intervención, los participantes dejaron de realizar actividades que no requieren apoyo o ayuda y pueden ser el mantenimiento del hogar o su arreglo personal. Debido a la forma en la que se implementó el registro conductual, el espacio para registrar actividades únicamente tenía espacio para tres registros diarios, de tal forma que la disminución en un tipo de actividades no implica que hayan disminuido en su frecuencia, sino que se han modificado los patrones conductuales habituales en cada participante y que han incluido otro tipo de actividades a sus rutinas conductuales. Por lo que, más que determinar una disminución de actividades de independencia, se puede interpretar lo observado como cambios conductuales en los otros tipos de actividades. En este caso, se observa que el cambio en el patrón conductual es debido a que los participantes reportaron con mayor frecuencia actividades sociales.

Así mismo, se solicitó a los participantes que reportaran la sensación de placer que evocaban cada una de las actividades realizadas y reportadas diariamente y la sensación de dominio o autoeficacia de cada una de ellas. En las siguientes figuras (23 a 24), se pueden observar las valoraciones promedio semanales en ambos aspectos de las actividades reportadas.

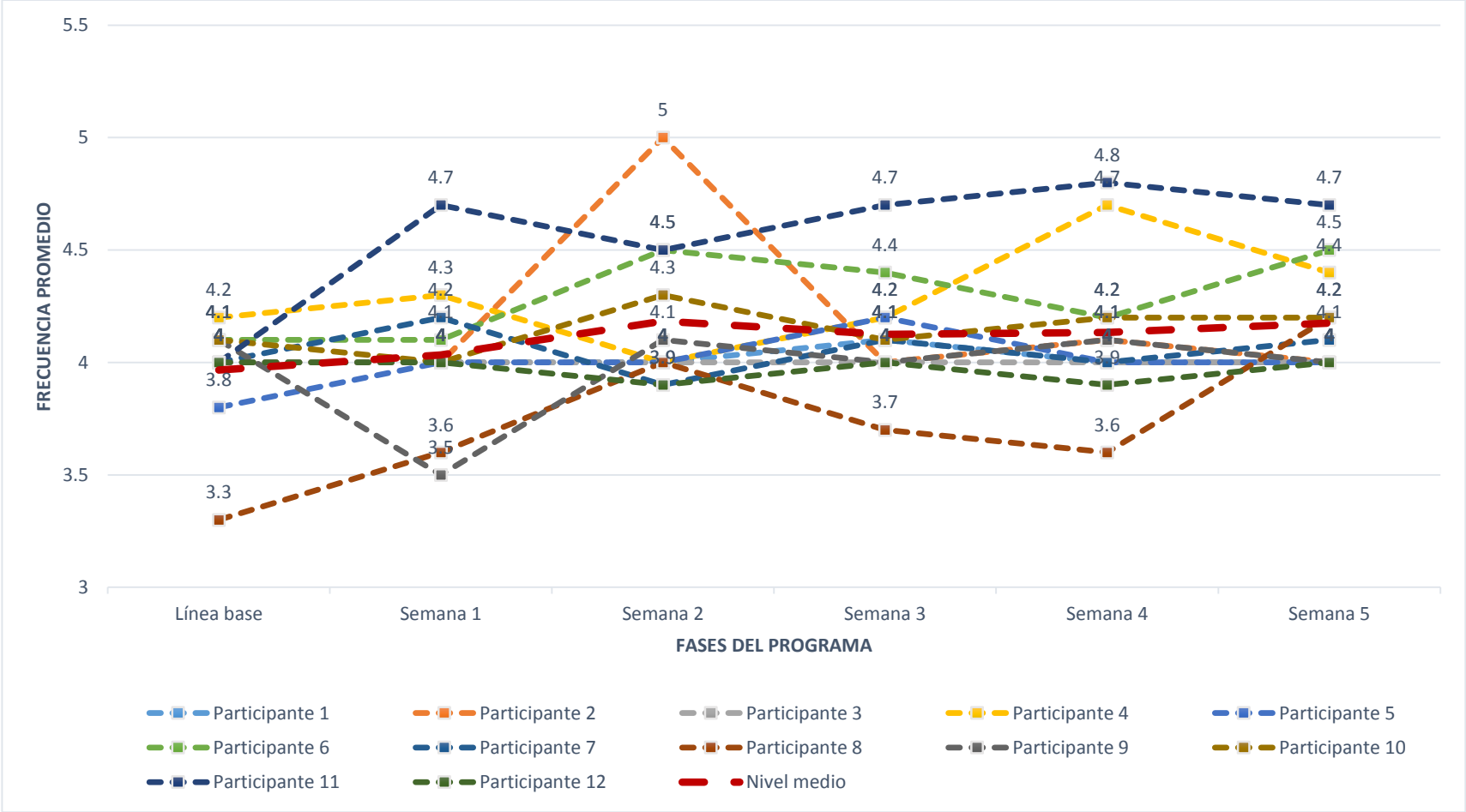
Figura 23

Promedio semanal autorreportado de la sensación de placer



Nota: Los índices cuantitativos del nivel medio de ejecución fueron los siguientes: Nivel =4.02; Tendencia = 0.05; y Variabilidad = 0.10.

Figura 24
Promedio semanal autorreportado de la sensación de dominio



Nota: Los índices cuantitativos del nivel medio de ejecución fueron los siguientes: Nivel =4.09; Tendencia = 0.36; y Variabilidad = 0.07.

Como se puede observar, todos los participantes mostraron cambios muy discretos y pequeños en las sensaciones de placer y dominio evocados por la realización de actividades. Por lo tanto, la implementación del programa de intervención no provocó cambios aparentemente significativos en estos dos parámetros.

5.2.4 Índices cuantitativos para diseños N=1

Para apoyar el análisis visual de datos de las gráficas anteriores se emplearon índices estadísticos que indican la dirección de los cambios (véase la tabla 23) y se incluyó el nivel medio de ejecución de todos los participantes.

Tabla 23
Índices descriptivos por tipo de actividad y por participante

Participante	Tipo de actividad	Nivel	Tendencia	Variabilidad	Coeficiente de variabilidad	Estabilidad
1	Salud	0.50	0.02	0.50	100	0.42
	R. pasivas	3.00	0.11	0.81	27.21	2.45
	R. activas	2.83	0.02	1.06	37.66	1.99
	Sociales	4.00	0.40	1.00	25.00	2.80
	Independencia	10.66	-0.57	2.21	20.72	2.45
2	Salud	1.00	0.51	1.00	100	-3.02
	R. pasivas	3.11	0.25	1.95	61.60	1.34
	R. activas	2.33	-0.34	0.94	40.40	2.51
	Sociales	8.33	0.40	1.79	21.54	2.79
	Independencia	6.16	-0.82	1.95	31.63	2.39
3	Salud	1.33	0.28	0.74	55.90	-0.33
	R. pasivas	4.66	-0.40	1.59	34.25	1.74
	R. activas	1.16	-0.08	0.68	58.90	1.60
	Sociales	4.33	1.37	2.42	56.00	2.65
	Independencia	9.83	-0.88	2.26	23.05	2.73
4	Salud	0.66	-0.28	0.74	111.80	0.79
	R. pasivas	6.16	0.31	1.57	25.49	2.55
	R. activas	0.16	0.02	0.37	223.60	0.35
	Sociales	3.83	0.37	1.06	27.83	2.52
	Independencia	10.16	-0.42	1.34	13.21	2.78
5	Salud	1.60	-0.16	1.11	69.59	1.10
	R. pasivas	4.70	0.04	1.67	35.66	0.82
	R. activas	2.70	0.35	1.48	55.05	2.08
	Sociales	3.40	-0.19	1.90	56.11	2.21
	Independencia	8.60	-0.03	2.05	23.94	0.15
6	Salud	0.50	-0.10	0.67	134.16	0.39
	R. pasivas	2.20	-0.25	1.32	60.30	0.71
	R. activas	2.30	0.36	2.05	89.20	1.76
	Sociales	5.00	0.14	1.67	33.46	-1.31
	Independencia	10.60	-0.16	2.37	22.40	-0.81
7	Salud	1.33	1.82	0.94	70.71	-6.71
	R. pasivas	3.16	-0.25	0.89	28.34	2.13
	R. activas	2.33	0.05	1.10	47.38	1.44
	Sociales	5.83	1.11	2.11	36.25	2.45

	Independencia	8.33	-1.14	2.21	26.53	2.82
8	Salud	3.00	-0.22	1.91	63.82	1.13
	R. pasivas	4.16	-0.82	2.11	50.75	2.59
	R. activas	6.33	1.37	2.62	41.44	2.53
	Sociales	6.50	-0.65	1.70	26.27	2.64
	Independencia	3.75	0.13	0.26	7.01	2.94
9	Salud	1.50	0.08	0.50	33.33	2.31
	R. pasivas	4.16	-0.94	1.77	42.52	2.67
	R. activas	2.16	0.42	0.89	41.42	2.45
	Sociales	5.33	1.14	2.21	41.45	2.54
	Independencia	7.83	-0.71	1.57	20.07	2.81
10	Salud	1.12	-0.08	0.59	53.28	0.42
	R. pasivas	3.37	-0.05	0.69	20.62	-0.94
	R. activas	2.75	0.16	1.19	43.59	1.12
	Sociales	5.25	0.35	1.19	22.83	2.25
	Independencia	8.50	-0.38	1.00	11.76	1.82
11	Salud	2.00	0.11	0.57	28.86	2.57
	R. pasivas	1.83	-0.54	1.21	66.18	2.14
	R. activas	2.33	0.57	1.24	53.45	1.69
	Sociales	7.16	0.02	1.57	21.93	2.68
	Independencia	7.33	-0.45	1.79	24.47	2.47
12	Salud	1.66	0.11	0.47	28.28	2.38
	R. pasivas	2.33	-0.11	1.88	80.81	1.10
	R. activas	4.50	-0.08	3.09	68.79	1.08
	Sociales	6.00	1.48	2.94	49.06	2.33
	Independencia	6.50	-1.40	3.09	47.62	1.94
Nivel promedio	Salud	1.09	0.06	0.26	23.93	0.79
	R. pasivas	3.53	-0.32	0.70	20.05	2.85
	R. activas	1.77	0.11	0.50	28.34	2.31
	Sociales	5.41	0.75	1.35	24.96	2.88
	Independencia	8.53	-0.59	1.18	13.89	2.88

Los adultos mayores reportaron que las actividades de independencia son las que con mayor frecuencia realizan semanalmente. Este tipo de actividades incluye aquellas que pueden realizar por sí solos sin requerir ayuda de otros e incluyen actividades de mantenimiento del hogar y del arreglo personal (González-Celis, 2002). Diez adultos mayores (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 y 12) reportaron que sus principales actividades cotidianas eran actividades de independencia. Sin embargo, éstas son en las que se observó un decremento semanal en todos, excepto un participante (8). Esto no quiere decir que, a partir de la implementación del programa de intervención, los adultos mayores hayan perdido la capacidad de realizar este tipo de actividades, sino que, debido al tipo de registro en el cual solamente se daba oportunidad de registrar tres actividades diarias, en lugar de reportar solo este tipo de actividades se registraron otros tipos. De ahí que, en los análisis de tendencia, se observe decrementos en su realización. Solamente en la participante 8 se observó un muy ligero aumento de este tipo de actividades.

Las actividades de protección a la salud fueron, en general, las menos reportadas. Este tipo de actividades son aquellas orientadas a la prevención de problemas de salud y autocuidado (González-Celis, 2002). Diez participantes reportaron éstas como el tipo menos frecuente de actividades semanales. Sin embargo, en siete participantes (1, 2, 3, 7, 9, 11 y 12) se mostró un incremento pequeño en la tendencia de realización de este tipo de actividades a partir de la implementación del programa de intervención. En el participante 2, este tipo de actividades fue el que más incremento mostró.

Las actividades sociales fueron en las que más incremento en su realización se observó. Éstas son actividades que se realizan en compañía de una o más personas y pueden considerarse como fuentes de contacto social (González-Celis, 2002). En dos participantes (2 y 8) fueron las actividades con mayor frecuencia semanal de realización. En ocho participantes (1, 2, 3, 4, 7, 9, 10 y 12), éstas fueron las actividades que exhibieron el mayor incremento en su tendencia de realización semanal y solamente en la participante 5 se observó un muy ligero decremento en la tendencia de realización.

Las actividades recreativas pasivas son aquellas que realiza el individuo en espacios de tiempo libre y se realizan sin involucrar esfuerzos físicos (González-Celis, 2002). Ningún participante reportó que este tipo de actividades fuera el que más realizara semanalmente. Sin embargo, en cuatro participantes (1, 2, 4 y 5) se observaron incrementos pequeños en su tendencia de realización y en el resto decrementos muy ligeros. En la participante 4 se observó que, junto con las actividades sociales, fue el tipo de actividades que mayor incremento en la realización semanal se observó. Mientras que en la participante 11, fue el tipo de actividades menos reportadas semanalmente.

Las actividades recreativas activas son las conductas contrarias a las anteriores, puesto que, si bien se realizan en tiempo de ocio, éstas requieren el empleo de esfuerzo y actividad física (González-Celis, 2002). Dos participantes (2 y 8) reportaron que son el tipo más frecuente de actividades que realizan semanalmente. Se observó un incremento en su tendencia de realización en nueve

participantes (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, y 11); y en cuatro participantes (5, 6, 8 y 11), fueron el tipo de actividades que más incrementó su tendencia de realización a partir de la implementación del programa de intervención. Solamente en tres participantes (2, 3 y 12) se observaron decrementos muy ligeros en su realización.

En resumen, podría decirse que, a partir de la implementación del programa de intervención, los mayores incrementos en la tendencia de realización de actividades se observaron en el tipo de actividades sociales en la mayoría de los participantes, mientras que las actividades que mayor decremento en la tendencia se observó en la realización de actividades de independencia.

Así mismo, con respecto a las sensaciones de placer y dominio, se obtuvieron los índices cuantitativos que se exponen en la tabla 24.

Tabla 24

Índices descriptivos de las sensaciones de placer y dominio por participante

Participante	Tipo de Sensación	Nivel	Tendencia	Variabilidad	Coeficiente de variabilidad	Estabilidad
1	Placer	4.03	-0.01	0.04	1.16	2.95
	Dominio	4.01	0.00	0.03	0.92	2.95
2	Placer	4.06	0.01	0.46	11.32	2.81
	Dominio	4.18	-0.02	0.36	8.77	2.89
3	Placer	3.98	0.00	0.03	0.93	2.95
	Dominio	4.00	0.00	0.00	0.00	2.95
4	Placer	4.26	0.08	0.17	4.20	2.95
	Dominio	4.30	0.06	0.21	5.02	2.94
5	Placer	3.83	0.01	0.13	3.53	0.63
	Dominio	4.00	0.00	0.08	2.23	0.87
6	Placer	4.36	0.09	0.40	9.29	0.07
	Dominio	4.47	0.07	0.35	7.94	-0.23
7	Placer	4.03	0.02	0.12	3.09	2.95
	Dominio	4.05	0.00	0.09	2.36	2.95
8	Placer	3.75	0.13	0.26	7.01	2.94
	Dominio	3.73	0.12	0.29	7.83	2.92
9	Placer	3.95	0.06	0.15	3.79	2.95
	Dominio	3.96	0.03	0.21	5.38	2.93
10	Placer	4.10	0.04	0.11	2.72	2.59
	Dominio	4.2	0.04	0.12	2.91	0.94
11	Placer	4.23	0.12	0.26	6.43	2.94
	Dominio	4.56	0.11	0.26	5.88	2.94
12	Placer	3.93	0.01	0.11	2.81	2.95
	Dominio	3.96	-0.01	0.04	1.18	2.95
Nivel promedio	Placer	4.02	0.05	0.10	2.65	2.95
	Dominio	4.09	0.03	0.07	1.91	2.95

En los análisis anteriores se comprueba que los cambios observados en estos dos parámetros son muy pequeños y discretos. Pudiendo afirmarse que no hubo cambios significativos en las sensaciones de placer y dominio evocados por las actividades realizadas durante las actividades del programa de intervención.

5.3 Fortalezas de carácter

Las Fortalezas de carácter son rasgos de personalidad o habilidades personales que, cuando se ponen en juego, resultan gratificantes y fomentan el bienestar evocando emociones positivas, sentimientos de conexión consigo mismo y otras personas, mejorando relaciones interpersonales y prmoviendo una sensación de significado y sentido de la vida (Niemiec, 2018; Proyer et al., 2013; Peterson & Seligman, 2004).

En esta investigación fueron evaluadas mediante el inventario IVyF (Consentido & Castro-Solano, 2008). Se tomó la puntuación general calculada a partir de la suma total de los 24 reactivos que componen el instrumento y, además, se agruparon las puntuaciones otorgadas a los reactivos individuales en concordancia con la categorización de Peterson y Seligman (2004) de las distintas fortalezas de carácter en las denominadas virtudes: sabiduría, valor, humanidad, justicia, templanza y trascendencia. Los detalles se mostrarán a continuación

5.3.1 Análisis del cambio clínico

Con respecto a las fortalezas de carácter (véase la tabla 25), se realizó la evaluación de esta variable al finalizar las actividades del primer módulo y se cuantificó la puntuación total en el instrumento IVyF. En la evaluación del ICF_{JT}, diez participantes obtuvieron puntuaciones de consideración. Siete participantes mostraron modificación en sus puntuaciones posteriores a la implementación de la intervención; obteniendo puntuaciones consideradas como cambio clínico confiable. Tres participantes obtuvieron puntuaciones clasificadas como cambio mínimo, mientras que dos no mostraron cambios.

Con respecto al CCO, ningún participante obtuvo una puntuación que rebasara el punto de corte para considerar que hubo un cambio clínico objetivo.

Tabla 25

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en fortalezas de carácter al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
2	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
3	6.38	Mejoría	Cambio clínico confiable	11	Sin cambio
4	4.06	Mejoría	Cambio clínico confiable	7	Sin cambio
5	1.16	Mejoría	Cambio mínimo	2	Sin cambio
6	1.16	Mejoría	Cambio mínimo	2	Sin cambio
7	2.32	Mejoría	Cambio clínico confiable	4	Sin cambio
8	8.13	Mejoría	Cambio clínico confiable	15	Sin cambio
9	3.48	Mejoría	Cambio clínico confiable	6	Sin cambio
10	6.38	Mejoría	Cambio clínico confiable	12	Sin cambio
11	1.74	Mejoría	Cambio mínimo	2	Sin cambio
12	4.64	Mejoría	Cambio clínico confiable	8	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Así mismo, se realizó el análisis de los cambios en las fortalezas tomando en cuenta el agrupamiento de las fortalezas de carácter en virtudes propuesto por Peterson y Seligman (2004). En la tabla 26 se encuentra el análisis del cambio fiable y del cambio clínico objetivo para la virtud de *Sabiduría y Conocimiento*, que agrupa a las fortalezas que facilitan y conllevan a la adquisición y empleo del conocimiento (creatividad, curiosidad, apertura mental, amor por el aprendizaje y perspectiva).

Tabla 26

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Sabiduría y Conocimiento al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
2	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
3	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
4	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
5	-1.00	Empeora	Cambio mínimo	-5	Sin cambio
6	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
7	-1.00	Empeora	Cambio mínimo	-5	Sin cambio
8	1.00	Mejoría	Cambio mínimo	4	Sin cambio
9	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
10	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	9	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como se puede observar, siete participantes obtuvieron puntuaciones en el ICF_{JT} que rebasaron el punto de corte y que se consideran como puntuaciones con cambio clínico confiable y tres puntuaciones con cambio mínimo. Con respecto al análisis del CCO, ningún participante obtuvo puntuaciones para considerar que tuvieron un cambio clínico objetivo.

En la tabla 27 se observan los análisis de la virtud de *Coraje*, que conjunta a las fortalezas que permiten lidiar, superar y conseguir logros mientras se experimenta adversidad (valentía, persistencia, integridad y vitalidad). Con respecto al ICF_{JT}, seis participantes obtuvieron puntuaciones clasificadas como cambio clínico confiable. De estos, dos participantes obtuvieron un cambio inverso a la dirección de mejoría y puede considerarse que sus puntuaciones empeoraron posterior a la implementación de la intervención en este aspecto. Sin embargo, en estos participantes no se observó que complementariamente tuvieran cambio en el CCO. Con respecto al CCO, dos participantes obtuvieron puntuaciones consideradas como cambio clínico objetivo y estos también tuvieron cambio clínico confiable hacia la mejoría.

Tabla 27

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Coraje al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	-1.96	Empeora	Cambio clínico confiable	11	Sin cambio
2	-1.96	Empeora	Cambio clínico confiable	10	Sin cambio
3	2.95	Mejoría	Cambio clínico confiable	18	Sin cambio
4	0.98	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
5	0.98	Estable	Sin cambio	6	Sin cambio
6	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
7	2.95	Mejoría	Cambio clínico confiable	27	Cambio
8	0.98	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
9	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
10	2.95	Mejoría	Cambio clínico confiable	21	Cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	1.96	Mejoría	Cambio clínico confiable	11	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Con respecto a la virtud de Humanidad (véase la tabla 28), que conjunta a las fortalezas que favorecen el establecimiento de vínculos y permiten las

conexiones interpersonales (amor, amabilidad e inteligencia social), ocho participantes obtuvieron puntuaciones considerables en el ICF_{JT}. Tres participantes obtuvieron cambio clínico confiable y cinco, cambio mínimo. Con respecto al CCO, solamente un participante obtuvo puntuación que rebasó el punto de corte y se considera un cambio clínico objetivo.

Tabla 28

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Humanidad al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
2	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	7	Sin cambio
3	2.26	Mejoría	Cambio clínico confiable	16	Sin cambio
4	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
5	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	8	Sin cambio
6	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	10	Sin cambio
7	2.26	Mejoría	Cambio clínico confiable	22	Cambio
8	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	7	Sin cambio
9	2.26	Mejoría	Cambio clínico confiable	16	Sin cambio
10	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	7	Sin cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

En el análisis de la virtud de Justicia (véase la tabla 29), la cual agrupa las fortalezas que permiten la construcción de una sociedad justa y de comportamientos de equidad (trabajo en equipo, justicia y equidad y liderazgo), tres participantes obtuvieron puntuaciones de cambio clínico confiable en el ICF_{JT}. De estos, dos participantes tuvieron cambios significativos en el CCO.

Tabla 29

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Justicia al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	1.96	Mejoría	Cambio clínico confiable	20	Cambio
2	-0.97	Estable	Sin cambio	-7	Sin cambio
3	1.96	Mejoría	Cambio clínico confiable	20	Cambio
4	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
5	0.97	Estable	Sin cambio	9	Sin cambio
6	1.96	Mejoría	Cambio clínico confiable	18	Sin cambio
7	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
8	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
9	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
10	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	-0.97	Estable	Sin cambio	-6	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Con respecto al análisis de la virtud de Templanza (véase la tabla 30), la cual conjunta a las fortalezas que impiden el exceso y favorecen la moderación (perdón, humildad, prudencia y autorregulación), cuatro participantes obtuvieron puntuaciones de importancia en el ICF_{JT}. Dos participantes obtuvieron puntuaciones en dirección contraria a la mejoría, uno obtuvo un cambio clínico confiable y otro un cambio mínimo. Ninguno de los dos obtuvo cambios complementarios en el CCO que puedan considerarse como cambios objetivos. Dos participantes obtuvieron cambios en el ICF_{JT} hacia la mejoría; uno obtuvo un cambio clínico confiable y otro un cambio mínimo. El participante que obtuvo una puntuación de cambio clínico confiable también obtuvo una puntuación de cambio clínico objetivo.

Tabla 30

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Templanza al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	-1.89	Empeora	Cambio mínimo	-11	Sin cambio
2	-0.94	Estable	Sin cambio	6	Sin cambio
3	-0.94	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
4	0.94	Estable	Sin cambio	6	Sin cambio
5	-0.94	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
6	-2.84	Empeora	Cambio clínico confiable	18	Sin cambio
7	-0.94	Estable	Sin cambio	-5	Sin cambio
8	0.94	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
9	1.89	Mejoría	Cambio mínimo	12	Sin cambio
10	0.94	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
11	4.73	Mejoría	Cambio clínico confiable	45	Cambio
12	1.89	Mejoría	Cambio mínimo	11	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Finalmente, con respecto a la virtud de Trascendencia (véase la tabla 31), que se conforma por las fortalezas que conectan al sujeto con un significado profundo y le proveen de significado (apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad), seis participantes obtuvieron puntuaciones considerables en el ICF_{JT}. Tres participantes obtuvieron puntuaciones de cambio clínico confiable y tres de cambio mínimo. Ningún participante obtuvo cambios en sus puntuaciones para considerarse como cambio objetivo.

Tabla 31

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Trascendencia al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
2	1.07	Mejoría	Cambio mínimo	4	Sin cambio
3	3.23	Mejoría	Cambio clínico confiable	14	Sin cambio
4	3.23	Mejoría	Cambio clínico confiable	15	Sin cambio
5	1.07	Mejoría	Cambio mínimo	5	Sin cambio
6	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
7	1.07	Mejoría	Cambio mínimo	4	Sin cambio
8	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
9	0	Mejoría	Sin cambio	0	Sin cambio
10	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	3.23	Mejoría	Cambio clínico confiable	17	Sin cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

5.3.2 Análisis del cambio clínico durante los seguimientos

A continuación, se presentan los análisis realizados con respecto al cambio fiable y al cambio clínico objetivo en las mediciones realizadas durante los seguimientos posteriores a la aplicación de la intervención. Con respecto a las Fortalezas de carácter, éstas solo se evaluaron a los 6 meses de concluido el programa de intervención, durante el segundo seguimiento. Posteriormente se proveen las comparaciones de los distintos índices obtenidos entre la evaluación postest y en los seguimientos para su comparación. En la tabla 32 se presentan los índices de cambio clínico sobre esta variable.

Tabla 32

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en fortalezas de carácter en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	2.90	Mejoría	Cambio clínico confiable	5	Sin cambio
2	1.16	Mejoría	Cambio mínimo	1	Sin cambio
3	6.97	Mejoría	Cambio clínico confiable	12	Sin cambio
4	4.64	Mejoría	Cambio clínico confiable	8	Sin cambio
5	2.90	Mejoría	Cambio clínico confiable	5	Sin cambio
6	2.90	Mejoría	Cambio clínico confiable	5	Sin cambio
7	4.06	Mejoría	Cambio clínico confiable	7	Sin cambio
8	10.45	Mejoría	Cambio clínico confiable	19	Sin cambio
9	6.97	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
10	8.13	Mejoría	Cambio clínico confiable	15	Sin cambio
11	2.90	Mejoría	Cambio clínico confiable	4	Sin cambio
12	4.64	Mejoría	Cambio clínico confiable	8	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como se puede observar, en todos los casos se obtuvieron cambios en las fortalezas de carácter con respecto a las mediciones iniciales en esta variable. La implementación del programa promovió una mejoría en todos los participantes; en 11 casos (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, y 12) se obtuvo un cambio clínico confiable y solamente un caso (participante 2) no alcanzó el punto de corte, por lo que solamente se logró un cambio mínimo. Así mismo, en ninguno de los 12 casos se logró el criterio de cambio con respecto al cambio clínico objetivo (CCO).

Como en el análisis realizado en la evaluación posterior a la implementación del programa, se realizó el análisis de los cambios en las fortalezas tomando en cuenta el agrupamiento de las fortalezas de carácter en virtudes propuesto por Peterson y Seligman (2004).

En la tabla 33 se encuentra el análisis del cambio fiable y del cambio clínico objetivo para la virtud de *Sabiduría y Conocimiento*.

Tabla 33

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Sabiduría y Conocimiento en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
2	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	10	Sin cambio
3	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	9	Sin cambio
4	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	9	Sin cambio
5	-1.00	Empeora	Cambio mínimo	-5	Sin cambio
6	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	11	Sin cambio
7	-1.00	Empeora	Cambio mínimo	-6	Sin cambio
8	1.00	Mejoría	Cambio mínimo	4	Sin cambio
9	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
10	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	2.01	Mejoría	Cambio clínico confiable	9	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como se puede observar, siete participantes (1, 2, 3, 4, 6, 10 y 12) obtuvieron puntuaciones en el ICF_{JT} que rebasaron el punto de corte y que se consideran como puntuaciones con cambio clínico confiable y tres (5, 7 y 8) puntuaciones con cambio mínimo. Con respecto al análisis del CCO, ningún participante obtuvo puntuaciones para considerar que tuvieron un cambio clínico objetivo.

En la tabla 34 se observan los análisis de la virtud de *Coraje*. Con respecto al ICF_{JT}, seis participantes (1, 2, 3, 7, 10 y 12) obtuvieron puntuaciones clasificadas como cambio clínico confiable. De estos, dos participantes (1 y 2) obtuvieron un cambio inverso a la dirección de mejoría y puede considerarse que sus puntuaciones empeoraron posterior a la implementación de la intervención en este aspecto. Sin embargo, en estos participantes no se observó que complementariamente tuvieran cambio en el CCO. Con respecto al CCO, dos participantes (7 y 10) obtuvieron puntuaciones consideradas como cambio clínico objetivo y estos también tuvieron cambio clínico confiable hacia la mejoría.

Tabla 34

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Coraje en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	-1.96	Empeora	Cambio clínico confiable	-11	Sin cambio
2	-1.96	Empeora	Cambio clínico confiable	-10	Sin cambio
3	2.95	Mejoría	Cambio clínico confiable	18	Sin cambio
4	0.98	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
5	0.98	Estable	Sin cambio	6	Sin cambio
6	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
7	3.93	Mejoría	Cambio clínico confiable	36	Cambio
8	0.98	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
9	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
10	2.95	Mejoría	Cambio clínico confiable	21	Cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	1.96	Mejoría	Cambio clínico confiable	11	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Con respecto a la virtud de *Humanidad* (véase la tabla 35), nueve participantes obtuvieron puntuaciones de consideración en el ICF_{JT}. Tres participantes (3, 7 y 9) obtuvieron cambio clínico confiable y seis (1, 2, 5, 6, 8 y 10), cambio mínimo. Con respecto al CCO, solamente un participante (7) obtuvo puntuación que rebasó el punto de corte y se considera un cambio clínico confiable.

Tabla 35

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Humanidad en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	8	Sin cambio
2	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	7	Sin cambio
3	2.26	Mejoría	Cambio clínico confiable	16	Sin cambio
4	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
5	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	8	Sin cambio
6	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	10	Sin cambio
7	3.40	Mejoría	Cambio clínico confiable	33	Cambio
8	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	7	Sin cambio
9	2.26	Mejoría	Cambio clínico confiable	16	Sin cambio
10	1.13	Mejoría	Cambio mínimo	7	Sin cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

En el análisis de la virtud de *Justicia* (véase la tabla 36), tres participantes (1, 3 y 6) obtuvieron puntuaciones de cambio clínico confiable en el ICF_{JT}. De estos, dos participantes (1 y 3) tuvieron cambios significativos en el CCO.

Tabla 36

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Justicia en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	1.96	Mejoría	Cambio clínico confiable	20	Cambio
2	-0.97	Estable	Sin cambio	-7	Sin cambio
3	1.96	Mejoría	Cambio clínico confiable	20	Cambio
4	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
5	0.97	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
6	1.96	Mejoría	Cambio clínico confiable	18	Sin cambio
7	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
8	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
9	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
10	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	-0.97	Estable	Sin cambio	-6	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Con respecto al análisis de la virtud de *Templanza* (véase la tabla 37), cuatro participantes (4, 9, 11 y 12) obtuvieron puntuaciones de importancia en el ICF_{JT}. Un participante (11) obtuvo una puntuación considerada como cambio clínico confiable y el resto (4, 9 y12) cambios mínimos. Solamente el participante (11) que obtuvo un cambio clínico confiable obtuvo también cambios en CCO.

Tabla 37

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Templanza en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	0.94	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
2	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
3	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
4	1.89	Mejoría	Cambio mínimo	13	Sin cambio
5	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
6	-0.94	Estable	Sin cambio	-7	Sin cambio
7	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
8	0.94	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
9	1.89	Mejoría	Cambio mínimo	12	Sin cambio
10	0.94	Estable	Sin cambio	5	Sin cambio
11	5.68	Mejoría	Cambio clínico confiable	54	Cambio
12	1.89	Mejoría	Cambio mínimo	11	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Finalmente, con respecto a la virtud de *Trascendencia* (véase la tabla 38), nueve participantes obtuvieron puntuaciones considerables en el ICF_{JT}. Cinco participantes (2, 3, 4, 5 y 12) obtuvieron puntuaciones de cambio clínico confiable y cuatro (1, 6, 7 y 11) de cambio mínimo. Ningún participante obtuvo cambios en sus puntuaciones para considerarse como cambio objetivo.

Tabla 38

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Trascendencia en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	1.07	Mejoría	Cambio mínimo	4	Sin cambio
2	2.15	Mejoría	Cambio clínico confiable	9	Sin cambio
3	3.23	Mejoría	Cambio clínico confiable	14	Sin cambio
4	3.23	Mejoría	Cambio clínico confiable	15	Sin cambio
5	3.23	Mejoría	Cambio clínico confiable	15	Sin cambio
6	1.07	Mejoría	Cambio mínimo	5	Sin cambio
7	1.07	Mejoría	Cambio mínimo	4	Sin cambio
8	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
9	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
10	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
11	1.07	Mejoría	Cambio mínimo	4	Sin cambio
12	3.23	Mejoría	Cambio clínico confiable	13	Sin cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

A continuación se presentarán los análisis comparativos entre los resultados obtenidos en el postest y el segundo seguimiento tanto en la medición general de las Fortalezas de carácter como en sus configuraciones. Con respecto a los cambios en las fortalezas de carácter, la tabla 39 examina el cambio en el nivel general de fortalezas.

Tabla 39

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en fortalezas de carácter en los momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})		Cambio clínico objetivo (CCO)	
Participante	Postest	Segundo seguimiento	Postest	Segundo seguimiento
1	0	2.90	0	5
2	0	1.16	0	1
3	6.38	6.97	11	12
4	4.06	4.64	7	8
5	1.16	2.90	2	5
6	1.16	2.90	2	5
7	2.32	4.06	4	7
8	8.13	10.45	15	19
9	3.48	6.97	6	13
10	6.38	8.13	12	15
11	1.74	2.90	2	4
12	4.64	4.64	8	8

Nota: Durante el primer seguimiento no se realizó la evaluación de las fortalezas de carácter sino hasta el segundo a los seis meses de concluido el programa. En los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se solamente se evaluó esta variable hasta concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Se puede observar que los siete participantes (3, 4, 7, 8, 9, 10 y 12) que obtuvieron cambios fiables en el postest mantuvieron el cambio hasta los seis meses de concluido el programa. Tres participantes (5, 6 y 11) que obtuvieron cambios mínimos en el postest lograron alcanzar una puntuación de cambio fiable en el segundo seguimiento. Un participante (1) que no reportó cambios en el postest alcanzó una puntuación de cambio fiable en el segundo seguimiento. Finalmente, un participante (2), quien no reportó cambios en el postest, alcanzó un cambio mínimo a los seis meses de concluida la intervención.

En cuando al indicador CCO, en ningún participante se alcanzó el punto de corte para considerar que hubo un cambio objetivo en ninguno de los momentos de evaluación.

Esto permite considerar que la intervención fue muy eficaz en cuanto al cambio de las fortalezas de carácter y que en algunos casos es necesario que las intervenciones centradas en fortalezas tomen un tiempo para lograr cambios significativos; en este caso hasta seis meses de concluida la intervención.

Con respecto a las fortalezas que conforman la virtud de *Sabiduría y Conocimiento*, la tabla 40 muestra el cambio en este grupo de fortalezas.

Tabla 40

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Sabiduría y Conocimiento en los momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})		Cambio clínico objetivo (CCO)	
Participante	Postest	Segundo seguimiento	Postest	Segundo seguimiento
1	2.01	2.01	13	13
2	2.01	2.01	13	10
3	2.01	2.01	13	9
4	2.01	2.01	13	9
5	-1.00	-1.00	-5	-5
6	2.01	2.01	13	11
7	-1.00	-1.00	-5	-6
8	1.00	1.00	4	4
9	0	0	0	0
10	2.01	2.01	13	13
11	0	0	0	0
12	2.01	2.01	9	9

Nota: Durante el primer seguimiento no se realizó la evaluación de las fortalezas de carácter sino hasta el segundo a los seis meses de concluido el programa. En los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se solamente se evaluó esta variable hasta concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como puede observarse, en los siete participantes (1, 2, 3, 4, 6, 10 y 12) que obtuvieron una puntuación de cambio fiable en el postest, dicho cambio se mantuvo hasta los seis meses de concluido el programa. Mientras que los participantes que obtuvieron un cambio mínimo, ya sea en mejora del indicador en esta virtud (participante 8) o en detrimento (participantes 5 y 7), mantuvieron el cambio obtenido en el mismo nivel hasta el segundo seguimiento. Los participantes (9 y 11) que no reportaron cambios en el postest, tampoco reportaron cambios posteriores.

En el indicador CCO ningún participante obtuvo cambios significativos para considerar un cambio objetivo.

La tabla 41 presenta la comparación de los cambios en las fortalezas que conforman la virtud de *Coraje*.

Tabla 41

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Coraje en los momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})		Cambio clínico objetivo (CCO)	
Participante	Postest	Segundo seguimiento	Postest	Segundo seguimiento
1	-1.96	-1.96	11	-11
2	-1.96	-1.96	10	-10
3	2.95	2.95	18	18
4	0.98	0.98	5	5
5	0.98	0.98	6	6
6	0	0	0	0
7	2.95	3.93	27	36
8	0.98	0.98	5	5
9	0	0	0	0
10	2.95	2.95	21	21
11	0	0	0	0
12	1.96	1.96	11	11

Nota: Durante el primer seguimiento no se realizó la evaluación de las fortalezas de carácter sino hasta el segundo a los seis meses de concluido el programa. En los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se solamente se evaluó esta variable hasta concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

En cuanto al ICF_{JT}, se observa que los cuatro participantes (3, 7, 10 y 12) que obtuvieron un cambio fiable en dirección hacia la mejoría, mantuvieron dicho cambio hasta el segundo seguimiento del programa. Lo mismo sucedió con los dos participantes (1 y 2) que reportaron cambio fiable en dirección contraria. El resto de los participantes (4, 5, 6, 8, 9 y 11) no reportaron cambios ni en el postest ni en el segundo seguimiento.

Con respecto al indicador CCO, los dos participantes (7 y 10) que reportaron un cambio objetivo, mantuvieron el cambio hasta después de seis meses de concluido el programa. En estos participantes la dirección del cambio fue hacia la mejoría.

La tabla 42 muestra la comparación de los cambios en las fortalezas que conforman la virtud de *Humanidad*.

Tabla 42

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Humanidad en los momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})		Cambio clínico objetivo (CCO)	
Participante	Postest	Segundo seguimiento	Postest	Segundo seguimiento
1	0	1.13	0	8
2	1.13	1.13	7	7
3	2.26	2.26	16	16
4	0	0	0	0
5	1.13	1.13	8	8
6	1.13	1.13	10	10
7	2.26	3.40	22	33
8	1.13	1.13	7	7
9	2.26	2.26	16	16
10	1.13	1.13	7	7
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0

Nota: Durante el primer seguimiento no se realizó la evaluación de las fortalezas de carácter sino hasta el segundo a los seis meses de concluido el programa. En los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se solamente se evaluó esta variable hasta concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

En el indicador ICF_{JT}, tres participantes (3, 7 y 9) obtuvieron un cambio fiable y éste se mantuvo hasta los seis meses de concluido el programa. Cinco participantes (2, 5, 6, 8 y 10) obtuvieron un cambio mínimo y, éste, también se mantuvo hasta el segundo seguimiento. Finalmente, los cuatro participantes restantes (1, 4, 11 y 12) no presentaron cambios en sus puntuaciones.

Con respecto al CCO, solamente el participante 7 obtuvo una puntuación categorizada como cambio objetivo en el postest y ésta se mantuvo hasta el segundo seguimiento. El resto de los participantes reportaron cambios que no rebasaron el punto de corte para catalogare como cambios objetivos.

En cuanto a las fortalezas que se agrupan en la virtud de *Justicia*, la tabla 43 muestra la comparación en los momentos de evaluación.

Tabla 43

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Justicia en los momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})		Cambio clínico objetivo (CCO)	
Participante	Postest	Segundo seguimiento	Postest	Segundo seguimiento
1	1.96	1.96	20	20
2	-0.97	-0.97	-7	-7
3	1.96	1.96	20	20
4	0	0	0	0
5	0.97	0.97	9	0
6	1.96	1.96	18	18
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	-0.97	-0.97	-6	-6

Nota: Durante el primer seguimiento no se realizó la evaluación de las fortalezas de carácter sino hasta el segundo a los seis meses de concluido el programa. En los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se solamente se evaluó esta variable hasta concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como se puede observar, los tres participantes (1, 3 y 6) que alcanzaron una puntuación categorizada como cambio fiable mantuvieron el cambio hasta los seis meses de concluida la intervención. El resto de los participantes no reportaron cambios significativos.

Los dos participantes (1 y 3) que reportaron cambios significativos en el CCO, mantuvieron el cambio en el segundo seguimiento. El resto de los participantes no tuvieron cambios objetivos.

La tabla 44 muestra la comparación en las virtudes agrupadas en la virtud de *Templanza*.

Tabla 44

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Templanza en los momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})		Cambio clínico objetivo (CCO)	
Participante	Postest	Segundo seguimiento	Postest	Segundo seguimiento
1	-1.89	0.94	20	5
2	-0.94	0	-7	0
3	-0.94	0	20	0
4	0.94	1.89	0	13
5	-0.94	0	9	0
6	-2.84	-0.94	18	-7
7	-0.94	0	0	0
8	0.94	0.94	0	5
9	1.89	1.89	0	12
10	0.94	0.94	0	5
11	4.73	5.68	0	54
12	1.89	1.89	-6	11

Nota: Durante el primer seguimiento no se realizó la evaluación de las fortalezas de carácter sino hasta el segundo a los seis meses de concluido el programa. En los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se solamente se evaluó esta variable hasta concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como puede observarse, solamente un participante (11) obtuvo una puntuación de cambio fiable en dirección hacia la mejoría en el postest y éste se mantuvo hasta el segundo seguimiento. Un participante (6) obtuvo una puntuación de cambio fiable en dirección hacia el deterioro en el postest, pero esto no se mantuvo a los seis meses de concluida la intervención. Dos participantes (9 y 12) obtuvieron puntuaciones de cambio mínimo y las mantuvieron hasta el segundo seguimiento. Un participante (1) obtuvo una puntuación de cambio mínimo en dirección del deterioro, pero esta no se mantuvo en el segundo seguimiento. Un participante (4) no presentó cambios significativos en el postest, pero alcanzó una puntuación de cambio mínimo en el segundo seguimiento. El resto de los participantes (2, 3, 5, 7, 8 y 10) no obtuvieron puntuaciones significativas en ninguno de los dos momentos de evaluación.

Con respecto al indicador CCO, dos participantes (1 y 3) consiguieron una puntuación de cambio objetivo en el postest, pero este cambio no se mantuvo a los seis meses de concluida la intervención. Un participante (11) no obtuvo un cambio significativo en el postest, pero durante el segundo seguimiento su puntuación alcanzó el punto de corte para considerarse un cambio objetivo.

Para concluir estos análisis, en la tabla 45 se presentan las comparaciones en los indicadores obtenidos por los participantes en las fortalezas que se agrupan en la virtud de *Trascendencia*.

Tabla 45

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en la virtud de Trascendencia en los momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})		Cambio clínico objetivo (CCO)	
Participante	Postest	Segundo seguimiento	Postest	Segundo seguimiento
1	0	1.07	0	4
2	1.07	2.15	4	9
3	3.23	3.23	14	14
4	3.23	3.23	15	15
5	1.07	3.23	5	15
6	0	1.07	0	5
7	1.07	1.07	4	4
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	1.07	0	4
12	3.23	3.23	17	13

Nota: Durante el primer seguimiento no se realizó la evaluación de las fortalezas de carácter sino hasta el segundo a los seis meses de concluido el programa. En los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se solamente se evaluó esta variable hasta concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

En la comparación del ICF_{JT}, se puede identificar que tres participantes (3, 4 y 12) obtuvieron una puntuación en el indicador que se categorizó como cambio fiable y estos cambios se mantuvieron hasta el segundo seguimiento. Dos participantes (2 y 5) obtuvieron inicialmente una puntación de cambio mínimo pero alcanzaron un cambio fiable en el segundo seguimiento. Un participante (7) presentó una puntuación de cambio mínimo y la mantuvo en el segundo seguimiento. Tres participantes (1, 6 y 11) no reportaron cambios en el postest, pero en el segundo seguimiento obtuvieron una puntuación de cambio mínimo. El resto de participantes (8, 9 y 10) no reportó cambios significativos en ninguno de los dos momentos de evaluación.

Con respecto al indicador CCO, ninguna de las puntuaciones obtenidas por los participantes alcanzó el punto de corte para categorizarse como cambio objetivo.

5.4 Depresión

En esta investigación se evaluó la presencia de síntomas depresivos mediante su medición a través de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Yesavage et al., 1983); tomándose la puntuación total del instrumento.

A continuación se presentan los análisis realizados con los datos obtenidos en esta variable.

5.4.1 Análisis del cambio clínico

En la evaluación de la variable depresión (véase la tabla 46), cuatro participantes obtuvieron evaluaciones relevantes en el ICF_{JT}. Dos participantes obtuvieron cambios clínicos confiables (participantes 9 y 10) y dos cambios mínimos (participantes 1 y 3). Con respecto al CCO, siete participantes obtuvieron cambios clínicos significativos (participantes 1, 3, 5, 8, 9, 10 y 12).

Tabla 46
Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en depresión posterior al primer módulo

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	-1.35	Mejoría	Cambio mínimo	-100	Cambio
2	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
3	-1.35	Mejoría	Cambio mínimo	-100	Cambio
4	-0.67	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
5	-0.67	Estable	Sin cambio	-33	Cambio
6	-0.67	Estable	Sin cambio	-15	Sin cambio
7	-0.67	Estable	Sin cambio	-15	Sin cambio
8	-0.67	Estable	Sin cambio	-100	Cambio
9	-2.03	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
10	-2.03	Mejoría	Cambio clínico confiable	-50	Cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	-0.67	Estable	Sin cambio	-100	Cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

En los participantes que cursaron módulos adicionales al primero (véase tabla 47), en el ICF_{JT}, dos participantes tuvieron evaluaciones importantes. El participante 6 obtuvo un cambio mínimo y el participante 10 un cambio clínico confiable. Mientras que con respecto al CCO, todos los participantes que cursaron módulos adicionales tuvieron cambios objetivos.

Tabla 47

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en depresión posterior a módulos adicionales al primero

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
5	-1.35	Mejoría	Cambio mínimo	-33	Cambio
6	-0.67	Mejoría	Sin cambio	-50	Cambio
10	-3.39	Mejoría	Cambio clínico confiable	-83	Cambio

Nota: Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

5.4.2 Análisis del cambio clínico durante los seguimientos

A continuación, se presentan los análisis realizados con respecto al cambio fiable y al cambio clínico objetivo en las mediciones realizadas durante los seguimientos posteriores a la aplicación de la intervención. El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa y el segundo a los seis. En ambos casos se presentan los cambios en comparación con la medición del pretest. Posteriormente se proveen las comparaciones de los distintos índices obtenidos entre la evaluación postest y en los seguimientos para su comparación.

En la tabla 48 se presenta los análisis con respecto a la evaluación sobre depresión en el primer seguimiento.

Tabla 48

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en depresión en el primer seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	-4.04	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
2	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
3	-2.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	-50	Cambio
4	-2.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
5	-4.04	Mejoría	Cambio clínico confiable	-66	Cambio
6	-2.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	-25	Cambio
7	0.00	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
8	-2.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
9	-6.06	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
10	-10.10	Mejoría	Cambio clínico confiable	-83	Cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio

Nota: El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Como puede observarse, en siete participantes (1, 3, 4, 5, 6, 9 y 10) se obtuvieron puntuaciones de cambio clínico confiable y en el resto no hubo cambio en esta variable. Con respecto al CCO, los mismos siete participantes que obtuvieron puntuaciones de cambio clínico confiable también alcanzaron el punto de corte para considerar que tuvieron un cambio clínico objetivo.

En la tabla 49 se presenta los análisis con respecto a la evaluación sobre depresión en el segundo seguimiento.

Tabla 49

Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y Cambio Clínico Objetivo en depresión en el segundo seguimiento

Participante	ICF_{JT}	Sentido del cambio	Interpretación	CCO	Interpretación
1	-4.04	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
2	4.04	Empeora	Cambio clínico confiable	14	Sin cambio
3	-4.04	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
4	-2.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
5	-6.06	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
6	-6.06	Mejoría	Cambio clínico confiable	-75	Cambio
7	-2.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
8	-2.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
9	-6.06	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
10	-12.12	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio
11	0	Estable	Sin cambio	0	Sin cambio
12	-2.02	Mejoría	Cambio clínico confiable	-100	Cambio

Nota: El segundo seguimiento se realizó a los seis meses de concluido el programa de intervención. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Se puede observar que en once participantes (1, 2, 3, 4, 5 6, 7, 8, 9, 10 y 12) se obtuvieron puntuaciones que pueden categorizarse como cambio clínico confiable. Solamente en la participante 2 el sentido del cambio fue hacia el empeoramiento de la puntuación, aunque es necesario precisar que su puntuación bruta en el instrumento no pude categorizarse como presencia de sintomatología depresiva; es únicamente un efecto estadístico del incremento de la puntuación bruta de un punto en comparación con respecto a la reportada en el pretest. Si se observan las puntuaciones de la participante en el postest y el primer seguimiento, se puede observar que en ninguna evaluación su puntuación puede considerarse como indicativa de sintomatología. Así mismo, en la evaluación del cambio clínico

objetivo, la puntuación de esta participante no representó un cambio en este parámetro.

Precisamente en la evaluación del CCO, diez participantes (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12) obtuvieron puntuaciones relacionadas con un cambio objetivo en esta variable.

La tabla 50 presenta la comparación entre los tres momentos de medición de sintomatología depresiva.

Tabla 50

Comparación del Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax y del Cambio Clínico Objetivo en depresión en los tres momentos de evaluación

	Índice de cambio fiable (ICF_{JT})			Cambio clínico objetivo (CCO)		
Participante	Postest	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Postest	Primer seguimiento	Segundo seguimiento
1	-1.35	-4.04	-4.04	-100	-100	-100
2	0	0	4.04	0	0	14
3	-1.35	-2.02	-4.04	-100	-50	-100
4	-0.67	-2.02	-2.02	0	-100	-100
5	-1.35	-4.04	-6.06	-33	-66	-100
6	-0.67	-2.02	-6.06	-50	-25	-75
7	-0.67	0.00	-2.02	-15	0	-100
8	-0.67	-2.02	-2.02	-100	-100	-100
9	-2.03	-6.06	-6.06	-100	-100	-100
10	-3.39	-10.10	-12.12	-83	-83	-100
11	0	0	0	0	0	0
12	-0.67	0	-2.02	-100	0	-100

Nota: El primer seguimiento se realizó a los tres meses de concluido el programa, mientras que el segundo a los seis meses. Para fines de esta comparación en los participantes 5, 6 y 10, quienes cursaron módulos posteriores al primero, se tomó como evaluación postest la realizada al concluir todos los módulos implementados. Las puntuaciones del ICF_{JT} se interpretan de la siguiente manera: ≥1.96 = cambio clínico confiable, ≥1 y ≤1.96 = cambio mínimo. Las puntuaciones del CCO > ±20 = cambio clínico objetivo

Con estos datos se puede observar que, los dos participantes (9 y 10) que obtuvieron un cambio clínico fiable mantuvieron los cambios a lo largo del periodo de observación. Los tres participantes (1, 2 y 5) que obtuvieron un cambio mínimo en el postest lograron un cambio fiable hasta el primer seguimiento y se mantuvieron así hasta el tercer seguimiento. Tres participantes (4, 6 y 8) que no obtuvieron cambios significativos en el postest, alcanzaron una puntuación de cambio fiable durante el primer seguimiento y mantuvieron este cambio hasta el postest. Dos participantes (7 y 12) no obtuvieron cambios significativos durante el postest y el primer seguimiento y fue hasta el segundo seguimiento obtuvieron una puntuación

de cambio fiable. Un participante (11) no tuvo cambios en esta variable a lo largo de los tres momentos de evaluación. Un participante (2) obtuvo una calificación de cambio fiable en dirección de empeoramiento hasta el segundo seguimiento y aunque esto fue debido a causas personales, externas al programa de intervención, es necesario precisar que su puntuación bruta en el instrumento de evaluación no indicó la presencia de un cuadro de depresión clínico; siendo únicamente el reporte de la presencia de algunos síntomas afectivos que no se habían reportado anteriormente.

Con respecto al indicador CCO el comportamiento fue similar. Siete participantes (1, 3, 5, 6, 8, 9 y 10) obtuvieron cambios significativos en el postest y mantuvieron los cambios a lo largo de la evaluación. Un participante (12) obtuvo un cambio significativo en el postest, pero en el primer seguimiento éste se revirtió y volvió a presentarse como cambio objetivo en el segundo seguimiento. Un participante (4) obtuvo la puntuación de cambio objetivo hasta el primer seguimiento y lo mantuvo en el segundo. Un participante (7) obtuvo el cambio objetivo hasta el último seguimiento. Finalmente, dos participantes (2 y 11) no obtuvieron puntuaciones indicativas de cambio objetivo en ninguna de las evaluaciones.

Esta evidencia sugiere que los cambios en esta variable pueden no presentarse de manera inmediata al terminar el programa de intervención y puede ser que se observe, en algunos participantes, hasta tiempo después de concluido el programa. En el contexto de la pandemia por COVID-19, los resultados pueden apuntar a que la intervención podría funcionar como un factor protector que previene la experiencia de sintomatología depresiva; pero esto debe explorarse con mayor detalle. Como en los rubros anteriores, esto sugiere la necesidad de mantener en este tipo de participantes un seguimiento cercano que pueda favorecer la consecución de cambios significativos y un mantenimiento a lo largo del tiempo.

5.5 Ansiedad

La presencia de síntomas de ansiedad se midió a partir de una escala visual análoga de 0 a 10 puntos en la que el participante evaluó qué tan ansioso se

encontraba antes de las actividades de cada sesión y después de concluirlas. En este apartado se muestra el análisis visual de la ansiedad percibida.

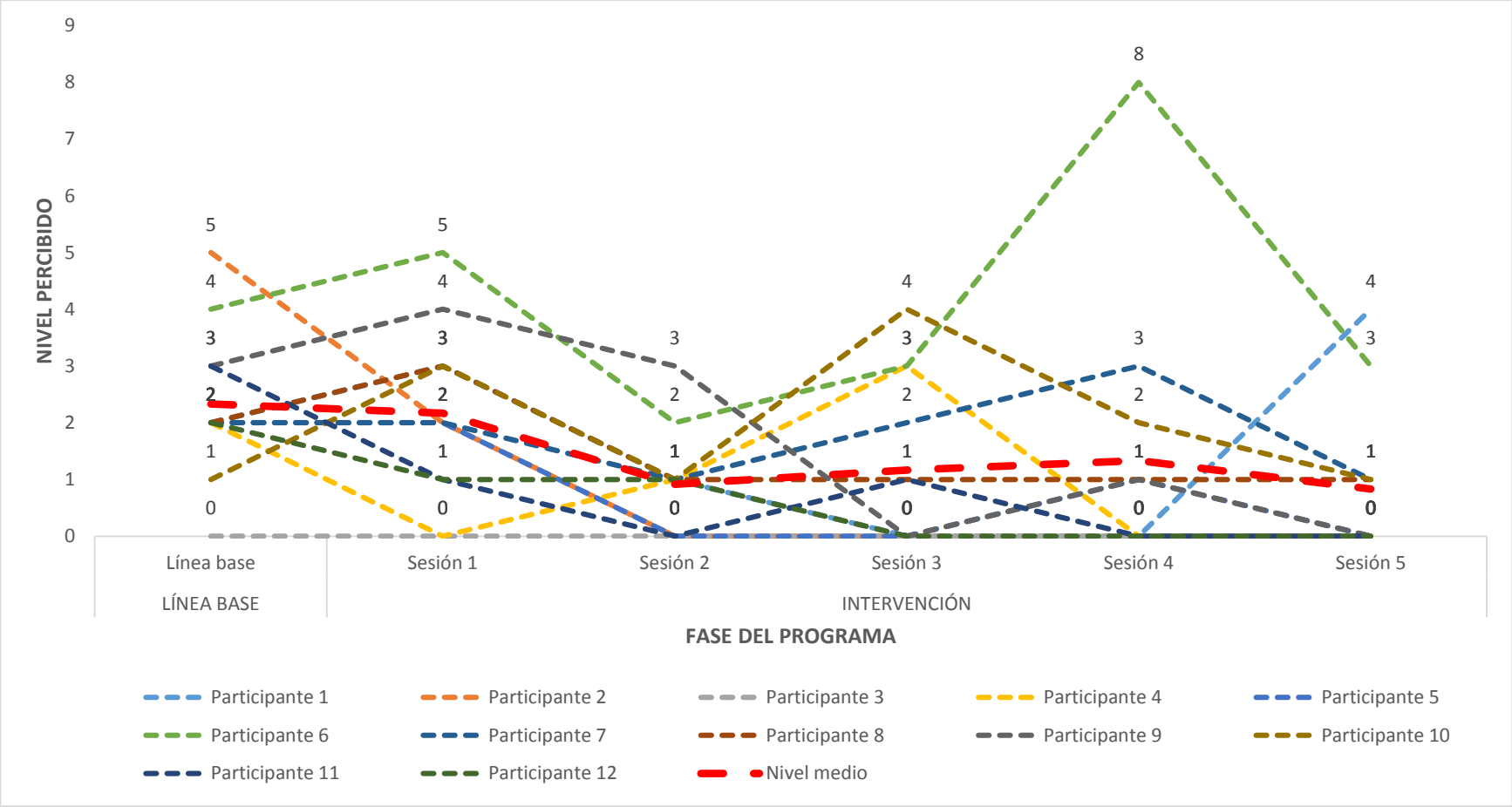
5.4.1 Análisis visual

Con respecto al análisis de las puntuaciones de la ansiedad percibida por los participantes, antes y después de cada sesión, se realizaron dos análisis que se complementan entre sí. En las figuras 25 y 26 se muestran las tendencias de cambio en las valoraciones autorreportadas antes y después de cada sesión respectivamente. En cada una de estas figuras se muestra el nivel promedio de todos los participantes.

En tanto, las figuras 27 a 38 muestran las tendencias de cambio por cada uno de los participantes tanto antes como después de cada sesión, de tal forma que en estas figuras se pueden contrastar las mediciones de cada sesión entre ellas y por individuo.

Figura 25

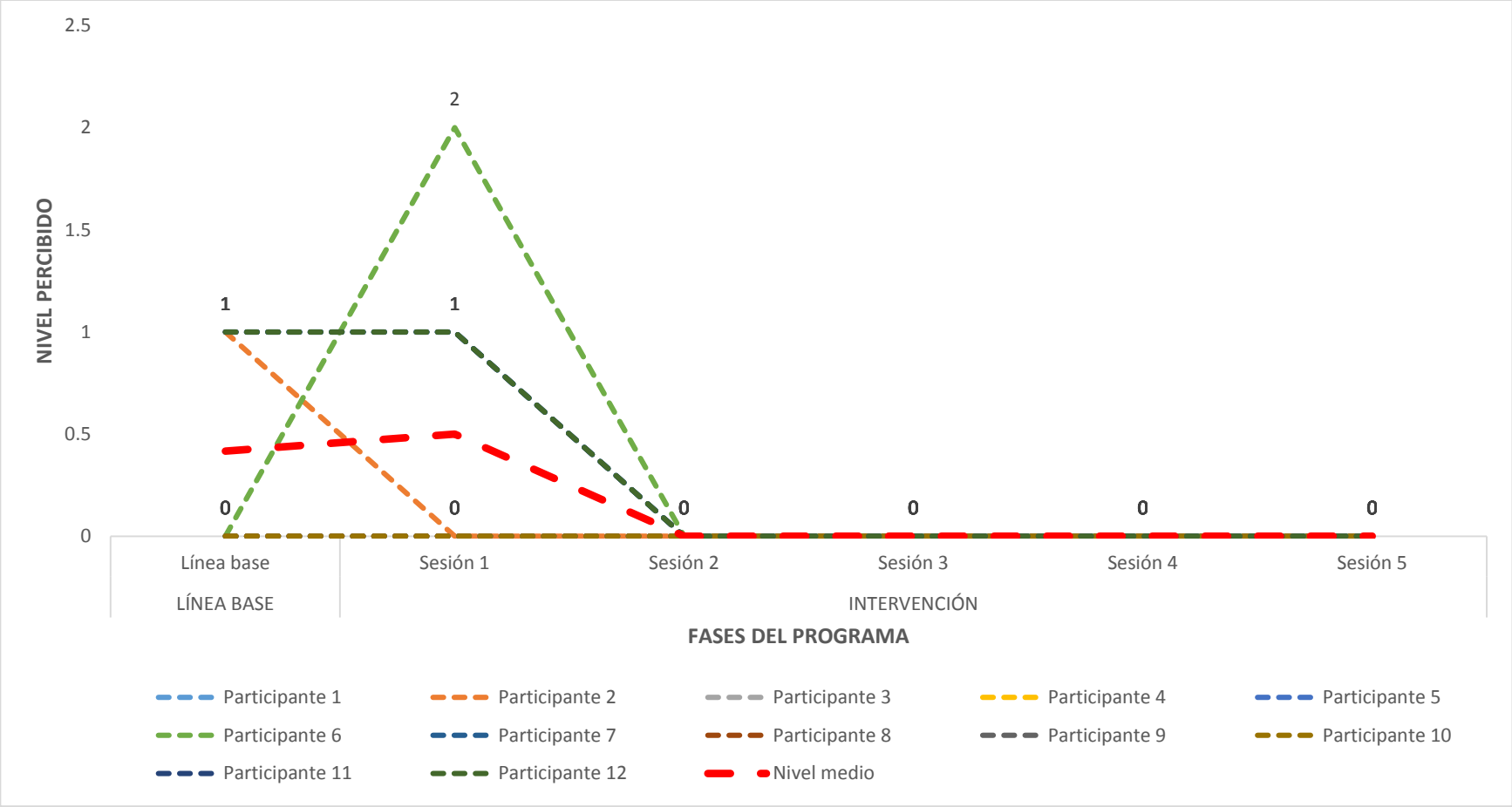
Percepción de ansiedad antes de cada sesión en todos los participantes



Nota. Se presentan los datos de todos los participantes en la puntuación del nivel autopercibido de ansiedad antes de cada sesión durante las sesiones de intervención. La línea punteada en rojo representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa. Los índices cuantitativos del nivel fueron: línea base =2.36; intervención = 5.19; y seguimiento = 7.45.

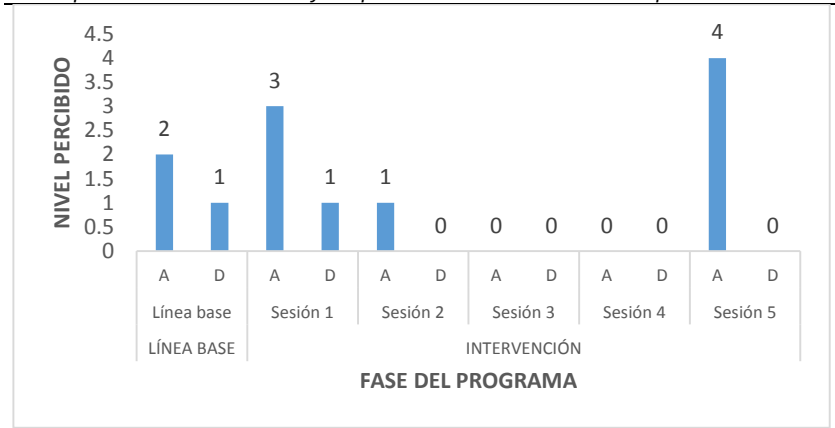
Figura 26

Percepción de ansiedad después de cada sesión en todos los participantes



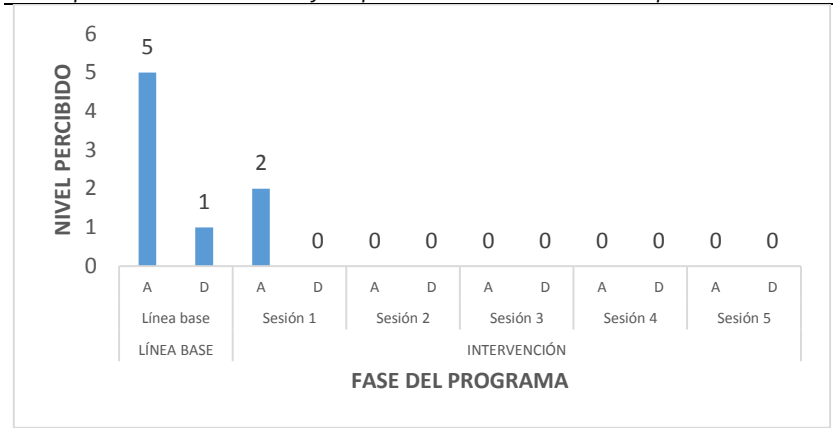
Nota. Se presentan los datos de todos los participantes en la puntuación del nivel autopercibido de ansiedad después de cada sesión durante las sesiones de intervención. La línea punteada en rojo representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes en cada una de las fases del programa. Los índices cuantitativos del nivel fueron: línea base =2.36; intervención = 5.19; y seguimiento = 7.45.

Figura 27
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 1



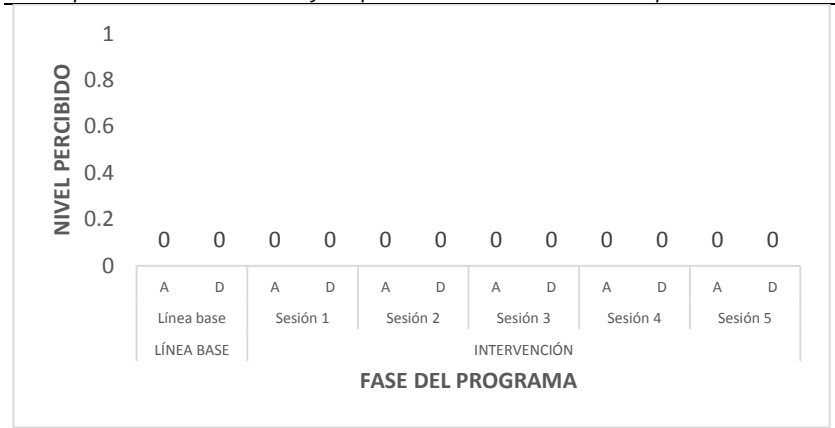
Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 28
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 2



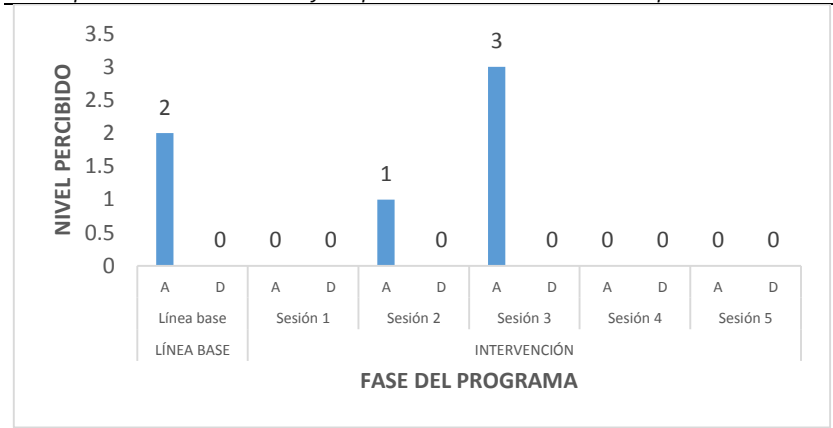
Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 29
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 3



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

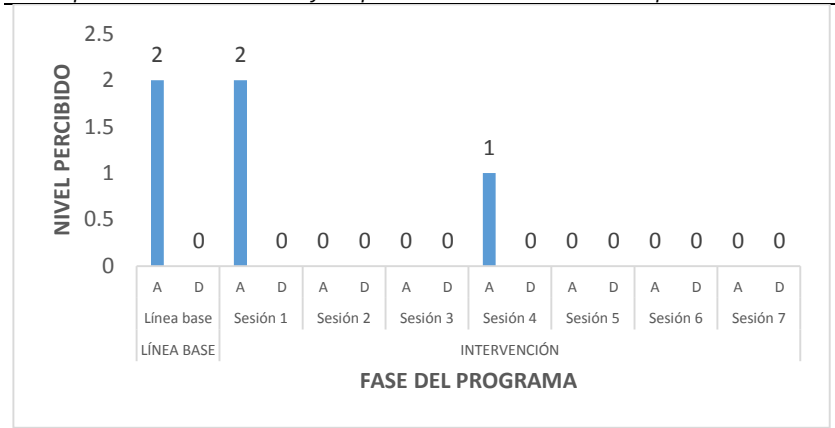
Figura 30
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 4



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 31

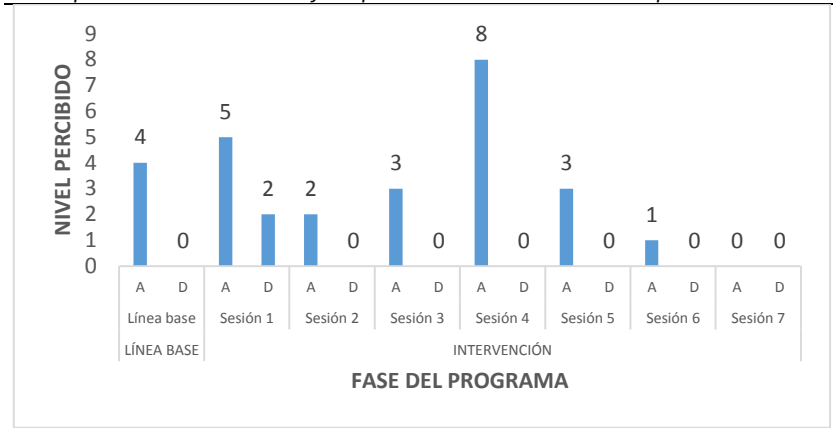
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 5



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 32

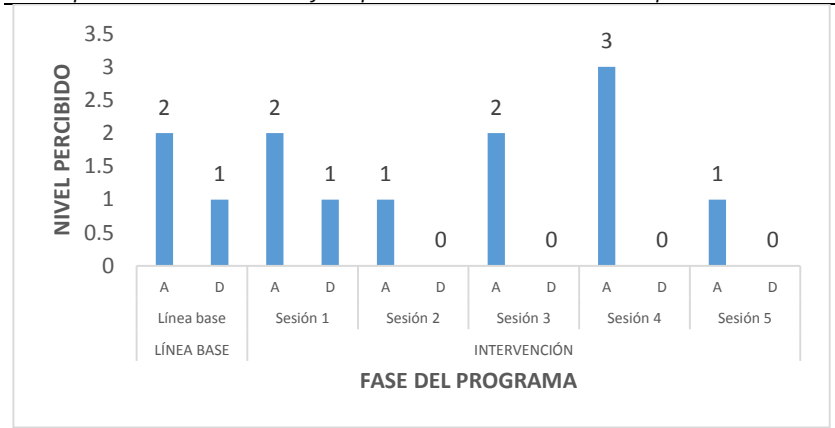
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 6



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 33

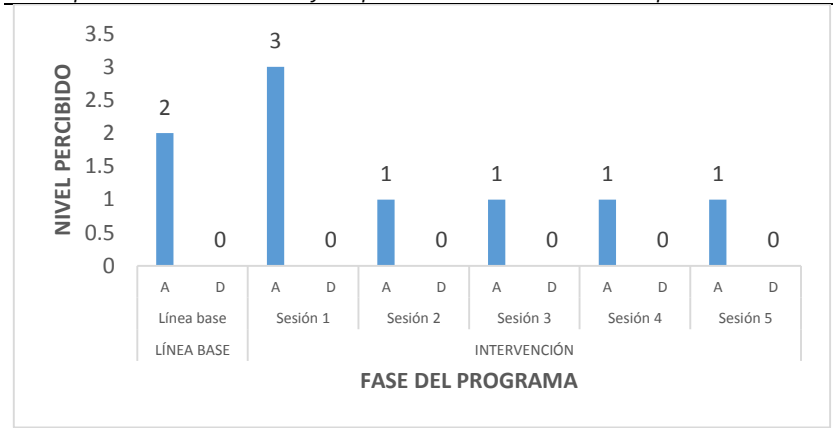
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 7



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 34

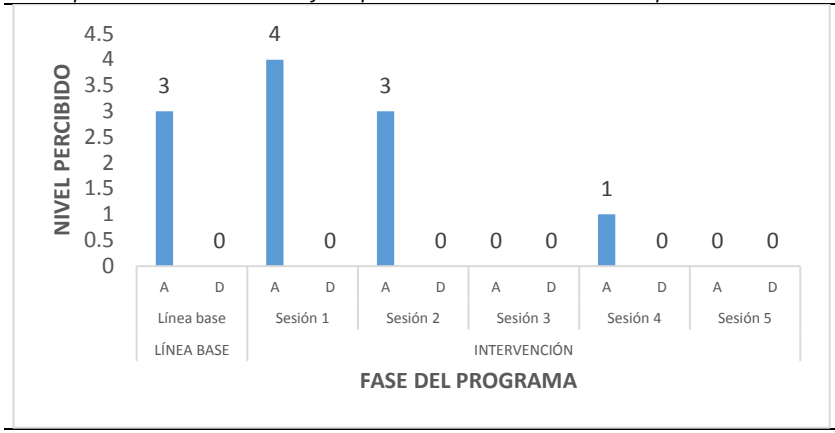
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 8



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 35

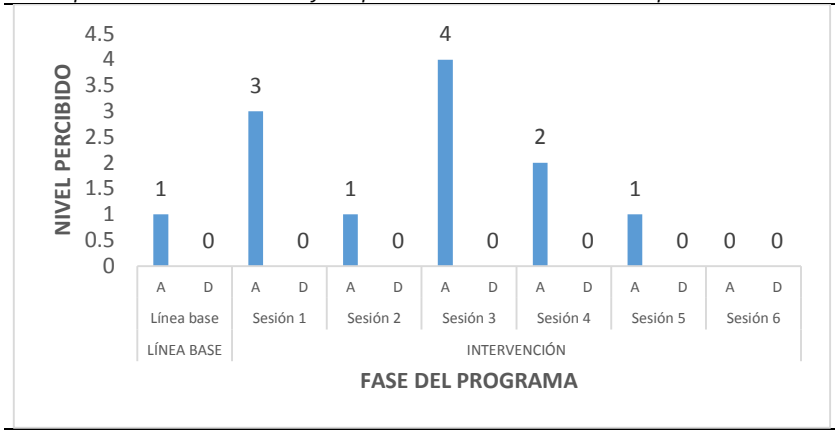
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 9



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 36

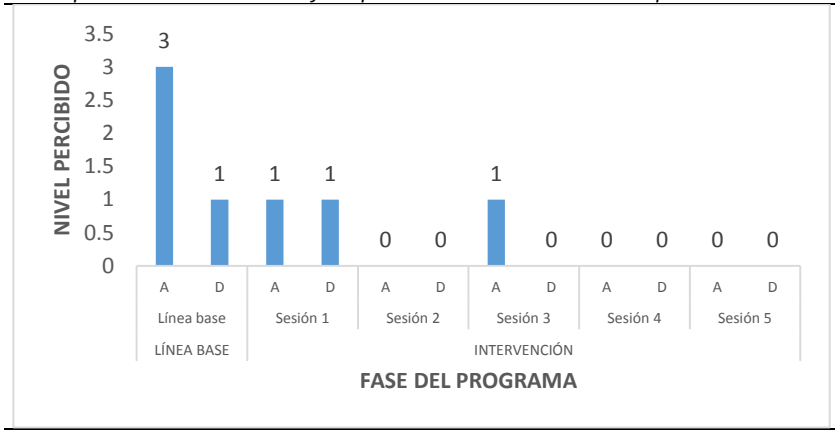
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 10



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 37

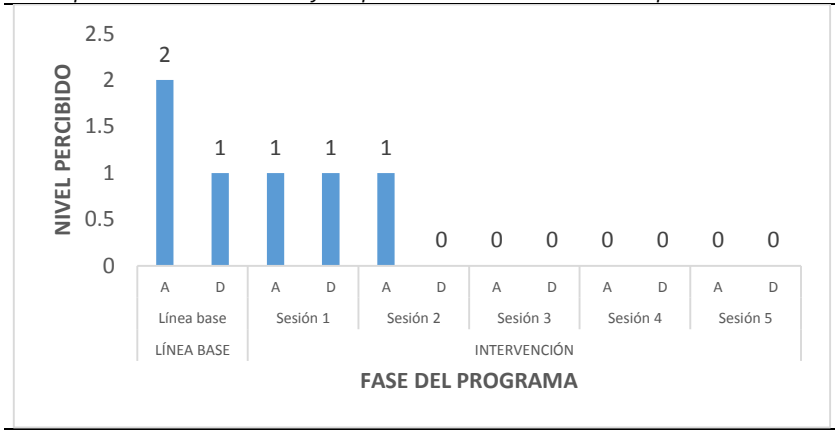
Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 11



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Figura 38

Percepción de ansiedad antes y después de cada sesión del Participante 12



Nota: la puntuación máxima era 10 y mínima 0. A = antes de la sesión y D = después de la sesión.

Como puede observarse, en todos los participantes hubo una disminución progresiva en la percepción de ansiedad previa a la sesión debido a la familiarización de los participantes con el proceso de la intervención. Así mismo, en todas las evaluaciones realizadas al término de la sesión, los participantes reportaron disminuciones significativas en la percepción de ansiedad; lo cual pudo deberse al contenido de las actividades realizadas durante la sesión y a la implementación de los ejercicios de relajación que se emplearon al iniciar y finalizar las actividades.

Solamente en el caso del sexto participante, se observó que al inicio de la cuarta sesión del primer módulo hubo un incremento considerable en la evaluación dada al inicio de la sesión. El participante comentó que consideraba que había realizado erróneamente la tarea, que consistía en practicar sus fortalezas distintivas, que no había cumplido con lo que se le solicitó y, como hubo problemas de conexión a internet al inicio de la sesión, que además haría *"perder el tiempo"* a los terapeutas por no haber realizado las actividades. Sin embargo, se pudieron resolver los problemas de conexión y se implementaron las técnicas de relajación inicial, lo cual permitió el trabajo terapéutico y disminuyó la ansiedad. Así mismo, durante la revisión de las tareas realizadas, el participante pudo exponer lo que había realizado y se le retroalimentó acerca de sus actividades, las cuales no eran erróneas sino que al presentarse circunstancias en las cuales la actividad planeada no había podido ser llevada a cabo, tuvo que adaptarlas y realizar algo relativo a la fortaleza que tenía que ejercitar y, aunque no se realizó lo planificado, se cumplió con la actividad al practicar la fortaleza de carácter asignada de una manera distinta. El manejo terapéutico permitió que la ansiedad disminuyera hasta desaparecer en la evaluación realizada al finalizar la sesión.

5.2.3 Índices cuantitativos para diseños N=1

Para apoyar el análisis visual de datos de las gráficas anteriores se emplearon índices estadísticos que indican la dirección de los cambios (véase la tabla 51) y se incluyó el nivel medio de ejecución de todos los participantes.

Tabla 51

Índices descriptivos de las sensaciones de placer y dominio por participante

Participante	Tipo de Sensación	Nivel	Tendencia	Variabilidad	Coeficiente de variabilidad	Estabilidad
1	Antes	1.66	0	1.49	89.44	0.19
	Después	1.66	-0.14	0.37	223.60	1.28
2	Antes	1.16	-0.88	1.86	159.71	2.16
	Después	0.16	-0.14	0.37	223.60	1.28
3	Antes	0	0	0	-	-
	Después	0	0	0	-	-
4	Antes	1	-0.22	1.15	115.47	0.87
	Después	0	0	0	-	-
5	Antes	0.83	-0.37	0.89	107.70	1.52
	Después	0	0	0	-	-
6	Antes	4.16	0.14	1.95	46.91	1.74
	Después	0.33	-0.17	0.74	223.60	0.49
7	Antes	1.83	-0.02	0.68	37.48	2.22
	Después	0.33	-0.22	0.47	141.42	2.14
8	Antes	1.50	-0.31	0.76	50.91	2.30
	Después	0	0	0	-	-
9	Antes	1.83	-0.77	1.57	85.76	1.97
	Después	0	0	0	-	-
10	Antes	2	0	1.15	57.73	1.78
	Después	0	0	0	-	-
11	Antes	0.83	-0.48	1.06	128.06	1.89
	Después	0.33	-0.22	0.47	141.42	2.14
12	Antes	0.66	-0.40	0.74	111.80	2.13
	Después	0.33	-0.22	0.47	141.42	2.14
Nivel promedio	Antes	1.45	-0.27	0.58	40.24	2.61
	Después	0.15	-0.10	0.21	142.45	1.99

En los análisis anteriores se comprueban los hallazgos del examen visual de los datos. Los cambios observados exhiben la disminución de la ansiedad y, aunque estos cambios son pequeños y discretos, dan cuenta del a efectividad de las actividades del programa de intervención en este aspecto.

5.6 Confiabilidad en integridad de la intervención

Se calculó el índice de concordancia Kappa de Cohen entre los dos psicólogos que escucharon las audiograbaciones y evaluaron la aplicación de los procedimientos clínicos. Este índice tuvo una variación de entre 0.86 y 0.98 entre las distintas sesiones del primer módulo, con un valor $p \leq 0.05$; mostrando una muy alta concordancia sobre la implementación del primer módulo en los 12

participantes. Esto quiere decir que, con respecto a las actividades del primer módulo, éstas se implementaron en forma altamente similar en las doce réplicas realizadas. Esto implica que la intervención fue implementada íntegramente de acuerdo con la descripción y planeación proyectada en el protocolo de investigación. La tabla 52 resume los resultados por cada participante revisado.

Tabla 52
Confiabilidad en integridad del tratamiento

Participante	Reactivos revisados y corroborados	Índice Kappa de concordancia	Interpretación	Significancia
1	100	0.98	Buena concordancia	0.05
2	100	0.96	Buena concordancia	0.05
3	100	0.93	Buena concordancia	0.05
4	100	0.95	Buena concordancia	0.05
5	100	0.86	Buena concordancia	0.05
6	100	0.93	Buena concordancia	0.05
7	100	0.96	Buena concordancia	0.05
8	100	0.97	Buena concordancia	0.05
9	100	0.89	Buena concordancia	0.05
10	100	0.94	Buena concordancia	0.05
11	100	0.98	Buena concordancia	0.05
12	100	0.98	Buena concordancia	0.05

Nota: los reactivos revisados hacen referencia a la lista de cotejo para evaluar la integridad del tratamiento conformada por 20 ítems conjuntados en 7 acciones terapéuticas durante cada sesión del primer módulo (5 sesiones) y que cada evaluador calificaba de manera dicotómica si se realizaba la actividad enlistada o no.

En el caso de los participantes que cursaron módulos adicionales al primero, no se realizó este análisis debido a que solamente un participante curso el segundo módulo y durante la implementación de los módulos 3 y 6 en la quinta participante y el sexto participante, se tuvieron dificultades técnicas para audiograbar algunos segmentos de la intervención, lo que dificultó que los escuchas evaluaran las acciones realizadas.

5.7 Factibilidad y validación social de la intervención

En este apartado se analizarán los resultados relacionados con la validez interna de la intervención y la valoración de factores que pueden influir sobre la adherencia de los participantes a las actividades de intervención.

Para evaluar la factibilidad de la intervención se tomaron en cuenta varios aspectos relacionados con la aceptabilidad de la intervención (Gitlin & Czaja, 2016).

En primera instancia se evaluarán los aspectos relacionados con la carga de la intervención, posteriormente se analizará la eficacia percibida y usabilidad tecnológica y, finalmente, la validación social de la intervención.

En las siguientes secciones se realizarán precisiones necesarias para comprender la importancia y relevancia de cada uno de estos aspectos.

5.7.1 Carga de la intervención

En esta sección se analizarán los aspectos relacionados con la carga de la intervención, esto es, la cantidad de esfuerzo que percibieron los adultos mayores para realizar las tareas que se les solicitaban por su participación en el programa (Sekhon et al., 2017). Este análisis se compondrá del análisis de la tasa de finalización de tareas y la tasa de facilidad de ejercicios.

5.7.1.1 Tasa de finalización de tareas

Se cuantificó la cantidad de tareas realizadas por los participantes durante las semanas que duró la intervención y se resumieron los resultados en congruencia con el número de participantes y tareas solicitadas por cada módulo.

En la tabla 53 se presentan los indicadores de tareas completadas del primer módulo de intervención.

Tabla 53

Indicadores de tareas completadas del módulo 1 – Fortalezas de carácter

Sesión	Tareas evaluadas	Promedio de número de tareas completadas	Porcentaje promedio de tareas completadas
Sesión 1	Diario de gratitud (S1)	19.16	91.26 %
Sesión 2	Diario de gratitud (S2)	20.33	96.82 %
Sesión 3	Diario de gratitud (S3)	20.91	99.60 %
Sesión 4	Diario de gratitud (S4)	21	100 %
Sesión 5	Diario de gratitud (S5)	21	100 %
	TOTAL DEL MÓDULO	20.48	97.53 %

Nota: El número máximo de entradas por sesión era 21

Durante el primer módulo se solicitó a los participantes que realizaran una tarea que consistía en escribir tres entradas diarias; por lo que se pudo contabilizar el número de entradas completadas por participante y después cuantificar el promedio de tareas completadas por semana o sesión entre todos los participantes y el porcentaje de completamiento de las mismas. Se observó una tendencia creciente tanto en el promedio como en el porcentaje de tareas completadas a lo largo del módulo. En cada una de las sesiones se obtuvieron indicadores que reflejan una completitud alta; obteniéndose indicadores altos en este aspecto, al finalizar el módulo.

Solamente un participante cursó el segundo módulo del programa; en el cual se dejaba una sola tarea a completar entre cada sesión del módulo. Por tal motivo solamente se registró si se cumplía o no la tarea. Se observó que el participante realizó a cabalidad las tareas implementadas.

Tabla 54

Indicadores de tareas completadas del módulo 2 – Positividad (emociones positivas)

Sesión	Tareas evaluadas	Número de tareas completadas	Porcentaje de tareas completadas
Sesión 1	Cita de saboreo	1	100 %
Sesión 2	Reminiscencia positiva	1	100 %
	TOTAL DEL MÓDULO		100 %

Dos participantes cursaron el módulo tercero y solamente se implementó una tarea entre cada sesión del módulo. Se observó que ambos participantes realizaron las actividades solicitadas de forma completa.

Tabla 55

Indicadores de tareas completadas del módulo 3 – Involucramiento (experiencias óptimas)

Sesión	Tareas evaluadas	Número de tareas completadas	Porcentaje promedio de tareas completadas
Sesión 1	Agendar una experiencia óptima	1	100 %
Sesión 2	Fluir con mis fortalezas distintivas	1	100 %
	TOTAL DEL MÓDULO		100 %

Igual que en el rubro anterior, dos participantes cursaron el módulo sexto y se observó que realizaron las tareas solicitadas de forma completa.

Tabla 56

Indicadores de tareas completadas del módulo 6 - Logro

Sesión	Tareas evaluadas	Número de tareas completadas	Porcentaje de tareas completadas
Sesión 1	Una historia de logro	1	100 %
Sesión 2	Mi listado de objetivos	1	100 %
	TOTAL DEL MÓDULO		100 %

En conjunto, las tareas de los módulos subsecuentes al primero se completaron más que las del primer módulo.

5.7.1.2 Tasa de dificultad de ejercicios

Este aspecto se evaluó solicitándoseles que graduaran la dificultad de las tareas solicitadas cada sesión en una escala de 0 a 10 puntos; donde 0 equivalía a “nada difícil” y 10 a “extremadamente difícil”.

Esto se realizó durante cada sesión y en cada módulo de intervención. En la tabla 57, se resumen los resultados del primer módulo indicando qué tareas se evaluaron en cada sesión.

Tabla 57

Dificultad de las tareas del módulo 1 – Fortalezas de carácter

Sesión / Fase	Tareas evaluadas	Media de dificultad
Línea base	Registro conductual	1.41
Sesión 1	Diario de gratitud (S1) e Presentación positiva	1.33
Sesión 2	Diario de gratitud (S2) e Identificación de Fortalezas de Carácter	1.66
Sesión 3	Diario de gratitud (S3) y Usar una fortaleza de carácter de una nueva forma	1.08
Sesión 4	Diario de gratitud (S4) y “Una puerta se cierra, otra se abre”	0.5
Sesión 5	Diario de gratitud (S5) y Carta de Gratitud	0.16
	TOTAL DEL MÓDULO	1.13

Nota: A mayor puntuación, mayor dificultad (Min. 0 Máx. 10)

Como puede observarse, en general las tareas fueron calificadas con una media de dificultad baja ($\bar{X}$ = 1.13). Las tareas que fueron evaluadas con mayor dificultad fueron las tres primeras actividades implementadas durante el módulo; esto es, el registro conductual que se llevó a cabo antes de la realización de la intervención propiamente dicha ($\bar{X}$ = 1.41), la primera semana de realización del *Diario de gratitud* y la *Presentación positiva* realizada durante la primera sesión ($\bar{X}$ = 1.33) y la segunda semana de realización del *Diario de gratitud* y la *Identificación de fortalezas de carácter* que incluyó la identificación por medio del video y la realización del IVyF ($\bar{X}$ = 1.66). De las anteriores, las percibidas como aquellas que requirieron de mayor esfuerzo durante el primer módulo fueron la realización del *Diario de gratitud* durante la segunda semana del programa de intervención y las tareas de identificación de fortalezas de carácter. En contraste, las tareas percibidas como más fáciles fueron las que finalizan el módulo, la realización de las entradas del *Diario de gratitud* durante las semanas cuatro y cinco y las intervenciones relacionadas con la esperanza y la gratitud ($\bar{X}$ = 0.5 y $\bar{X}$ = 0.16, respectivamente).

Con respecto a las tareas de los módulos restantes, un participante realizó las tareas del módulo dos y los resultados se observan en la tabla 58.

Tabla 58

Dificultad de las tareas del módulo 2 – Positividad (emociones positivas)

Sesión / Fase	Tareas evaluadas	Puntuación de dificultad
Sesión 1	Saboreo y Cita de Saboreo	3.00
Sesión 2	Reminiscencia positiva	1.00
	MEDIA DEL MÓDULO	2.00

Nota: A mayor puntuación, mayor dificultad (Min. 0 Máx. 10)

La primera tarea fue calificada con una puntuación mayor que la primera (3 y 1, respectivamente). Esto es, para este participante fue más difícil implementar las técnicas de saboreo que las de reminiscencia positiva. Aunque es importante aclarar que, para mejorar el desempeño de los participantes en las técnicas de saboreo, éstas se refuerzan al inicio de la segunda sesión del módulo y esto permite que el participante reciba retroalimentación de parte del terapeuta si hubiese experimentado dificultad para implementarlas por sí mismo. También es necesario

notar, que las tareas de reminiscencia positiva no son otra cosa que saboreos enfocados en sensaciones del pasado, por lo que en esencia representan la misma tarea cognitiva, únicamente las diferencia la presencia de las sensaciones corporales a las que se tiene acceso únicamente durante el saboreo. Aún con las diferencias encontradas, las puntuaciones proporcionadas por el participante indican que ambas tareas no requieren demasiado esfuerzo como para que se vea comprometida su realización durante el programa.

Dos participantes realizaron las tareas del módulo tercero del programa. En la tabla 59 se resumen las puntuaciones otorgadas por estos participantes a las tareas de este módulo.

Tabla 59

Dificultad de las tareas del módulo 3 – Involucramiento (experiencias óptimas)

Sesión / Fase	Tareas evaluadas	Media de dificultad
Sesión 1	Agendar una experiencia óptima	2.50
Sesión 2	Fluir con mis fortalezas distintivas	2.00
	TOTAL DEL MÓDULO	1.13

Nota: A mayor puntuación, mayor dificultad (Min. 0 Máx. 10)

Como puede observarse, los participantes calificaron de manera muy similar ambas tareas, aunque percibieron como un poco más difícil la primera tarea del módulo que la segunda ($\bar{X}$ = 2.50, $\bar{X}$ = 2.00, respectivamente). Ambas tareas pueden considerarse como fáciles en su realización.

Dos participantes realizaron las tareas del módulo sexto del programa. Los detalles de la puntuación de dificultad otorgada para estas tareas se encuentran en la tabla 60.

Tabla 60

Dificultad de las tareas del módulo 6 – Logro

Sesión / Fase	Tareas evaluadas	Media de dificultad
Sesión 1	Una historia de logro	1.50
Sesión 2	Fluir con mis fortalezas distintivas	0.00
	TOTAL DEL MÓDULO	0.75

Nota: A mayor puntuación, mayor dificultad (Min. 0 Máx. 10)

Los participantes calificaron ambas tareas con una puntuación que permite considerar que ambas pueden realizarse sin gran dificultad. La primera tarea puede ser más difícil de realizarse ($\bar{X}$ = 2.50) que la segunda ($\bar{X}$ = 0.00), y esto puede deberse a que los ejercicios relacionados con fortalezas de carácter fueron introducidos desde el primer módulo y los participantes podrían estar familiarizados con ellos.

En conjunto, tanto los análisis relacionados con la finalización de ejercicios como los de su facilidad, permiten asegurar que dentro del diseño de la intervención, la configuración de las actividades no interfieren en el desarrollo del programa y el fomento del bienestar.

5.7.2 Efectividad percibida de la intervención

Para evaluar la efectividad percibida de la intervención, o el grado en que los participantes perciben que las actividades pueden lograr el propósito de incrementar su bienestar (Sekhon et al., 2017), Este análisis se compondrá del análisis de la tasa de utilidad de las tareas y el jueceo de no expertos realizado a partir del cuestionario de satisfacción con el programa.

5.7.2.1 Tasa de utilidad de los ejercicios

Se solicitó a los participantes que evaluaran la utilidad de las tareas realizadas entre sesiones en una escala de 0 a 10 puntos; donde 0 equivalía a “nada útil” y 10 a “extremadamente útil”. Esta evaluación se realizó a lo largo de todos los módulos implementados.

La tabla 61 muestra la puntuación media de utilidad otorgada por los doce participantes a las tareas del módulo primero.

Tabla 61

Utilidad de las tareas del módulo 1 – Fortalezas de carácter

Sesión / Fase	Tareas evaluadas	Media de utilidad
Sesión 1	Diario de gratitud (S1) e Introducción positiva	9.50
Sesión 2	Diario de gratitud (S2) e Identificación de Fortalezas de Carácter	9.33
Sesión 3	Diario de gratitud (S3) y Usar una fortaleza de carácter de una nueva forma	9.50
Sesión 4	Diario de gratitud (S4) y "Una puerta se cierra, otra se abre"	9.33
Sesión 5	Diario de gratitud (S5) y Carta de Gratitud	9.91
	TOTAL DEL MÓDULO	9.51

Nota: A mayor puntuación, mayor utilidad (Min. 0 Máx. 10)

Como puede observarse, en total las tareas fueron consideradas como altamente útiles por los participantes ($\bar{X}$ = 9.51). Las tareas mejor evaluadas fueron la realización del diario de gratitud de la quinta semana del programa y la carta de gratitud ($\bar{X}$ = 9.91); mientras que las que obtuvieron menor calificación fueron las de la segunda y la cuarta sesión (ambas con $\bar{X}$ = 9.33). Sin embargo, considerando las puntuaciones obtenidas en todas las actividades del primer módulo de manera individual, se puede considerar que todas fueron percibidas como útiles y adecuadas para fomentar el bienestar de los participantes.

Con respecto al resto de los módulos, un participante curso el segundo módulo y en la tabla 62 se puede observar la puntuación otorgada a las actividades del curso.

Tabla 62

Utilidad de las tareas del módulo 2 – Positividad (emociones positivas)

Sesión / Fase	Tareas evaluadas	Puntuación de utilidad
Sesión 1	Saboreo	10
Sesión 2	Reminiscencia positiva	9
	TOTAL DEL MÓDULO	9.50

Nota: A mayor puntuación, mayor utilidad (Min. 0 Máx. 10)

En ambas tareas se obtuvieron puntuaciones altas que permiten considerar que ambas tareas implementadas en el segundo módulo fueron percibidas como útiles por el participante que cursó el módulo. La primera actividad obtuvo una

puntuación mayor (10) que la segunda (9), sin embargo esto no indica alguna diferencia significativa entre ambas con respecto a su utilidad percibida.

En la tabla 63 se muestran las puntuaciones medias de utilidad para las tareas del módulo tres, el cual fue cursado por dos participantes.

Tabla 63
Utilidad de las tareas del módulo 3 – Involucramiento (experiencias óptimas)

Sesión / Fase	Tareas evaluadas	Media de utilidad
Sesión 1	Agendar una experiencia óptima	8.00
Sesión 2	Fluir con mis fortalezas distintivas	8.50
	TOTAL DEL MÓDULO	8.25

Nota: A mayor puntuación, mayor utilidad (Min. 0 Máx. 10)

Como puede observarse la puntuación media de utilidad en las tareas del módulo ($\bar{X}$ = 8.25) fue menor que las del primer y segundo módulo. Sin embargo, la puntuación obtenida permite considerar que ambas tareas fueron consideradas como útiles para el fomento del bienestar y, en particular, de experiencias óptimas. La tarea con menor calificación fue la primera ($\bar{X}$ = 8.00), referente a agendar una experiencia óptima. Esto puede ser debido a la naturaleza de la intervención, puesto que requiere que los participantes realicen un espacio en sus actividades cotidianas y realicen una actividad en la que previamente hayan experimentado un estado de flujo; lo cual puede irrumpir en su cotidianeidad, necesitar de preparación o apoyos que pueden hacer la tarea difícil. Sin embargo, puede argumentarse que su dificultad no es demasiada como para impedir su realización o demeritar su efecto.

Dos participantes cursaron el sexto módulo del programa, las puntuaciones de utilidad se encuentran en la tabla 64.

Tabla 64
Utilidad de las tareas del módulo 6 – Logro

Sesión / Fase	Tareas evaluadas	Media de utilidad
Sesión 1	Una historia de logro	10.0
Sesión 2	Fluir con mis fortalezas distintivas	10.0
	TOTAL DEL MÓDULO	10.0

Nota: A mayor puntuación, mayor utilidad (Min. 0 Máx. 10)

En ambas tareas evaluadas la puntuación obtenida fue la máxima; considerándose como extremadamente útiles para fomentar el bienestar y el logro en particular.

5.7.2.2 Jueceo de la intervención por no expertos

Se solicitó a los participantes que respondieran un cuestionario de satisfacción con el programa de intervención una vez que finalizaran sus actividades en el programa de intervención.

En el cuestionario, evaluaron ocho aspectos relacionados con la efectividad percibida que graduaron en una escala de 0 a 10 puntos; donde a mayor calificación se indicaba mayor satisfacción. Las puntuaciones otorgadas por los participantes a cada aspecto, se evaluaron como parte de un jueceo de la intervención por no expertos y se calculó el grado de acuerdo entre los participantes con base en el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) de Hernández-Nieto (2011). En la tabla 65 se exponen los aspectos evaluados y el CVC obtenido en general y en cada uno de ellos.

Tabla 65

Puntuaciones del Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) en la satisfacción con la intervención.

Reactivos	CVC
1. ¿Qué tanto le agradaron las actividades realizadas en el programa? **(Agrado)**	.94[a]
2. ¿Considera que los temas tratados en este programa fueron útiles? **(Utilidad)**	.94[a]
3. ¿Piensa que las actividades realizadas en el programa fueron adecuadas? **(Pertinencia)**	.95[a]
4. ¿Considera que los ejercicios y actividades realizadas en el programa fueron fáciles? **(Facilidad)**	.90[a]
5. ¿Qué tan importantes considera que fueron los temas tratados en el programa? **(Relevancia)**	.97[a]
6. ¿Qué tan satisfecho está con las sesiones realizadas en este programa? **(Satisfacción general)**	.99[a]
7. ¿Qué tan satisfecho está con las tareas realizadas en el programa? **(Satisfacción tareas)**	.95[a]
8. ¿Qué tan satisfecho está con el material que le fue proporcionado (su manual del participante)? **(Satisfacción material)**	.99[a]
Total CVC	.95[a]

Nota: [a]Validez y concordancia excelentes

De acuerdo con el juicio de no expertos, los participantes consideraron estar altamente satisfechos con el programa en sus diversos aspectos (.95). La mayor puntuación obtenida por los participantes fueron los aspectos relacionados con la satisfacción general con la intervención y la satisfacción con los materiales proporcionados (.99, ambos). La menor puntuación la obtuvo el aspecto de facilidad (.90). En general, se puede afirmar que los participantes consideraron estar muy satisfechos con las actividades del programa, aunque estas no se perciben como demasiado fáciles de realizar. Con todas las puntuaciones, se puede afirmar que los participantes percibieron como muy útil la intervención en diversos aspectos y se encontraron satisfechos con su participación en el programa.

5.7.3 Análisis de la usabilidad

Con respecto a la percepción de usabilidad de la intervención mediada por tecnología, los participantes evaluaron su experiencia con respecto a la videoconferencia y el desarrollo de la intervención en la interfaz de distintas aplicaciones que se emplearon.

Para evaluar los resultados, se emplearon los mismos criterios que Acosta et al. (2022); categorizando las respuestas de las dimensiones del cuestionario en usabilidad baja, media y alta. Estas categorías se definieron a partir de considerar puntos de corte de ±1 desviación estándar a partir de la media obtenida al interior de las evaluaciones proporcionadas por los participantes de la investigación. Se considera que una usabilidad media y alta está relacionada con que los usuarios de plataformas tecnológicas se sientan satisfechos con su empleo.

Sin embargo, debido a que la cantidad de participantes en esta investigación es menor que la de los autores antes citados, se decidió presentar el número de participantes categorizados en las clasificaciones de usabilidad empleadas, en lugar del porcentaje de participantes en cada categoría; puesto que se juzga más prudente en grupos pequeños como en este caso. La tabla 66 muestra los resultados.

Tabla 66
Categorización de participantes con respecto a la clasificación de la usabilidad

	Usabilidad baja	Usabilidad media	Usabilidad alta
Utilidad del sistema	3	4	5
Calidad de la información	3	0	9
Calidad de la interfaz	1	4	7

Como se puede observar, la mayoría de los participantes, nueve, consideraron que el uso de las videollamadas fue útil para la implementación del programa de intervención. Los participantes calificaron que el uso de las plataformas de videollamadas fue sencillo, les fue cómodo llevar a cabo las sesiones por este medio y les fue fácil aprender a utilizar las aplicaciones de videoconferencia.

El mismo número de participantes (nueve), también consideró sentirse satisfecho con la calidad de la información que la aplicación provee al usuario para la realización de las sesiones de intervención. Particularmente en este aspecto, los participantes consideraron que las aplicaciones proveían información útil para corregir posibles errores de conexión, asistir a las sesiones pactadas y realizar las actividades que solicitaba el terapeuta o el coterapeuta tanto para la evaluación previa a la sesión como las actividades de intervención.

Un mayor número de participantes (once), reportaron sentirse satisfechos con la conexión entre ellos y los dispositivos de videoconferencia para la realización del programa de intervención. Los participantes consideraron que fue fácil conectarse e interactuar adecuadamente con el equipo terapéutico y realizar las actividades debido a la calidad de audio e imagen que se les presentó; incluyendo el material audiovisual necesario para el programa (presentaciones, imágenes y video).

En la evaluación de este aspecto se proveyó a los participantes un espacio libre para comentar su satisfacción con la videoconferencia, separando los aspectos metodológicos de la intervención. Tres participantes en particular expresaron que se sentían satisfechos con el programa y no les había sido difícil la conexión a través de videoconferencias, pero manifestaron que les hubiera gustado más la realización

presencial del programa. También comentaron que, aunque les pareció muy interesante e importante el contenido y estaban satisfechos con la participación del equipo terapéutico, en ocasiones se sintieron cansados del tiempo frente a pantalla. Así mismo, en general todos los participantes expusieron que lo que les pareció más importante en la realización del programa a través de la tecnología fue que sin importar el momento de la realización del programa, ya fuera durante las sesiones de evaluación previa o en las sesiones propiamente dichas, el equipo estuvo dispuesto a contestar preguntas, reforzar el entrenamiento para la conexión, plantear dudas relacionadas o no con el contenido de la intervención y comentar sus historias personales con libertad de expresión.

5.7.4. Validez social de la intervención

Aunado al cuestionario de satisfacción realizado por el equipo terapéutico para evaluar la aceptación de la intervención, se realizó la entrevista de validación social por un confederado ajeno al proyecto de investigación; esto con la finalidad de evitar lo más posible respuestas de deseabilidad social.

Las entrevistas se realizaron tal y como se detalló en las secciones de instrumentos y procedimiento de la investigación. Las entrevistas fueron audiograbadas y, una vez realizadas, se transcribieron en su totalidad y posteriormente se agruparon las respuestas de los entrevistados en cinco categorías de análisis que se presentan a continuación.

Como es común en los análisis cualitativos, en la medida de lo posible se respetó la forma de expresarse de los participantes y se proveen, en las categorías, algunas transcripciones de sus verbalizaciones; siempre omitiendo la identidad de quien lo expresó.

5.7.4.1 Calificación de la experiencia

En esta categoría se englobaron respuestas que dieron los participantes comentando cómo había sido su experiencia particular en el programa de

intervención. En general, los comentarios fueron positivos. Sin embargo, dos aspectos sobresalieron a este respecto. En primer lugar, algunos participantes comentaron que el programa les había ayudado a fijarse en aquello positivo que poseen en sus vidas y lo importante que había sido considerar agradecer por estas experiencias. Algunos comentarios realizados a este respecto son los siguientes:

> *"Me ha recordado aspectos importantes tanto de experiencias pasadas como de lo que estoy experimentando actualmente, de cuando en cuando es necesario y sano recapitular y agradecer siempre y todo el tiempo…"*

> *"… aprendí a tomar el tiempo de pensar en personas reales que hicieron pasar cosas buenas en mi vida. Agradezco a las personas que me dan oportunidad de participar en sus cosas. Aprendí que las bendiciones están llenas de pequeñas cosas que nos pasan todos los días".*

> *"Me di cuenta que hay muchas cosas por agradecer y no nos damos cuenta, todo lo que tenemos, hasta por el amanecer que hay que dar gracias…"*

El segundo aspecto que señalaron espontáneamente estuvo relacionado con el tema de las fortalezas de carácter. Algunos mencionaron simplemente que el programa les había ayudado a conocerse mejor y otros comentaron aspectos más específicos. Las siguientes transcripciones ilustran estos aspectos:

> *"Me permitió conocerme más… conocer mis deficiencias y fallas de carácter, mis excesos en mis fortalezas y estar más consciente de mis actitudes y las de los demás".*

> *"Me di cuenta de todas las fortalezas que tengo y así ponerlas en práctica"*

> *"Conocerme más en eso de las fortalezas… como mis cualidades"*

Algunos participantes relacionaron las preguntas del entrevistador con aspectos más personales y comentaron cómo les pareció expresar sus dificultades o problemáticas en el espacio del programa de intervención que se les brindó. Lo anterior se ilustra en las siguientes transcripciones:

> *"… poder corregir cosas que yo tenía muy claras y las hacía sin poner algunos límites y… me han ayudado a seguir adelante".*

“Me ayudó a verme tal cual soy… y me ha servido para mejorar estos defectos”.

Aunque estos comentarios dan cuenta de cómo los participantes se relacionaron con los contenidos del programa, otros participantes respondieron ante las preguntas de manera concreta sin profundizar en sus experiencias.

“Todo me pareció importante”

“Valorar y aceptar lo que tengo en mi vida”

5.7.4.2 Beneficios y cambios percibidos

Esta categoría hace referencia a expresiones que realizaron los participantes sobre beneficios y cambios que ellos perciben en su vida, a partir de la realización de las actividades del programa de intervención. En primera instancia, hubo participantes que identificaron la presencia de beneficios y cambios específicos concretos que enlazaron con sus problemáticas personales. Algunos comentarios que ilustran estos aspectos son los siguientes:

“Mis perspectivas se han abierto más porque me doy cuenta de lo que he hecho y vivido… también de lo que todavía puedo hacer, vivir y sentir… me siento con esperanza porque estoy viviendo cambios muy fuertes y [el programa]… *me ha ayudado”.*

“He quitado poco a poco lo difícil que soy y reconocer mis errores pero también me ha hecho una persona que se empezó a defender mis derechos y expresar lo que quiero de la vida”

“Me doy cuenta de que no nada más es todo rutina y tratar de cambiar las rutinas para que no se haga un hábito y disfrutar lo que tengo…”

Algunos participantes focalizaron los posibles cambios y beneficios en los dos aspectos centrales del primer módulo del programa de intervención: las fortalezas de carácter y la gratitud. Algunas expresiones que dan cuenta de lo anterior son lo siguiente:

“Soy más… cuidadosa en mi forma de identificar y agradecer a personas concretas por las buenas cosas que pasan en mi vida”.

“Me cuesta trabajo llevar el plan de fortalezas, pero me ha ayudado en mi vida y creo que más en el futuro”.

“Reflexionar en mis actividades que tengo y verlas como bendiciones”

“Ponerle más interés a las cosas que me han sucedido y… si, me siento agradecido”.

Otros participantes simplemente expresaron beneficios muy generales y no profundizaron en sus respuestas. Algunos ejemplos de esto son:

“Estoy consciente de mis actitudes”.

“Me ayudó a sentirme con tranquilidad y positivo”.

“Fortalecer algunas fortalezas”.

5.7.4.3 Calificación de tareas y actividades específicas

En esta categoría se reúnen las repuestas que dieron los participantes calificando las actividades del programa de intervención y sus tareas. En general, se expresaron favorablemente de lo realizado y comentaron acerca de aquellas que les resultaron más significativas y les gustaría continuar por su cuenta. En particular se expresaron tanto del *Diario de Gratitud* como de los ejercicios de las fortalezas de carácter. Las siguientes transcripciones dan cuenta de lo anterior:

“Creo que seguiré escribiendo en mi agenda todo lo que recibo y agradecerlo”.

“Me gustaron los ejercicios de las fortalezas… y poner más atención a la actitud o fortaleza de la prudencia, a veces me falta”.

“Me falta hacer mis cartas de agradecimiento y pues… practicar lo de las fortalezas”

“Me gustó expresar mejor mis fortalezas y tengo que hacerlas más fuertes… quisiera expresar mejor mis ideas en las cartas y decir lo que siento”.

“Quiero practicar mis fortalezas… esas que uno usa con menor frecuencia… no recuerdo cuáles particularmente, pero si me falta humor”.

“Creo que si pongo en práctica lo que me enseñaron me ayudarían mucho… como el plan de fortalezas y el de bendiciones”.

Otros participantes se enfocaron en actividades que no están vinculadas directamente con las actividades del programa; sino que surgieron como reflexiones acerca del bienestar y sus situaciones de vida particulares. Este tipo de actividades, aunque no entrenadas de forma directa en la intervención, surgieron de la comprensión que los participantes realizaron de los elementos que conforman al bienestar, como las experiencias óptimas o los logros y metas. Por ejemplo, algunos se expresaron de las siguientes formas:

“Me gustaría ponerme metas…”.

“Es que me quiero dedicar más a mi salir y practicar los ejercicios que me dieron para mi columna… La actividad que espero comprometerme es acudir a la natación; eso me haría sentirme bien”.

“Me detiene mi salud… pero me gustaría volver a estudiar belleza para actualizarme y así tener algo que me haga sentir bien… luego me entra el cansancio y me quedo en lo mismo, pero como vimos en el curso uno debe tomar decisiones”

Otros participantes expresaron con menor profundidad su experiencia con las tareas y actividades de la intervención y simplemente expresaron cuestiones como:

“Todo muy bien”.

“Me gustó mucho”.

5.7.4.4 Experiencias significativas sobre la participación en el programa

En esta categoría se reúnen las expresiones que realizaron los participantes con respecto a aspectos que percibieron como importantes en su participación en el programa de intervención y no están relacionados a las tareas realizadas. En algunas ocasiones se expresan como aspectos relacionados con el programa y otras como aprendizajes o entendimientos sobre el bienestar y los contenidos del programa. En este sentido, esta categoría trata de lo que los participantes enfatizaron espontáneamente como lo más relevante que se les proveyó en el programa.

> *"Para mí lo importante fue expresar lo que yo sentía y con lo que me enseñaron… de agradecer y decir lo que alguien ha hecho".*
>
> *"Enseñarme a vivir mejor, estar más en el aquí y el ahora y ser más relajada".*
>
> *"Me enseñaron a que hay diferentes formas de vivir mejor y de socializar y convivir mejor con otros".*
>
> *"Aprendí a identificar a personas que hacen que sucedan cosas buenas y eso me ayuda a mejorar la forma de relacionarme con las personas".*
>
> *"Lo más importante para mí fue conocerme en cuanto a mis fortalezas y confirmar unas y reconocer otras que no sabía que tenía… esto me va a ayudar a resolver mis problemas con un poco de más facilidad y enfrentarlas con mejor actitud".*
>
> *"Reflexioné muchas cosas que no nos damos cuenta de todo lo que tenemos y a valorar a todos mis seres queridos y agradecer por todo lo que nos da la vida".*
>
> *"Lo más importante es ser más decidida… ya digo lo que pienso y les he puesto un hasta aquí, les hago entender lo que quiero para mi vida y decidir lo que quiero".*

Como se puede observar, la mayoría de los participantes hacen referencia indirecta a los aspectos de gratitud y fortalezas de carácter que son los puntos centrales del programa de intervención. Lo cual es importante debido a que estos

pueden ser conceptos abstractos que pueden ser difíciles de relacionar con la vida cotidiana. Sin embargo, este grupo de adultos mayores logró, a través de las actividades del programa, relacionar dichos conceptos con sus propias experiencias e identificar la importancia del bienestar y cómo fomentarlo en sus circunstancias particulares.

Sin embargo, otros participantes no profundizaron en sus entendimientos y se expresaron muy concretamente sobre el programa:

"*Me gustó y me llevo aprendizaje".*

"Un aprendizaje que poco había practicado".

"Me sentí a gusto con lo que explicaron y me escucharon atentamente".

5.7.4.5 Mejoras al programa y comentarios adicionales

Bajo esta categoría se reúnen los aspectos relacionados con aquellas cuestiones técnicas de la implementación de la intervención que, en la perspectiva de los participantes, fueron aspectos tanto favorables que permitieron un desenvolvimiento adecuado de los contenidos como aquellos aspectos que deben mejorarse para un mejor desarrollo del programa. En primera instancia, los participantes comentaron acerca de la participación del equipo terapéutico en el desarrollo del programa. En general, los comentarios fueron positivos en este aspecto señalando características que facilitaron el proceso de intervención. Las transcripciones siguientes hacen referencia a estos aspectos:

"Fueron muy amables y me facilitó llevar a cabo este taller. Me aclararon muy bien mis dudas y me ayudó bastante".

"Fue importante que fueron cordiales, aun cuando no podía conectarme… el taller es muy bueno y hubo espacio y tiempo para atender dudas, consultas y comentarios".

“Me orientaban para entenderles, fueron muy flexibles y me decían como tenía que escribir las cosas… me guiaban en la computadora y en cómo fortalecerme en mis fortalezas”.

“Fueron muy pacientes en todo… estoy agradecida por su comprensión y disposición”.

Debido a que el entrevistador se presentó como un representante de la institución a la que pertenece el investigador principal y comentó expresamente que se evaluaría la terminación definitiva del programa, algunos participantes hicieron comentarios al respecto:

“Al contrario, creo que estaría bien ampliarlo a otras personas, me ayudó bastante”.

“Para mí me sirvió este curso para mejorar mi vida y, en lugar de eso [cancelarlo], *felicitar a todas esas personas que hacen estos talleres y nos ayudan”.*

“No… yo agradezco que haya tenido la oportunidad de haber participado en este programa”.

“Yo votaría continuar con el taller de Psicología”.

“Yo no creo que sea malo, ojalá que el taller tuviera más difusión y esté al alcance de más personas”.

Aunque la mayoría de los comentarios espontáneos fueron a favor del programa, hubo algunos comentarios sobre mejoras que deben tomarse en cuenta para imprimir cambios favorables en la implementación. Los comentarios al respecto son los siguientes:

“Me parece que el propósito es noble, yo he valorado aspectos de mi vida importantes, pero creo que a veces es excesivo… algunas cosas deben ser más simples y directas”.

“Solo cambiaría las tareas… escribir todo lo que hago en el día es mucho [el registro conductual] *y cansado”.*

“Todo me pareció importante… pero no supe por qué tenía que escribir lo que hacía en el día… yo ponía lo mismo en la otra tarea [el *Diario de Gratitud*]*”.*

“… me cansaba mucho de estar en la computadora, si me gustaba pero ya después de una hora ya me cansaba”.

“Me gusta la clase, son cosas que no te pones a pensar tú solo, pero las preguntas que me hacían [los instrumentos] *eran muchas y lo mismo”.*

Como puede observarse, la mayoría de los comentarios sobre aspectos negativos de la implementación del programa se refieren directamente a dos aspectos: la implementación mediada por la tecnología y la realización de algunas tareas, en particular las relacionadas con la realización de instrumentos para evaluar la efectividad del programa.

Con respecto al uso de la tecnología, las respuestas dadas en la entrevista son similares a las obtenidas en cuanto a la usabilidad de la tecnología. Es esperable que no todos los participantes se sientan atraídos por el uso de la tecnología y, aunque esto se trató de mejorar a partir del entrenamiento previo en el manejo de las aplicaciones de videoconferencia, algunos participantes mantienen su preferencia por otro tipo de participación. Esto puede tener implicaciones en implementaciones futuras, que tendrán que decidir si la selección de participantes debe poner filtros en cuanto a las preferencias de los participantes. Estos aspectos se discutirán en la siguiente sección de este informe.

El otro aspecto tiene que ver con aspectos metodológicos de la investigación sobre la efectividad de las intervenciones. Si bien es cierto que estos aspectos pudieran interferir con la implementación, es necesario, por el tipo de investigación que se realizó, examinar los efectos de la intervención y evaluar cómo se desenvuelven los componentes de la misma. La continuación de la línea de investigación podrá llevar el programa a la implementación en escenarios distintos sin la necesidad de mediciones tan frecuentes y evaluar con una menor cantidad de instrumentos.

6. DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue evaluar la efectividad de un programa modular de IPP mediado por tecnología para el incremento del bienestar y reducción de sintomatología depresiva de adultos mayores.

En investigaciones previas (Bartholomaeus, et al., 2019; Cantarella et al., 2017; Cuadra-Peralta et al., 2011; Durgante & Dell'Aglio, 2019; Durgante et al., 2020; Friedman et al., 2017, 2019; Greenawalt, et al., 2018; Ho et al., 2014; Ishihara et al., 2018; Jiménez et al., 2015; Killen & Macaskill, 2014; Meléndez Moral et al., 2013; Meléndez Moral et al., 2015; Ortega et al., 2015; Ortega Martínez & Fernández, 2017; Preschl et al., 2012; Proyer et al., 2013; Ramírez et al., 2013; Salces-Cubero et al., 2018; Sánchez, 2013; Taghvaienia & Alamdari, 2019; Turner et al., 2017; Weis et al., 2020) se había evaluado el efecto de un sinnúmero de este tipo de intervenciones en adultos mayores con implementaciones muy diferentes entre sí, con efectos alentadores en cuanto al fomento del bienestar y la reducción de sintomatología depresiva; pero que no involucraban el uso de tecnología, como las videoconferencias, para su aplicación.

En esta investigación se optó por, en primera instancia, desarrollar un programa de intervención que únicamente empleara IPP y que tuviera una validez de contenido sólida, aplicabilidad clínica para la población objetivo y la posibilidad de ser replicada para desarrollar una práctica basada en evidencia. En segunda, se decidió evaluar ambos tipos de bienestar, subjetivo y psicológico, como medidas principales del efecto de la intervención y analizar tanto la significancia estadística como clínica; puesto que en conjunto ambas permiten darle sentido a la evidencia obtenida en investigaciones de este tipo (Iraugi, 2009).

El desarrollo del programa de intervención partió de la premisa central de que el fomento del bienestar es crucial en los adultos mayores debido al efecto protector y amortiguador que ejerce con respecto a enfermedades físicas y mentales (Lamers et al., 2015; Ngamaba et al., 2017). El empleo de IPP obedece a la integración terapéutica que la Psicología Positiva propone entre aspectos relacionados con el

sufrimiento humano con las fortalezas, cualidades, valores y esperanzas humanas que son igualmente válidas (Rashid, 2015). De acuerdo con Rapaport et al. (2005), dicha integración puede permitir la conceptualización de un proceso terapéutico integral y la vinculación de aspectos que prevengan recaídas en depresión y ansiedad; así como potencializar aspectos más complejos del bienestar.

La propuesta de la intervención es congruente con la consideración de Rashid y Seligman (2018), quienes plantean que la aparición de psicopatología puede obedecer a una conjunción de factores que interfieren con el proceso de mantenimiento y desarrollo del bienestar. Así, la evaluación y fomento del bienestar complementan cualquier medida de atención a aspectos negativos que causen sufrimiento; sin embargo, no se puede asumir que el tratamiento de los síntomas traerá en todos los casos, como producto secundario, el desarrollo de recursos y fortalezas que prevendrán recurrencias y proveerán los beneficios asociados al estado de bienestar.

La mejora del bienestar se asocia a una disminución de sintomatología e incremento en la esperanza de vida de adultos mayores (Lamers et al, 2012; Wood & Joseph, 2010). Aún en contextos desfavorables, que son frecuentes en esta población, el desarrollo de recursos, como emociones positivas y fortalezas, es posible y digno de esfuerzo (Seery et al., 2010).

El uso de la tecnología a través de videoconferencias permite el desarrollo de los componentes identificados en otras investigaciones como relevantes para el fomento del bienestar, el medio de comunicación impulsa la discusión de los recursos personales, experiencias y emociones positivas que desarrollan vínculos de colaboración, esperanza y confianza (Burton & King, 2004; Scheel et al., 2012). Así mismo, la elección de un enfoque individualizado provee de un escenario personalizado y centrado en las fortalezas de los participantes, el cual se ha probado como ideal para un mejor desarrollo del proceso terapéutico y la generación de mejores efectos y manejo de problemáticas (Cheavens et al., 2012; Flückiger & Grosse Holtford, 2008).

Durante la revisión del estado del arte de las IPP en adultos mayores se evidenció una brecha entre la investigación existente y la implementación en escenarios a distancia que puedan sustentar una práctica basada en evidencia, lo que obligó al desarrollo de una propuesta de intervención sistemática que permita un avance confiable en la implementación de este tipo de intervenciones en esta población (Orsmond & Cohn, 2015). A este respecto, metodológicamente el siguiente paso es la prueba de la factibilidad del programa y la evaluación de los componentes del mismo. Para lograr esto, primero fue necesario evaluar los manuales de intervención del programa.

En las prácticas basadas en evidencia, el desarrollo de manuales de intervención pasa por distintas fases hasta su implementación en escenarios de práctica clínica comunitaria (Carrol & Rounsaville, 2008). Las distintas fases constituyen oportunidades para mejorar el contenido y formato, y determinar las limitaciones de uso que pueden discutirse y conducen a modificaciones pertinentes; esto se realiza a través de la consulta de expertos.

Después de la formulación de los manuales de intervención se condujo el juicio de expertos en el que se solicitó explícitamente que evaluaran la validez de contenido, replicabilidad y aplicabilidad clínica de la intervención contenida en los manuales. En el primer caso, los jueces consideraron como excelente la validez de contenido, lo que implica que existe una congruencia teórica entre las intervenciones seleccionadas como parte del programa y que están en consonancia con los caminos que propone la Psicología Positiva para el fomento del bienestar (Schueller y Parks, 2014). Los jueces enriquecieron el contenido al proponer la inclusión de ilustraciones y modificaciones que se realizaron para que la intervención fuera más atractiva, se asegurara la adherencia a la misma y no hubieran dificultades en su aplicación.

Sin embargo, no todas las modificaciones sugeridas pudieron incluirse en la versión aplicada en la intervención. Como se expuso, algunos jueces sugirieron la inclusión de criterios de elegibilidad de los participantes y de instrumentos que permitirán la determinación del efecto de su administración. Los criterios de

elegibilidad de los participantes deben delinearse a partir de la realización de uno o más estudios de factibilidad que determinan minuciosamente el perfil óptimo de los participantes a través de examinar la pertinencia y contribución de los componentes que conforman el tratamiento y los resultados que se han obtenido de grupos de participantes diversos (Bowen et al., 2009). Esto rebasa los alcances de esta investigación.

En cuanto a la inclusión de los instrumentos, aunque en esta investigación se examinó el efecto preliminar de la intervención, la selección de instrumentos idóneos en las prácticas basadas en evidencia requiere de un desarrollo metodológico mayor al realizado. De acuerdo con Dobkin (2009), la selección de medidas o instrumentos con mayor sensibilidad para captar los cambios esperados de una intervención debe realizarse después de alguna comparación inicial con algún grupo control, lo cual no es posible en este momento del desarrollo empírico de esta intervención.

Los jueces realizaron algunas sugerencias que implicaron el uso de ilustraciones y recordatorios visuales que alientan al participante a cumplir con las actividades solicitadas. Estos aspectos hacen referencia a la necesidad de adaptación de los contenidos a poblaciones con necesidades y características especiales, por ejemplo en este caso tipografía de mayor tamaño, hacer el contenido atractivo con ilustraciones y recordatorios para evitar el olvido de tareas o actividades. Esto trae consigo el reto de mantener fidelidad del contenido que ha sido probado como efectivo en otras poblaciones y, al mismo tiempo, la generación de ajustes apropiados a la nueva población objetivo (González-Castro et al., 2004). Además de que el juicio de expertos proveyó de validación a las adaptaciones realizadas en las IPP incluidas, tanto en la traducción del inglés al español, como su adaptación al contexto de los adultos mayores mexicanos, en la investigación se logró una validación adicional al solicitar a los participantes que evaluaran aspectos relacionados con la pertinencia de las intervenciones.

El juicio de no expertos reveló que las modificaciones realizadas fueron pertinentes y adecuadas. Esto constituye evidencia de la importancia de mantener

abierto el desarrollo de intervenciones para evaluar si los cambios realizados representan una ventaja en la aplicación o si deben realizarse nuevos ajustes en el proceso de mejoramiento continuo de las intervenciones (Hernández-Hernández et al., 2020).

Con respecto a la replicabilidad y la aplicabilidad clínica, los jueces consideraron que el contenido de los manuales permitirá la replicación de los procedimientos por otros psicólogos con entrenamiento previo y en otros participantes de la población objetivo; ambos aspectos calificados como excelentes. La evidencia reportada enfatiza la importancia de consultar a los expertos clínicos que han trabajado con la misma población en la que se pretende implementar una nueva intervención; incluyendo estrategias de manejo clínico y medidas que aseguren el cumplimiento de las actividades programadas (Haukeland et al., 2020; Sivaraman & Fahmie, 2020). En su oportunidad, los expertos consultados realizaron sugerencias comentando la importancia de introducir contenidos que apoyen en el entendimiento de los constructos a revisar y las ventajas potenciales de la socialización del contenido.

Todos los aspectos anteriormente relacionados fueron retomados en el diseño de la intervención y, con este diseño de programa, se implementó la intervención.

Los efectos reportados, como diferencias estadísticas y efectos clínicos de las variables examinadas, exponen los beneficios que evidencian que los componentes de la intervención generan ganancias en el bienestar en la mayoría de los participantes.

En todos los participantes se obtuvieron efectos benéficos posteriores a la implementación del programa de intervención en cuanto a ambos tipos de bienestar.

En cuanto a la medición del índice de positividad, se observó en todos los participantes una magnitud del cambio terapéutico que implica un tamaño del efecto medio a grande (Sanz & García-Vera, 2015). Mientras que, en la evaluación de la satisfacción con la vida se obtuvieron cambios clínicos significativos en la mayoría de los participantes. De acuerdo con Parker y Vannest (2009), éstos últimos

indicadores pueden clasificarse como cambios medios. Ambas mediciones son componentes del bienestar subjetivo y sus variaciones, debidas a la implementación de la intervención, pueden interpretarse como un incremento en la experimentación de emociones positivas y de sensaciones placenteras; las cuales producen un estado afectivo óptimo para el disfrute de la vida y la generación de beneficios potenciales producto de la sensación incrementada de bienestar (Diener et al., 1999). Es importante considerar que el índice de positivad es un indicador de balance afectivo, por lo que un índice alto indica, de manera indirecta la presencia de menor afecto negativo y, en todos los participantes, se observó cómo fue aumentando a lo largo de la intervención y, por lo tanto, indirectamente un menor afecto negativo. En consecuencia, los tres componentes principales del bienestar subjetivo se vieron modificados por la intervención (Ryan & Deci, 2001).

El balance afectivo entre emociones positivas y negativas tiene implicaciones directas en los esquemas cognitivos con los cuales las personas interpretan la realidad y potencian las posibilidades de experimentar más o menos emociones positivas (Tarragona, 2013). La presencia de afecto positivo permite a las personas orientar sus esfuerzos conductuales hacia experiencias o comportamientos que pudieran producir placer o recompensa y permite que se obtengan recursos como alimento, abrigo, cooperación con otros o experiencias afectivas positivas, que son esenciales para la supervivencia (Watson & Naragon, 2012). Aunque se ha observado que a partir de los 30 años de edad, la afectividad positiva se mantiene constante y la afectividad negativa alcanza su máximo nivel hacia el final de la adolescencia y va disminuyendo con la edad hasta que se observan los niveles más bajos en los adultos mayores; esto puede ser influido por las características del entorno y una situación desventajosa durante la tercera edad puede disminuir la magnitud de este balance, debido a una relación compleja y bidireccional con respecto a la satisfacción con las relaciones interpersonales y las condiciones socioambientales en las que viven (Carr, 2007; Watson & Naragon, 2012).

La disminución de la afectividad positiva se ha vinculado con la presencia de síndromes clínicos que incluyen la fobia social, agorafobia, esquizofrenia, trastornos de alimentación y abuso de sustancias; sin embargo, en los adultos mayores, el

vínculo más llamativo y claro es el papel destacado que esta disminución tiene en la presencia de trastornos del ánimo (Saldivia et al., 2023). Las puntuaciones de afectividad positiva predicen el desarrollo de depresión en datos prospectivos y esto ha cuestionado la posibilidad de que el bajo afecto positivo pueda ser un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno afectivo (Watson & Naragon, 2012).

De acuerdo con Seligman (2006), la presencia de emociones positivas alerta a las personas acerca de que algo bueno está ocurriendo y expanden la atención, lo que permite una mayor consciencia sobre el entorno físico y social. Esto prepara al sujeto con una perspectiva más abierta sobre nuevas ideas, prácticas y creatividad; lo que ofrece oportunidades de establecer mejores relaciones y manifestar mayor productividad. Por lo que el individuo puede involucrarse en situaciones donde, tanto él como el entorno ganan.

Sumado a lo anterior, Fredrickson (2013) amplía los beneficios del afecto y emociones positivas a través de la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas. La ampliación se refiere a que experimentar emociones positivas diversifica las formas de pensar y actuar del sujeto a diferencia de cómo lo hacen las emociones negativas que preparan al individuo a enfrentar una amenaza y comportarse de una manera que asegurará la supervivencia. La construcción se refiere a que los efectos posteriores a la ampliación permiten que los individuos generen recursos que fomentarán más emociones, cogniciones y comportamientos que podrán generar crecimiento y transformación personal. Estos recursos son variados puesto que dependiendo de la situación contextual en la que se generen dichos recursos podrían ocurrir resiliencia, apoyo social, habilidades o conocimientos, entre otros.

Los efectos reportados por los participantes en la encuesta final de satisfacción y validación social de la intervención dan cuenta de los efectos anteriores; puesto que algunos participantes reportaron haber mejorado sus relaciones interpersonales y sentirse satisfechos con su vida y encaminados a lograr algunas metas. Debido en parte, a la sensación de bienestar que obtuvieron.

Además de los beneficios descritos anteriormente, el fomento de un afecto positivo elevado se ha relacionado con beneficios en la salud física y aumento de longevidad; reducción de resfriados, reacciones inflamatorias, enfermedades cardiovasculares, cefalea, dolor torácico, congestión y debilidad; y mejora en el control de síntomas en personas con diagnósticos previos (Fredrickson et al., 2008; Howell et al., 2007; Kok et al., 2013).

Con respecto a los aspectos relacionados con el bienestar psicológico, todos los participantes obtuvieron beneficios a partir de la implementación del programa de intervención.

En cuanto a la medición de las dimensiones del bienestar psicológico, se observaron cambios clínicos en la mayoría de los participantes; mientras que, todos los participantes mostraron cambios clínicos significativos con respecto a la evaluación de las fortalezas de carácter. Ambos cambios pueden clasificarse como cambios medios (Parker & Vannest, 2009). Los cambios en ambas mediciones pueden interpretarse como un incremento en el desarrollo de características de personalidad que permiten la realización del potencial personal ligadas al propósito en la vida, crecimiento personal y autorrealización (García-Alandete, 2014; Ryan & Deci, 2001).

El fomento del bienestar psicológico implica promover en los individuos un sentido de responsabilidad personal para desarrollar satisfacción con la vida y felicidad en la tercera edad (Hill, 2005). El fomento de las dimensiones del bienestar psicológico promueve un funcionamiento óptimo que provee diversos beneficios que conducen al florecimiento (Seligman, 2011). El florecimiento es un estado de salud mental óptimo que permite que las personas contribuyan con su medio social, experimenten satisfacción personal y funcionen en niveles extraordinarios en diferentes ámbitos de la vida y así impactar en su entorno (Catalino & Fredrickson, 2011; Nelson et al., 2016; Tarragona, 2013).

Los adultos mayores pueden experimentar una disminución en el bienestar psicológico debido al acúmulo de situaciones contextuales que ocurren durante el envejecimiento, como el retiro, la disminución de la actividad física, la pérdida de

seres queridos, la aparición de enfermedades crónicas o enfermedades agudas y discapacidad (Paúl, 2007). El fomento del bienestar psicológico permite que el individuo se involucre en la generación y mantenimiento de relaciones interpersonales cercanas y más duraderas, actividades ligadas con un propósito y la generación de un sentido de que su vida ha sido bien vivida (Valiant, 2002). El bienestar psicológico directamente promueve un involucramiento social y productivo, e indirectamente un alto funcionamiento cognitivo y físico que son elementos esenciales para un envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 1997). Así mismo, constituye un factor amortiguador ante los retos y dificultades que representa el avance de la edad, puesto que es la base de recursos positivos, estilos y comportamientos que permiten la adaptación ante las nuevas limitaciones que trae el avance de la edad (Baltes & Smith, 2003).

Así mismo, las fortalezas de carácter son los rasgos que se vinculan con el bienestar y sirven como base de las otras dimensiones del bienestar. Una persona que emplea sus fortalezas de carácter y despliega comportamientos relacionados con ellas, crea las condiciones contextuales para experimentar más emociones positivas, desarrollar habilidades personales en actividades gratificantes, fomentar relaciones personales positivas, acercarse a la consecución de objetivos altamente valorados y otorgarle significado y sentido a su vida; puesto que está actuando en consecuencia con sus cualidades más valoradas (Proyer et al., 2013). El desarrollo y uso de fortalezas de carácter también funciona como un amortiguador ante la adversidad, debido a que las situaciones conflictivas motivan a las personas a exhibir sus cualidades y usarlas en su favor (Peterson, 2006b).

En todos los participantes se implementaron intervenciones centradas en la identificación y empleo de fortalezas de carácter que constituyeron oportunidades para conocer acerca de los beneficios de su uso y se fomentaron actividades para incrementar la frecuencia de su empleo. Lo cual explica que en todos los participantes hubo una mejora en el nivel general de las fortalezas, aunque no todos hayan tenido ganancias en el bienestar psicológico.

Los resultados obtenidos sobre las fortalezas de carácter se analizaron más detalladamente, de acuerdo con la agrupación teórica en virtudes que proponen Peterson y Seligman (2004). Las virtudes pueden considerarse como características centrales vinculadas con el bienestar y que fomentan una vida llena de propósito. En estas agrupaciones se observaron cambios que merece la pena considerar en este análisis.

Se exhibieron cambios clínicos significativos en la mayoría de los participantes en la virtud de *Sabiduría y Conocimiento*. En esta agrupación se conjuntan las fortalezas cognitivas que implican la adquisición y uso del conocimiento que incluyen la creatividad, curiosidad, pensamiento crítico, amor por el conocimiento y perspectiva. Estos incrementos pueden ser resultado de la configuración y estructura de las sesiones de intervención, puesto que los elementos centrales del programa incluían la reflexión y psicoeducación como puntos de anclaje para la introducción de conceptos y actividades orientadas a provocar bienestar. Las conceptualizaciones eran introducidas por el terapeuta y posteriormente alentaba la discusión para evaluar el entendimiento de los participantes y fomentar que estos nuevos conceptos fueran comprendidos y asimilados. Posteriormente, se implementaban actividades en donde los participantes aplicaran el conocimiento revisado y no solamente lo asimilaran a nivel cognitivo. Los componentes psicoeducativos en la intervención pudieron influir en el cambio en esta virtud y sus beneficios potenciales son la generación de autonomía, empoderamiento e integración social en quienes la desarrollan (Godoy et al., 2020). Así mismo, se ha observado que una característica de los adultos mayores es la acumulación de conocimientos y experiencias que se observa ante la resolución de conflictos y proveer consejos a otros a partir de diferentes formas de ver al mundo (Blanchard-Fields & Coats, 2008).

La segunda virtud en la que se observaron cambios clínicos significativos fue la de *Humanidad*, en la que se conjuntan aquellas fortalezas interpersonales que involucran cuidar y asistir amistosamente a otros. Éste cambio también puede explicarse por el contenido de la intervención. Las actividades implementadas motivaban a los participantes a realizar contactos con otras personas importantes

para ellos, para involucrarse en actividades relacionadas con estas fortalezas y otras pertenecientes a otras virtudes. Así mismo, se fomentó a través de la reflexión a considerar los motivos y sentimientos de otras personas y actuar en consecuencia. También se reconoce que los adultos mayores presentan ventajas en cuanto al autoconocimiento de sus emociones y vínculos y que esto puede generar más comportamientos altruistas (Carstensen, et al., 2000). Así mismo, Zavarce-Armas (2011) identificó que los adultos mayores parecen valorar y desarrollar más esta virtud junto con justicia, trascendencia y templanza que grupos más jóvenes, aunque esto depende de factores culturales o circunstancias específicas que el individuo experimenta en su historia personal.

La tercera virtud en la que más participantes exhibieron cambios fue la de *Trascendencia*. Ésta está compuesta por las fortalezas que forjan conexiones con significados más existenciales y una perspectiva de vida más allá del marco individual. En este grupo de fortalezas se encuentran la apreciación por la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad. Es más evidente que el contenido de la intervención generó cambios de forma más directa en esta virtud, debido a que se empleó el *Diario de Gratitud* como intervención conductora de todo el primer módulo a lo largo de cinco semanas. También, se implementaron variaciones que permitieron que la actividad y experiencia de gratitud se extendiera a varios aspectos de la vida de los participantes y se fomentó que los participantes pusieran atención a aspectos o circunstancias diferentes a los reportados cada semana. Así mismo, los participantes fueron expuestos a intervenciones que fomentaban el optimismo y la esperanza; las cuales fomentan la satisfacción con la vida tanto con el presente como con el pasado y futuro. Así, estos resultados son similares a los reportados por Proyer et al. (2011), quienes observaron que la gratitud contribuye con la satisfacción con el presente, la apreciación de la belleza con el pasado y la esperanza y espiritualidad con el futuro. Lo observado en los registros realizados por los participantes y el cambio en esta virtud es congruente con lo observado por Park & Peterson (2006), quienes encontraron que las fortalezas más exhibidas en adultos mayores se encuentran en el conjunto de las virtudes de templanza y trascendencia.

Aunque se observaron cambios clínicos significativos en las otras virtudes, el número de participantes que presentaron estos cambios fue más bien discreto y esto puede explicarse a través de las intervenciones implementadas que se focalizaron en las fortalezas de carácter distintivas y que se enfocan en aquellas fortalezas más exhibidas por los individuos y que pudieron corresponder a alguna de las virtudes restantes. Esto sucede debido a que la adquisición y desarrollo de fortalezas está mediado por múltiples factores sociales y contextuales como la edad y, más importante, su potenciación conduce a un incremento en el bienestar que puede mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Ramírez-Fernández et al., 2015).

Los hallazgos anteriores se ven apoyados en los cambios observados en las tendencias de los registros conductuales, lo cual apoya con datos más objetivos lo reportado en los instrumentos verbales. En general se observó un incremento moderado en el registro de actividades sociales y actividades recreativas activas. Esto indica comportamientos relacionados con un aumento en la frecuencia de actividades que involucran el contacto social y representan fuentes de contacto con otras personas que disminuyen el aislamiento que puede ser frecuente en adultos mayores (Saldivia et al., 2023). Estos cambios dan cuenta de los efectos que tienen la implementación de las intervenciones en aspectos conductuales vinculados al bienestar psicológico.

En conjunto, la magnitud de los cambios observados tanto en el bienestar subjetivo como en el bienestar psicológico es similar a la reportada en el último metaanálisis realizado por Carr et al. (2020) en el cual se reportó un tamaño del efecto del uso de IPP en distintas poblaciones de medio a grande en bienestar y fortalezas de carácter.

Aunque los participantes de esta investigación no reportaron desde un inicio la presencia de sintomatología depresiva en grados clínicamente importantes, se observaron cambios clínicos en el reporte de sintomatología depresiva. Aunque esto no es relevante en cuanto la significancia clínica del tratamiento de trastornos afectivos, apoya una tendencia descrita en otras investigaciones sobre el

decremento de esta sintomatología debida al uso de IPP (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2020).

Lo anterior también es válido para la presencia de síntomas de ansiedad, puesto que la medición de estos y la consecuente observación de decrementos a lo largo de la implementación de la intervención pudo ser debida a la implementación de ejercicios de relajación que han probado ser eficaces (Yu et al., 2010).

La implementación de seguimientos a los tres y seis meses a partir de la finalización del programa de intervención permitió la identificación del mantenimiento de los cambios obtenidos. En cuanto al bienestar psicológico todos los participantes que lograron un cambio clínico importante mantuvieron sus ganancias hasta finalizar el periodo de observación. Con respecto al bienestar subjetivo, solamente un participante de los nueve que lograron cambios significativos, no logró mantener la ganancia lograda. Mientras que en fortalezas de carácter se observó que dos participantes que no habían logrado un cambio significativo al finalizar la intervención consiguieron dicha significancia hasta los seis meses posteriores a la conclusión programa; evidenciando así una dinámica descrita previamente con respecto a las fortalezas de carácter, que los cambios en éstas puede tomar más tiempo debido a que son características conductuales que requieren de un periodo de incubación y ejercicio para producir el cambio esperado tanto en sus niveles como en el bienestar de los participantes (Ruch et al., 2010).

La dinámica observada en los seguimientos con respecto a las ganancias y pérdidas experimentadas en el bienestar implican que podría ser necesario implementar actividades que refuercen las intervenciones tanto en participantes que no alcanzan los puntos de corte para lograr la significancia clínica como en aquellos que si lo lograron marginalmente. Las posibles modificaciones en la implementación deberán elegir IPP capaces de enlazar contenidos y fomentar aquellos aspectos que se entrenaron y mostraron eficacia en el programa.

Aunque el programa se diseñó para implementar más de un módulo de intervención en todos los participantes, solamente tres recibieron módulos adicionales al primero. Tomando en consideración los efectos del programa en

todos los participantes, podemos considerar que la implementación de módulos adicionales en aquellas personas que, de acuerdo al criterio de cambio no la necesitaban, podría no haber generado ganancias adicionales. Sin embargo, esta afirmación aún requiere de evidencia empírica para sustentarse.

A pesar de que solamente fueron tres participantes quienes recibieron módulos adicionales al primero, es importante analizar con detalle sus resultados. De los tres participantes, solamente uno logró un cambio mínimo en el postest en bienestar psicológico y éste evolucionó a un cambio fiable una vez recibido el módulo adicional que le correspondía. Los otros dos participantes, en quienes no se observó un cambio en el postest, mostraron cambios mínimos después de implementarse los módulos adicionales. Con respecto a bienestar subjetivo, un participante permaneció sin cambio entre el postest y los módulos adicionales; mientras que un participante mantuvo el cambio mínimo ganado en el postest y el otro logró un cambio fiable una vez que se implementaron los módulos. Esta evidencia apunta a que los módulos pueden generar beneficios en cuanto al bienestar psicológico y apoya su implementación. Sin embargo, la evidencia es muy limitada para hacer una generalización debido al número de participantes que recibieron módulos adicionales es esta investigación.

Una ventaja de los estudios experimentales intrasujetos es la posibilidad de analizar con mayor detalle la dinámica de cómo las intervenciones pudieron generar los efectos observados.

En la mayoría de los participantes se observó un cambio significativo en el índice de positividad entre la tercera y la cuarta semana de tratamiento. Esto puede explicarse con base en dos antecedentes reportados en la literatura. Se solicitó a los participantes que a partir de la primera sesión iniciaran el *Diario de Gratitud*, mientras que simultáneamente se llevaban a cabo actividades relacionadas con la identificación de sus fortalezas distintivas y, al finalizar la tercera sesión, se les solicitó centrarse en realizar actividades relacionadas con éstas. Gander et al. (2013) encontraron que el empleo del diario por más de dos semanas no produce beneficios adicionales a los observados después de una semana, a diferencia del

empleo de combinaciones de IPP centradas en distintas fortalezas, lo que genera efectos mayores inmediatos y de mayor duración a largo plazo. Aunado a lo anterior, la combinación empleada en este estudio permite una administración de IPP personalizada. De acuerdo con Ruch et al. (2020), la individualización a través de las fortalezas distintivas del participante puede resultar en mejores beneficios que actividades genéricas, como la realización del diario.

Las intervenciones centradas en gratitud son intervenciones muy frecuentes que eligen fomentar la gratitud como medio para mejorar el afecto positivo a través del tiempo y, aunque pueden variar en su administración, el *Diario de Gratitud* es la versión más frecuentemente utilizada (Dickens, 2017). De acuerdo con Fredrickson (2013), la experiencia de gratitud es detonada por la percepción de que se ha recibido un regalo o bendición, lo que provoca un impulso original y variado de conductas prosociales o de correspondencia que promueven un comportamiento cuidadoso y de lealtad hacia otros; lo que fortalece lazos sociales. Por tales motivos, se puede inferir que el incremento inicial en la positividad puede ser debido a la implementación del diario.

Por otro lado, Peterson y Seligman (2004) consideran que las intervenciones en las fortalezas distintivas son más energizantes y auténticas, puesto que este tipo de fortalezas representa las características con las que el individuo está más familiarizado, requieren menor esfuerzo y por lo tanto, hay menor resistencia a realizar actividades relacionadas con ellas. Esta intervención tiene el beneficio adicional que es la IPP con más apoyo empírico en la mejora del bienestar (Schutte & Malouf, 2018) y, podría inferirse que el mantenimiento de los efectos logrados inicialmente es debido a la implementación de esta intervención y las relacionadas con las otras fortalezas de carácter implementadas.

En conjunto, la sistematización de dos intervenciones que apuntan a los dos tipos de bienestar puede generar mejores efectos, como los observados en estos participantes. Esto también se ha observado en otras investigaciones que comparan los efectos de intervenciones enfocadas en los distintos tipos de bienestar o bien que las combinan (Araújo et al., 2017); y apoya la aseveración de que, más que

emplear intervenciones de forma separada, es mejor una combinación entre ellas puesto que ambos tipos de bienestar denotan aspectos importantes y complementarios entre sí (Carr et al., 2020).

En adicción a lo anterior, este trabajo documenta la implementación del programa diseñado para el fomento del bienestar de adultos mayores y su realización mediada por tecnología; examinando la viabilidad de esta modalidad de implementación en esta población en México. Para empezar, los datos relacionados con la factibilidad de la intervención reflejan que los adultos mayores pudieron llevar a cabo las actividades de la intervención sin representar un esfuerzo excesivo que fuera en detrimento de la adherencia a las actividades propuestas, su implementación y percepción de utilidad; aspectos que, en general, pueden traducirse en una relación significativa de los contenidos de una intervención psicosocial con las personas que participan en ella (Sekhon et al., 2017). La intervención mediada por tecnología a través de un sistema de videoconferencias resultó factible y bien aceptada. Todos los participantes de este grupo completaron los módulos implementados de la intervención por arriba de umbrales mayores al 80% tanto en la facilidad de la intervención, número de tareas requeridas y utilidad de las mismas; umbrales recomendados en la literatura para considerar viable el desarrollo ulterior de intervenciones de recién diseño como la implementada en la investigación (DuBois et al., 2016). Así mismo, estos hallazgos son compatibles con algunos reportados previamente que consideran que los adultos mayores aceptan bien las intervenciones relacionadas con aspectos positivos o que hacen referencia a factores de resiliencia (Araújo et al., 2017; Sutipan et al; 2016; Waterworth et al., 2019).

Adicionalmente, es importante señalar que estos datos de factibilidad se obtuvieron en el marco de la implementación a través de un medio tecnológico de videoconferencias que no es común en intervenciones con adultos mayores. Las dos investigaciones previas conducidas en esta población (Killen y Macaskill, 2014; Proyer et al., 2014), administradas a distancia, lo realizaron en formatos distintos a lo realizado en esta investigación.

Así mismo, todos los participantes cumplieron con las actividades en un nivel alto de adherencia; incluyendo los seguimientos programados. Esto es similar a lo reportado por Killen y Macaskill (2014), quienes solamente reportaron la pérdida de un participante por motivos ajenos a la investigación. En cambio, Proyer et al. (2014), reportaron que solamente 30% de su muestra de adultos mayores terminaron tanto las actividades como las evaluaciones de la investigación. Sin embargo, esto es debido a las diferentes formas de implementación de las actividades; puesto que la investigación de Proyer et al. (2014) fue autoadministrada en línea y su tasa de retención de participantes fue la esperada de acuerdo con los estándares reportados en otras investigaciones de auto-administración (Mitchell et al., 2010).

De igual forma, las puntuaciones obtenidas en el jueceo de no expertos, también dan cuenta de la alta aceptación de la intervención. En los parámetros evaluados se consideraron aspectos reportados por la literatura como relevantes para examinarse en intervenciones de recién desarrollo y que se desea evolucionen a una práctica basada en evidencia (Bowen et al., 2009). En este sentido, esta investigación aporta datos de alta factibilidad tanto para programas mediados por tecnología como en programas compuestos por múltiples IPP en adultos mayores; puesto que las intervenciones anteriormente señaladas como antecedentes de intervenciones a distancia se compusieron por intervenciones compuestas por solo una intervención.

La alta factibilidad pudo deberse a varios aspectos como el contenido del programa y la forma de implementación. Como se señaló anteriormente, se ha observado que las IPP son bien aceptadas por los adultos mayores y de ahí su alta aceptación. Sin embargo, podemos considerar otros factores adicionales que pueden señalarse como responsables de la alta aceptación. Se puede considerar que la implementación coordinada de un grupo terapéutico favoreció la adherencia y aceptación a las actividades conducidas a través de videoconferencias. El papel del co-terapeuta no solamente involucró la realización de las evaluaciones del programa para evitar sesgos y amenazas a la validez interna si quien implementaba el programa conocía el resultado de dichas evaluaciones. El co-terapeuta fue un

elemento crucial para la implementación, puesto que sirvió como apoyo adicional al participante en aspectos técnicos relacionados con la conexión a Internet y el uso de videoconferencias. Cuando existieron dificultades técnicas, el co-terapeuta apoyó al participante y resolvió, ya sea vía telefónica o presencialmente, los problemas que surgieron y así se pudiera llevar a cabo la sesión programada de la intervención. El apoyo del co-terapeuta puede considerarse como parte del acompañamiento que ha probado ser un factor importante en el proceso terapéutico de adultos mayores (Garner, 2003; Ruíz & Palacios, 2019).

Otros factores a considerar como influyentes en la alta aceptación del programa son el entrenamiento tecnológico previo, la facilidad de acceso a la intervención, la flexibilidad en el tipo de plataforma tecnológica empleada y el apoyo del uso del manual impreso. Varios de estos ya han sido descritos en la literatura como aspectos que pueden ser considerados para el desarrollo adecuado de intervenciones mediados por tecnología en adultos mayores (Schuster et al., 2020). Los resultados en cuanto a la usabilidad de las plataformas tecnológicas dan cuenta de la satisfacción de los participantes en cuanto a su empleo y el desarrollo de la intervención. Como se expuso en la sección de resultados, la mayoría de los participantes reportaron sentirse satisfechos con el desarrollo del programa a través de videoconferencias y su interacción con la tecnología para este fin. Las características del programa y su forma de implementarlo favorecieron un adecuado desarrollo de las actividades de intervención, además de favorecer la adherencia que impactó en la efectividad de la misma.

Sin embargo, es necesario considerar a aquellos participantes que reportaron preferir una intervención presencial y que experimentaron cansancio por el tiempo frente a pantalla. En investigaciones subsiguientes se deberá probar la efectividad de la intervención en formato presencial y comparar si se reportan diferencias en cuanto a la aceptabilidad y efectividad. Así mismo, se deberán ajustar los contenidos en las implementaciones a través de videoconferencias para hacer que la interacción tecnológica sea más atractiva y genere menor cansancio sin afectar la eficacia obtenida.

Un factor más relevante es la estructura del programa de intervención que se centró en aquellas necesidades de entrenamiento de los participantes, a través de la implementación de criterios de cambio entre los módulos, y evitar la implementación lineal de módulos innecesarios con los cuales los participantes pudieran no sentirse relacionados; con la consecuente generación de rechazo a la intervención y detrimento en la eficacia. Este aspecto se tomó en cuenta desde el desarrollo de la intervención, puesto que la literatura previa centrada en la implementación de programas mediados por tecnología en adultos mayores recomienda la personalización de las intervenciones, la acotación de los contenidos a intervenciones específicas con la mayor evidencia de eficacia y la mejora en la adherencia (Callari et al., 2012; Mewton et al., 2013).

En conjunto, tanto los efectos reportados por la intervención como los datos aportados por el análisis de la factibilidad de la misma, dan cuenta de la solidez de la intervención.

7. CONCLUSIONES

La realización del presente trabajo ha permitido la realización de dos estudios que aportan evidencias tanto generales como particulares de dos aspectos relevantes en el desarrollo de intervenciones psicosociales en adultos mayores. En primera instancia, expone las ventajas metodológicas de contar con una metodología sistemática para el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia y expone las ventajas de incluir medidas para la mejora continua del contenido e implementación de las mismas.

Se puede considerar que el juicio de expertos permitió mejorar los contenidos de ambos manuales y adaptar las IPP a las características de los adultos mayores mexicanos para su implementación en una intervención mediada por tecnología. La experiencia clínico-metodológica del panel de expertos y las valoraciones cuantitativas permitieron sustentar y guiar las decisiones que se tomaron en cuanto a la edición y modificación de la propuesta inicial. El uso de las valoraciones del *CVC* auxilió en la interpretación de los puntos de acuerdo entre los jueces y permitió obtener una base sólida para la generación de una práctica basada en evidencia para fomentar el bienestar en esta población.

Los pasos siguientes en el desarrollo de la intervención incluyen la evaluación de la implementación de la intervención en otras modalidades y escenarios como el uso de la misma en formatos de atención grupales y fuera del ambiente a distancia. Aspectos que los jueces consultados ya habían señalado como posibilidades de implementación que podrían mejorar la eficacia de la intervención. La posibilidad de conducir el proceso terapéutico de manera grupal y en formatos presenciales podría ayudar a que los contenidos y actividades de la intervención sean más significativos y, a través de la facilitación por la supervisión cercana y la discusión con pares, se consoliden las habilidades y herramientas entrenadas. En consonancia con las propuestas del desarrollo de las prácticas basadas en evidencia, nuevas implementaciones del programa permitirán valorar modificaciones y ajustes en las actividades para mejorar el efecto que el programa produce (Carroll & Rounsaville, 2008).

La intervención mostró eficacia clínica y cambios benéficos en cuanto a ambos tipos de bienestar y fortalezas de carácter. Con respecto a las variaciones benéficas obtenidas en el bienestar subjetivo se puede considerar que éstas fomentaron en los participantes la amplificación de sus recursos personales y que, a través de la guía proveída por la intervención, el afecto positivo generado encaminó sus esfuerzos hacia otras metas que podrían favorecer el bienestar psicológico. La estructuración de la intervención podría ser un factor crucial que influyó en la generación de estos efectos. Sin embargo, esta aseveración requiere de mayor soporte empírico a ser comprobado en futuras investigaciones que se focalicen en examinar minuciosamente el mecanismo de acción de la intervención. Adicionalmente, también deberá explorarse si estos efectos persisten o cambian al modificar las condiciones de implementación.

Con respecto al bienestar psicológico, aunque no todos los participantes reportaron de manera directa la mejora significativa en esta variable, la combinación de métodos de medición permitió observar cambios conductuales en la tendencia de las actividades realizadas semanalmente; las cuales involucraron un aumento en las actividades sociales y de actividades recreativas activas, ambas sugerentes de modificaciones en aspectos que componen dicho indicador. Así mismo, el fomento de las fortalezas de carácter también permitió el despliegue de características personales ligadas al bienestar. Se puede considerar que con respecto a este indicador, la intervención fue más exitosa debido al tipo de IPP implementadas. La combinación de intervenciones centradas en fortalezas de carácter tanto genéricas como personalizadas motivó el cambio y favoreció el fomento del bienestar en los participantes.

Como se ha señalado anteriormente, futuras investigación deberán conducirse para esclarecer el mecanismo de acción que generan las intervenciones. Esta investigación únicamente sugiere que la aproximación empleada en la combinación de estas IPP ha resultado en la dirección deseada fomentando estos componentes del bienestar; sin embargo, es mandatorio incrementar la evidencia con grupos más numerosos y diversos para obtener mayor sustento empírico de los efectos de la intervención.

Adicionalmente, se observó que el formato de implementación y las IPP específicamente empleadas, posiblemente generó cambios en agrupaciones específicas de fortalezas. En particular, las virtudes de sabiduría y conocimiento, humanidad y trascendencia. Esto apoya las evidencias discutidas anteriormente sobre el efecto de este tipo de intervenciones, su dinámica en el cambio de las mismas y, aporta información acerca de cómo las intervenciones centradas en fortalezas de carácter podrían fomentar el bienestar. Sin embargo, también surge el cuestionamiento acerca de porqué esas agrupaciones y no otras, sobre todo debido a que se emplearon tanto intervenciones genéricas como personalizadas. Cuestión que, nuevamente, debe examinarse en otro tipo de estudio centrado en examinar mecanismos de acción.

La investigación ilustra la importancia de conducir estudios que examinen evidencia conductual más allá de la reportada en instrumentos de autorreporte. Se observó que la evidencia obtenida apoyó a la interpretación de los resultados obtenidos verbalmente y evidenció cambios que pueden ser discretos, pero indican una dirección de cambio favorable en aspectos importantes tanto en el fomento del bienestar como en la salud de adultos mayores.

Los cambios observados son congruentes con los reportados en metaanálisis y en estudios centrados en poblaciones de distinta edad, apoyando la evidencia de que el bienestar puede fomentarse a pesar de la presencia de condiciones de salud desfavorables en personas de la tercera edad, como las condiciones de estos participantes.

La implementación de seguimientos permitió la observación de la dinámica de los cambios obtenidos por el uso de la intervención e ilustró la importancia de su realización en este tipo de diseños experimentales. En principio de cuentas reveló que los cambios obtenidos se mantuvieron en la mayoría de los casos y que, en algunos casos que no mostraron cambio inmediato, se pudo observar que el cambio significativo se logró incluso hasta pasados seis meses de la finalización de la intervención. Esto podría ejemplificar propuestas relacionadas con las hipótesis de la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas (Fredrickson &

Cohn, 2018) que consideran que cambios en aspectos positivos, como las emociones, pueden ser percibidos como discretos en un principio, pero como su posible función adaptativa desencadena la construcción de recursos a largo plazo, los efectos mayores se observen en plazo mayor. Esto también implica que, aunque se han reportado tamaños del efecto pequeños a medios en la implementación de este tipo de intervenciones, el mayor efecto no se pueda observar en la evaluación inmediata posterior sino en un tiempo más posterior. Por lo tanto, en investigaciones involucrando intervenciones relacionadas con el fomento del bienestar la recomendación sería el empleo de seguimientos en forma sistemática, como se ha realizado en esta ocasión.

Se consiguió un programa diseñado con alta factibilidad tanto en aceptabilidad de la intervención como efectividad percibida reportada por los participantes. Estos aspectos fueron logrados, en gran medida, debido a la implementación de estrategias que fomentaron en los participantes adherencia al tratamiento. Resaltan el empleo de entrenamiento tecnológico previo, el uso de co-terapia como formato de implementación y de materiales escritos tanto para evaluación de efectos como para la conducción de las actividades de intervención. De esta manera, se puede subrayar que para replicar los mismos resultados y posiblemente aplicarse en otras intervenciones mediadas por tecnología, es necesario contar con estos tres elementos. Además, es importante señalar que la implementación de intervenciones relevantes a partir de un diagnóstico cuidado de necesidades contribuye significativamente a la adherencia y la generación de efectos significativos en esta población con este tipo de intervenciones.

En investigaciones subsiguientes será necesario continuar examinando si la factibilidad y adherencia al tratamiento se mantiene si se implementan más módulos de la intervención, lo que implica un mayor tiempo y esfuerzo que deben invertir los participantes, y si lo reportado en estos participantes se modifica si se cambian las condiciones de implementación con otros grupos de adultos mayores y en formatos grupales o presenciales.

En conclusión, a todo lo anterior, puede considerarse que la intervención se constituyó como una alternativa viable y bien aceptada por los participantes, que generó efectos benéficos, principalmente en el bienestar. Además de los beneficios identificados en otras intervenciones mediadas a distancia, la intervención representó un medio versátil por la identificación de las necesidades particulares de cada participante y generando oportunidades para fomentar su bienestar integral. Este estudio puede considerarse como una base sólida para generar mayor investigación en las intervenciones mediadas por tecnología para la promoción del bienestar en adultos mayores y la generación de una práctica basada en evidencia.

7.1 Limitaciones y recomendaciones futuras

La transición demográfica es un fenómeno global originado en el aumento de la población de adultos mayores en la gran mayoría de los países del orbe y esto ha impactado a los sistemas de salud generando grandes repercusiones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) la población mundial que alcanzará una edad mayor o igual a 65 años será hasta 1.5 mil millones. La esperanza de vida en México se ha incrementado hasta lograr los 75 años y para el año 2030 se prevé que en el país habrá más de 20 millones de adultos mayores y para 2050 constituirán 27.7 % de la población total en el país (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2012).

Este panorama demográfico plantea retos relacionados con el cuestionamiento sobre si el envejecimiento puede acompañarse de buena salud a lo largo de la vida, sensación de un bienestar alto y actividades significativas por más tiempo, o se asociará a un incremento en la enfermedad, discapacidad y dependencia con la que se identifica a la tercera edad. Esta situación estimula la generación de investigación novedosa, rigurosa y coordinada que cierre las brechas entre el conocimiento existente, las posibilidades que brinda la tecnología actual y la necesidad de tomar acción en temas relevantes para poblaciones vulnerables como esta.

Así, esta investigación se constituyó como un avance que contribuye a sustentar el uso de tecnología en la aplicación de un programa de intervención con el objetivo de incrementar el bienestar de adultos mayores. Se puede considerar como una primera base para la generación de una práctica basada en evidencia para esta finalidad y, con base en la evidencia obtenida, es recomendable continuar con esta línea de investigación.

La evidencia obtenida es más sólida en cuanto a la implementación del primer módulo de intervención, el cual fue cursado por todos los participantes y es debido a su contenido y aplicación que se obtuvieron resultados favorables con respecto a su eficacia. Sin embargo, no se puede generalizar los resultados a todo el diseño del programa que se hizo. El resto del programa de intervención deberá someterse a prueba sobre su eficacia en una nueva investigación y con participantes que requieran de su implementación. En este sentido, la evidencia obtenida en esta oportunidad solamente se puede considerar como un indicio muy temprano de los posibles efectos que pudieran obtenerse.

Así mismo, es posible que el programa de intervención pueda emplearse en otro tipo de escenarios. Una ventaja del diseño del programa de intervención fue la inclusión del criterio de cambio de módulos a través de la detección de necesidades en los participantes. Sin embargo, esto no incluyó una detección de necesidades en cuanto al manejo de la tecnología y a todos se les entrenó previo a la realización de la intervención. Es posible que algunos participantes no se hayan beneficiado del programa de la misma manera por sentirse menos satisfechos con la implementación mediada por tecnología. Por lo tanto, en futuras investigación será necesario realizar esa misma detección de necesidades con respecto al manejo tecnológico y así identificar aquellos participantes que necesitarán menor supervisión y apoyo y podrán llevar el programa a distancia sin dificultades, aquellos en los que se podría implementar el programa de manera híbrida con apoyo presencial y aquellos que deberán realizar las actividades únicamente en un escenario presencial (Silva-Ruz et al., 2022). Las distintas modalidades de aplicación de esta misma intervención y sus posibles modificaciones deberán ser evaluadas cuidadosamente como se ha realizado en esta investigación.

El diseño de intervención fue rigurosamente implementado para asegurarse que los efectos obtenidos correspondían directamente a las actividades del programa de intervención y no por otros factores. Además, se implementó una cuidadosa revisión de las sesiones de intervención para evaluar la integridad del tratamiento y se puede aseverar que todos los participantes recibieron las mismas actividades en la misma secuencia. Aunque la evidencia de los estudios experimentales intrasujetos puede considerarse al mismo nivel de los ensayos clínicos aleatorizados, para completar los datos obtenidos es necesario continuar con este tipo de estudios.

Para algunos autores (Barbot & Pechec, 2015), el número de participantes podría considerarse como limitado y necesitarse un mayor número de réplicas para contar con evidencia más sólida. Así mismo, podría cuestionarse que los participantes integrados en este estudio no son lo suficientemente variados tomando en cuenta sus características sociodemográficas. En futuras investigaciones podrían incluirse más hombres en el grupo de investigación y tal vez examinar diferencias en los resultados influidos por género. Es necesario precisar, al respecto de las características del grupo que participó en esta investigación que todos los participantes contaban con algún dispositivo para conectarse a Internet y llevar a cabo las actividades del programa. Por tal motivo, constituyen un grupo de adultos mayores con acceso a la tecnología en quienes se pudo implementar y para poder generalizar la utilidad de la intervención sería necesario contar con otro tipo de participantes con otro tipo de escenario tecnológico; lo cual no solamente permitiría evaluar la eficacia de la intervención sino su forma de implementación en comunidades menos favorecidas y a través de medios gubernamentales.

Aun cuando se observaron resultados favorables con respecto a las variables evaluadas, hay algunas peculiaridades en el diseño experimental de la investigación que podrían tomarse en cuenta para incrementar la efectividad de la intervención. Los participantes del grupo vivían con alguna morbilidad y, aunque en los registros conductuales se observó una ligera tendencia a incrementar los comportamientos relacionados con la salud, no se realizaron mediciones objetivas para observar si el programa tenía alguna influencia sobre el estado de salud física de los participantes;

probablemente mediado por el incremento sutil de las conductas mencionadas. Es muy probable que esta sea una influencia indirecta y que, al mejorar el estado anímico de los adultos mayores esto les impulse al autocuidado, pero tendría que evaluarse empíricamente en una nueva investigación.

Así mismo, la implementación de este programa podría enlazarse a otros que fomenten otros tipos de bienestar y se coadyuven para la mejora del estado de salud de los individuos. La combinación de programas que fomenten la salud desde distintos puntos de vista podrían ofrecer un mejor estado de salud en los adultos mayores y abrir la puesta a una atención integral en la tercera edad y proveer servicios de salud que contemplen todas la aristas que posee un ser humano.

8. REFERENCIAS

Acosta, C. O., Palacio, R. R., Borrego, G., García, R., & Rodríguez, M. J. (2021). Design guidelines and usability for cognitive stimulation through technology in Mexican older adults. *Informatics for Health and Social Care*, 1–17. doi:10.1080/17538157.2021.1941973

Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society,* 31(4), 683–712. doi:10.1017/S0144686X10001091

Akhtar, S., & Barlow, J. (2018). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse, 19*(1), 107–122. https://doi.org/10.1177/1524838016637079

Aldana C., E. & Gómez L., M. (2007). Criterios para la elaboración de las Guías de Intervención Psicológica. *Perinatología y Reproducción Humana, 21*(1), 11-21.

Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2017). Hedonic and eudaimonic well-being in old age through positive psychology studies: A scoping review. *Anales de Psicología, 33*(3), 568–577. https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.265621

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

Avia, M. D., Martínez-Martí, M. L., Rey-Abad, M., Ruiz, M. Á., & Carrasco, I. (2012). Evaluación de un programa de revisión de vida positivo en dos muestras de personas mayores. *Revista de Psicología Social, 27*(2), 141–156. http://dx.doi.org/10.1174/021347412800337852

Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research, 99*(2), 183–203. doi:10.1007/s11205-010-9584-9

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes

& M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*, 123-135. doi:10.1159/000067946

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 363–388). Jossey-Bass.

Barbot, B., & Perchec, C. (2015). New Directions for the Study of Within-Individual Variability in Development: The Power of "N = 1." *New Directions for Child and Adolescent Development, 2015*(147), 57–67. doi:10.1002/cad.20085

Bartholomaeus, J. D., Van Agteren, J. E. M., Iasiello, M. P., Jarden, A., & Kelly, D. (2019). Positive Aging: The Impact of a Community Wellbeing and Resilience Program. *Clinical Gerontologist*, 1–10. doi:10.1080/07317115.2018.156

Baskin, T. W., & Enright, R. D. (2004). Intervention studies on forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development, 82*(1), 79–90. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00288.x

Bastounis, A., Callaghan, P., Banerjee, A., & Michail, M. (2016). The effectiveness of the Penn resiliency program (PRP) and its adapted versions in reducing depression and anxiety and improving explanatory style: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescence, 52*, 37–48. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.07.004

Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 238-247. https://doi.org/10.1037/int0000214

Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2021). Psychotherapists' Challenges With Online Therapy During COVID-19: Concerns About Connectedness Predict Therapists' Negative View of Online

Therapy and Its Perceived Efficacy Over Time. *Frontiers in psychology,* 12, 705699. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705699

Blanchard-Fields, F., & Coats, A. H. (2008). The experience of anger and sadness in everyday problems impacts age differences in emotion regulation. *Developmental Psychology, 44*(6), 1547-1556. https://doi.org/10.1037/a0013915

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health,* 13(1), 119. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., … Fernandez, M. (2009). How We Design Feasibility Studies. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(5), 452–457. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002

Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2010). Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Archives of General Psychiatry,* 67(3), 304–310. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.208.

Brunwasser, S. M., Gillham, J. E., & Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1042–1054. https://doi.org/10.1037/a0017671

Bryant, F. (2003). Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health, 12*(2), 175-196. doi: 10.1080/0963823031000103489

Bryant, F., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A New Model of Positive Experience*. Lawrence Erlbaum Associates.

Burton, C. M., & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality, 38*, 150–163.

Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing, 6*(3), 1-48. doi:10.5502/ijw.v6i3.1

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana, 29*(3): 182-191. https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408

Callari, T., Ciairano, S., & Re, A. (2012). Elderly-technology interaction: accessibility and acceptability of technological devices promoting motor and cognitive training. *Work, 41*, 362–369. https://doi.org/10.3233/wor-2012-0183-362

Campbell, R., & Bonell, C. (2015). Development and evaluation of complex multicomponent interventions in public health. *Oxford Textbook of Global Public Health*, 751–760. https://doi.org/10.1093/med/9780199661756.003.0128.

Candia, C. A. (2016, 21-23 de septiembre). Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en personas adultas mayores de Chilpancingo, Guerrero [Ponencia en congreso]. *4° Encuentro de Jóvenes Investigadores – CONACYT, 11° Coloquio de Jóvenes Talentos en la Investigación*, Acapulco Guerrero. Recuperado de http://tlamati.uagro.mx/t7e2/602.pdf

Cantarella, A., Borella, E., Marigo, C., & De Beni, R. (2017). Benefits of Well-Being Training in Healthy Older Adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(3), 261–284. doi:10.1111/aphw.12091

Caputo, A. (2017). Social desirability bias in self-reported well-being measures: evidence from an online survey. *Universitas Psychologica, 16*(2). doi:10.11144/javeriana.upsy16-2.sdsw

Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.

Carr, A. (2007). *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Paidós

Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., & O'Dowd, A. (2020). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology,* 1–21. doi:10.1080/17439760.2020.1818807

Carrol, M., & Rounsaville, B. (2008). Efficacy and Effectiveness in Developing Treatment Manuals. En A. Nezu & C. M. Nezu, *Evidence-Based Outcome Research*. Oxford University Press.

Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of personality and social psychology, 79*(4), 644–655.

Catalino, L. I., & Fredrickson, B. L. (2011). Tuesdays in the lives of flourishers: The role of positive emotional reactivity in optimal mental health. *Emotion, 11,* 938-950. https://dx.doi.org/10.1037/a0024889

Chaboud, R. (2018). *Á la recherché du bien-être au travail : les apports de a Psychologie Positive*. Association de Psychologues du Travail et des Organisation.

Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry,* 18(1), 211. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2

Chang, E. C. (1998). Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being?: A preliminary investigation. *Personality and Individual Differences,* 25(2), 233–240. doi:10.1016/S0191-8869(98)00028-2

Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*(1), 136–151. doi:10.1037/0022-3514.80.1.136

Chaves, C., Ballesteros-Valdés, R., Madrilejos, E. & Charles-Leija, H. (en prensa). PERMA-Profiler para la evaluación del bienestar: Adaptación y validación en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos.

Cheavens, J. S., Strunk, D. S., Lazarus, S. A., & Goldstein, L. A. (2012). The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 699–706.

Chen, Y., Xiao, H., Yang, Y., & Lan, X. (2017). The effects of life review on psycho-spiritual well-being among patients with life-threatening illness: A systematic review and metaanalysis. *Journal of Advanced Nursing, 73*(7), 1539–1554. https://doi.org/10.1111/jan.13208

Chimich, W. T., & Nekolaichuk, C. L. (2004). Exploring the links between depression, integrity, and hope in the elderly. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 49*(7), 428–433. https://doi.org/10.1177/070674370404900703

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* (London, England), 374(9696), 1196–1208. https://doi.org/10.1016/S0140-6736 (09)61460-4

Cobos-Carbó, A. (2005). Ensayos clínicos aleatorizados (CONSORT). *Medicina Clínica (Barcelona), 125* (Supl.1): 21-27. DOI: 10.1016/S0210-5705(09)71003-9

Cohen, J. (1960). A Coeficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*(1), 37-46. https://doi.org/10.1177/0013164460020000104

Consejo Nacional de Población (2012). *Proyecciones de la Población 2010-2010*. CONAPO.

Consentino, A. C. & Castro-Solano, A. (2008). *Inventario de virtudes y fortalezas*. Manuscrito sin publicar

Cortina-Guzmán, L. G. & Berezon-Gom, S. (2013). Traducción al español y propiedades psicométricas del instrumento Positivity Self Test. *Psicología Iberoamericana, 21*(1): 53-64. DOI: 10.48102/pi.v21i1.166

Cruz, F. O. de A. M. da, Ferreira, E. B., Vasques, C. I., Mata, L. R. F. da, & Reis, P. E. D. dos. (2016). Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24*(0). https://doi.org/10.1590/1518-8345.0949.2706

Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Kairos.

Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un Programa de Psicología Positiva en Sintomatología Depresiva y Satisfacción Vital en Adultos Mayores. Psicologia: *Reflexão e Crítica*, 25(4), 644–652. https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400003

Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2007). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(2), 169–177. doi:10.1007/s10865-007-9144-1

Curry, O. S., Rowland, L. A., Van Lissa, C. J., Zlotowitz, S., McAlaney, J., & Whitehouse, H. (2018). Happy to help? A systematic review and meta-analysis of the effects of performing acts of kindness on the well-being of the actor. *Journal of Experimental Social Psychology, 76*, 320-329. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.02.014

Dack, C., Ross, J., Stevenson, F., Pal, K., Gubert, E., Michie, S., … Murray, E. (2019). A digital self-management intervention for adults with type 2 diabetes: Combining theory, data and participatory design to develop HeLP-Diabetes. *Internet Interventions*, 100241. doi:10.1016/j.invent.2019.100241

Davis, D. E., Choe, E., Meyers, J., Wade, N., Varjas, K., Gifford, A., … Worthington, E. L., Jr. (2016). Thankful for the little things: A meta-analysis of gratitude interventions. *Journal of Counseling Psychology, 63*(1), 20–31. https://doi.org/10.1037/cou0000107

Denborough, D. (2014). *Retelling the stories of our lives: Everyday narrative therapy to draw inspiration and transform experience*. Norton.

Dickens, L. R. (2017). Using gratitude to promote positive change: A series of meta-analyses investigating the effectiveness of gratitude interventions. *Basic and Applied Social Psychology, 39*(4), 193–208. https://doi.org/10.1080/01973533.2017.1323638

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*:1, 71-75, DOI: 10.1207/s15327752jpa4901_13

Dobkin, B. H. (2009). Progressive Staging of Pilot Studies to Improve Phase III Trials for Motor Interventions. *Neurorehabilitation & Neural Repair, 23*(3), 197-206. https://doi.org/10.1177/1545968309331863

Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Impact of a personal goals management program on the subjective well-being of young retirees. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 57*(3), 183–192. http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2005.04.004

DuBois, C. M., Millstein, R. A., Celano, C. M., Wexler, D. J., & Huffman, J. C. (2016). Feasibility and Acceptability of a Positive Psychological Intervention for Patients With Type 2 Diabetes. *The primary care companion for CNS disorders, 18*(3), doi: 10.4088/PCC.15m01902.

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual review of clinical psychology, 1*, 629–651. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154

Durgante, H. B. (2017). Methodological quality of strength-based intervention programs in Latin America: a systematic review of the literature. *Contextos Clínicos, 10*(1), 02-22. https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2017.101.01

Durgante, H., & Dell'Aglio, D. D. (2019). Multicomponent positive psychology intervention for health promotion of Brazilian retirees: a quasi-experimental study. *Psicologia: Reflexão e Crítica,* 32(1). doi:10.1186/s41155-019-0119-2

Durgante, H. B., Tomasi, L. M. B., Pedroso de Lima, M. M., & Dell'Aglio, D. D. (2020). Long-term effects and impact of a positive psychology intervention for Brazilian retirees. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-020-00683-7

Eells, T. D., Barrett, M. S., Wright, J. H., & Thase, M. E. (2015). Can Cognitive Therapy Be Conducted by Computers? *Current Behavioral Neuroscience Reports, 2*(4), 209–215. doi:10.1007/s40473-015-0051-4

Eid, M., & Diener, E. (1999). Intraindividual variability in affect: Reliability, validity, and personality correlates. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(4), 662–676. https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.4.662

Emmons, R. A. (2007). Gratitude, subjective well-being, and the brain. En R. J. Larsen & M. Eid (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 469-492). Guilford Press.

Emmons, R. A. & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 377–389. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.377

Fava, G. A. (2016). *Well-being therapy. Treatment manual and clinical applications*. Karger.

Fava, G. A. & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*(1), 45–63. http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00019-3

Ferguson, S. J., & Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *The International Journal of Aging and Human Development,* 71(1), 43–68. doi:10.2190/AG.71.1.c

Fienup, D. M. & Brodsky, J. (2017). Effects of mastery criterion on the emergence of derived equivalence relations. *Journal of Applied Behavior Analysis, 50*(4), 843–848. https://doi.org/10.1002/jaba.416

Fisk, A., Rogers, W., Chamess, N., Czaja, S., & Sharti, J. (2004). *Designing for older adults: principles and creative human factors approaches*. CRC.

Flórez, J. A., & González, M. J. (2000). Psicoterapia en el anciano. *Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud, 34*(4): 318-323.

Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 876–890.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research, 12*(3), 189–198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fredrickson, B. L. (2009). *Vida positiva: cómo superar las emociones negativas y prosperar*. Norma.

Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. En E. Ashby Plant & P. G. Devine (Eds.), *Advances on Experimental Social Psychology* (pp. 1-53). Academic Press.

Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*(5), 1045–1062. http://dx.doi.org/10.1037/a0013262

Friedman, E. M., Ruini, C., Foy, C. R., Jaros, L., Love, G., & Ryff, C. D. (2019). Lighten UP! A Community-Based Group Intervention to Promote Eudaimonic Well-Being in Older Adults: A Multi-Site Replication with 6 Month Follow-Up. *Clinical Gerontologist,* 1–11. doi:10.1080/07317115.2019.157

Friedman, E. M., Ruini, C., Foy, R., Jaros, L., Sampson, H., & Ryff, C. D. (2015). Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological

well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 21(2), 199–205. doi:10.1080/13607863.2015.1093605.

Gable, S. L. & Gosnell, C. L. (2011). The positive side of close relationships. En K. M. Sheldon, T. B. Kashdan & M. F. Steger (Eds.), *Designating positive psychology taking stock and moving forward* (pp. 265-279). Oxford University Press.

Galinsky, M. J., Fraser, M. W., Day, S. H., & Richman, J. M. (2012). A Primer for the Design of Practice Manuals. *Research on Social Work Practice, 23*(2), 219–228. https://doi.org/10.1177/1049731512468957

Gana, K, Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M. & Alaphilippe, D. (2013). Does life satisfaction change in old age: results from an 8-year longitudinal study? *Journal of Gerontology & Behavioural Psychology Sciences & Social Sciences, 68*(4):540–552. DOI: 10.1093/geronb/gbs093

Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., & Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies,* 14(4), 1241-1259. https://doi.org/10.1007/s10902-012-9380-0

García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *EN-CLAVES del pensamiento,* 8(16): 13-29.

Garner, J. (2003). Psychotherapies in older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37,* 537-548.

Gaymu, J., & Springer, S. (2010). Living conditions and life satisfaction of older Europeans living alone: A gender and cross-country analysis. *Ageing and Society; 30*(7): 1153–1175. doi:10.1017/S0144686X10000231

Giordano, C., Ambrosiano, I., Graffeo, M. T., Di Caro, A., & Gullo, S. (2022). The transition to online psychotherapy during the pandemic: a qualitative study on patients' perspectives. *Research in psychotherapy (Milano),* 25(3), 638. https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.638

Gitlin, L. N., & Czaja, S. J. (2016). *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing*. Springer Publishing Company

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes, 31*(2), 169-173. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005

Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International journal of geriatric psychiatry, 24*(7), 694–700. https://doi.org/10.1002/gps.2181

González, M. B. (2013). *Prácticas parentales, bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM]. TesiUNAM. http://132.248.9.195/ptd2013/octubre/0702185/Index.html

González, C. A. & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México, 49*(Su4): 448-458

González-Castro, F., Barrera, Jr., M., & Martinez, Jr., C. R. (2004). The Cultural Adaptation of Prevention Interventions: Resolving Tensions Between Fidelity and Fit. *Prevention Science, 5*(1), 41–45. https://doi.org/10.1023/b:prev.0000013980.124

González-Celis, A. L. M. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción de la salud sobre la calidad de vida en ancianos* [Tesis de doctorado no publicada]. Facultad de Psicología, UNAM.

Graham, J. E., Karmarkar, A. M., & Ottenbacher, K. J. (2012). Small sampleresearch designs for evidence-based rehabilitation: issues and methods. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 93*(8 Suppl.), S111-S116. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.12.017

Gratzer, D., & Khalid-Khan, F. (2015). Internet-delivered cognitive behavioural therapy in the treatment of psychiatric illness. *Canadian Medical Association Journal,* 188(4), 263–272. doi:10.1503/cmaj.150007

Greenawalt, K. E., Orsega-Smith, E., Turner, J. L., Goodwin, S., & Rathie, E. J. (2018). The impact of “The Art of Happiness” class on community dwelling older adults: a positive psychology intervention. *Activities, Adaptation & Aging,* 1–15. doi:10.1080/01924788.2018.1493898

Gutiérrez, P. O. (2022). *Estrés parental y prácticas de crianza en padres de pacientes oncopediátricos: estudio piloto de un entrenamiento para padres manualizado* [Tesis de maestría inédita]. Universidad Nacional Autónoma de México.

Hallford, D., & Mellor, D. (2013). Reminiscence-based therapies for depression: Should they be used only with older adults? *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*(4), 452–468. http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12043

Harrison, H., Birks, M., Franklin, R. & Mills, J. (2017) Case study research: Foundation and methodological orientations. *Forum: Qualitative social research, 18*(1). https://doi.org/10.17169/fqs-18.1.2655

Haukeland, Y. B., Czajkowski, N. O., Fjermestad, K. W., Silverman, W. K., Mossige, S., & Vatne, T. M. (2020). Evaluation of “SIBS”, An Intervention for Siblings and Parents of Children with Chronic Disorders. *Journal of Child and Family Studies*. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01737-x

Hausmann, L., Youk, A., Kwoh, C. K., Gallagher, R. M., Weiner, D. K., Vina, E. R., Obrosky, D. S., Mauro, G. T., McInnes, S., & Ibrahim, S. A. (2018). Effect of a Positive Psychological Intervention on Pain and Functional Difficulty Among Adults With Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open, 1*(5), e182533. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.2533

Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review,* 117(1), 32–60. doi:10.1037/a0017668

Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Happiness Studies,* 21(1), 357–390. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1

Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2018). The efficacy of positive psychology interventions from non-Western countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Wellbeing,* 8(1), 71–98. https://doi.org/10.5502/ijw.v8i1.711

Hernández-Hernández, M. E., Waller, G. & Hardy, G. (2020). Cultural adaptations of cognitive behavioural therapy for Latin American patients: unexpected findings from a systematic review. *The Cognitive Behaviour Therapist, 13*(e57), 1-39. https://doir.org/10.1017/s1754470x20000574

Hernández-Nieto, R. (2011). *Instrumentos de Recolección de Datos en Ciencias Sociales y Ciencias Biomédicas*. Createspace Independent Publishing Platform.

Hernández-Vergel, V., Prada-Núñez, R., y Hernández-Suárez, C. A. (2018). Adaptación del perfil PERMA de bienestar subjetivo para adultos mayores institucionalizados colombianos. *Revista Ciencia Y Cuidado, 15*(1), 83–97. https://doi.org/10.22463/17949831.1235

Herzog, A.R., Franks, M.M., Markus, H.R., & Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging,* 13, 179–185.

Higgins, J. P. T., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. John Wiley & Sons, Ltd.

Hill, R. D. (2011). A Positive Aging Framework for Guiding Geropsychology Interventions. *Behavioral Therapy, 42*(1), 66–77. doi: 10.1016/j.beth.2010.04.006

Hill, P. L., Heffeman, M. E., & Allemand, M. (2015). Forgiveness and subjective well-being: Discussing mechanisms, contexts, and rationales. En L. L. Toussaint, E. L. Worthington, & D. R. Williams (Eds.), *Forgiveness and Health: Scientific Evidence and Theories Relating Forgiveness to Better Health* (pp. 155–169). Springer Science + Business Media.

Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychological Science,* 25(7), 1482–1486. https://doi.org/10.1177/0956797614531799.

Ho, H. C. Y., Yeung, D. Y., & Kwok, S. Y. C. L. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology,* 9(3), 187–197. doi:10.1080/17439760.2014.888577

Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1,* 83-136.

Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137–164. doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x

Huxhold, O., Miche, M., & Schüz, B. (2013). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 69(3), 366–375. doi:10.1093/geronb/gbt029

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020: Panorama sociodemográfico de México*. Recuperado del sitio de Internet https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/tableros/panorama/

Iraurgi, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud Mental, 8*(36), 105-122.

Ishihara, M., Saito, T., Sakurai, T., Shimada, H., & Arai, H. (2018). Effect of a Positive Photo Appreciation Program on Depressive Mood in Older Adults: A Pilot

Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 15(7), 1472. doi:10.3390/ijerph15071472

Izal, M. y Montorio, I. (1996). Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista de Gerontología, 6*, 329-337.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.

James, G., Schröder, T., & De Boss., D. (2022). Changing to remote psychological therapy during COVID-19: Psychological therapists' experience of the working alliance, therapeutic boundaries and work involvement. *Psychology and Psychotherapy, 95*(4), 970-989. https://doi.org/10.1111/papt.12413

Jiménez, M.G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica,* 23(1), 51-59. doi: https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001

Johnson, K. R., Fuchs, E., Horvath, K. J., & Scal, P. (2015). Distressed and Looking for Help: Internet Intervention Support for Arthritis Self-Management. *Journal of Adolescent Health, 56*(6), 666–671. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.02.019

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation.

Kazdin, A. E. (1977). Assesing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification, 1,* 427-452. doi: 10.1177/014544557714001

Kazdin A. E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the experimental analysis of behavior, 115*(1), 56–85. https://doi.org/10.1002/jeab.638

Kazdin, A. E., French, N. H., & Sherick, R. B. (1981). Acceptability of alternative treatments for children: Evaluations by inpatient children, parents, and staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(6), 900–907. https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.6.900

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health. *The American psychologist, 62*(2), 95–108. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95

Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health,* 100(12), 2366–2371. doi:10.2105/AJPH.2010.192245

Killen, A., & Macaskill, A. (2014). Using a Gratitude Intervention to Enhance Well-Being in Older Adults. *Journal of Happiness Studies,* 16(4), 947–964. doi:10.1007/s10902-014-9542-3

Kim E. S., Kawachi, I., Chen, Y., & Kubzansky L. D. (2017). Association Between Purpose in Life and Objective Measures of Physical Function in Older Adults. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2145

Kim, E. S., Sun, J. K., Park, N., & Peterson, C. (2013). Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: The health and retirement study. *Journal of Psychosomatic Research,* 74(5), 427–432.

Kite, M.E., & Wagner, L.S. (2002). Attitudes toward older adults. En T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129–161). Cambridge, MA; MIT Press.

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M., Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science, 24,* 1123-1132.

Koydemir, S., Sökmez, A. B., & Schütz, A. (2020). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Randomized Controlled Positive Psychological Interventions

on Subjective and Psychological Well-Being. *Applied Research in Quality of Life.* doi:10.1007/s11482-019-09788-z

Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(5), 538–547. https://doi.org/10.1007/s10865-011-9379-8

Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology,* 10(6), 553–560. doi:10.1080/17439760.2015.1015156

Landa-Ramírez, E., Martínez-Basurto, A. E., & Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual. *Psicología y Salud, 23*(3), 273-282. https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.508

Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. A., & Tobin, K. E. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors, 73*, 133–136. doi:10.1016/j.addbeh.2017.05.005

Latorre, J. M., Serrano, J. P., Ros, L., Aguilar, M. J., & Navarro, B. (2009). Memoria autobiográfica, revisión de la vida y emociones positivas en la vejez. En C. Vázquez & G. Hervás, *Psicología Positiva Aplicada (2ª Ed.)* (pp. 339-370). Desclée de Brouwer.

Layous, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The how, why, what, when and who of happiness: Mechanisms underlying the success of positive interventions. En J. Gruber y J. Moscowitz (Eds.), *Positive emotion: Integrating the light sides and dark sides* (pp. 473-495). Oxford University Press.

Layous, K., Lee, H., Choi, I., & Lyubomirsky, S. (2013). Culture Matters When Designing a Successful Happiness-Increasing Activity. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 44*(8), 1294–1303. doi:10.1177/0022022113487591

Layous, K., Nelson, K. S. & Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies, 14*(2), 635–654. http://dx.doi.org/10.1007/s10902-012-9346-2

Lelkes, O. (2008). Happiness across the life cycle: Exploring age-specific preferences. *European Centre for Social Welfare Policy and Research Policy Brief,* 2, 1–16.

Leyva, G., Bustos, A. & Romo, A. M. (2016). Life satisfaction and happiness in Mexico: Correlates and redundancies. En M. Rojas (Ed.) *Handbook of happiness research in Latin America* (pp. 579-611). Springer Netherlands.

Linley, P. A., Nielsen, K. M., Gillett, R. & Biswas-Diener, R. (2010). Using signature strengths in pursuit of goals: Effects on goal progress, need satisfaction, and well-being, and implications for coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review, 5*(1), 6-15. https://doi.org/10.53841/bpsicpr.2010.5.1.6

Lundahl, B. W., Taylor, M. J., Stevenson, R., & Roberts, K. D. (2008). Process-based forgiveness interventions: A meta-analytic review. *Research on Social Work Practice, 18*(5), 465–478. https://doi.org/10.1177/1049731507313979

Lyubomirsky, S. (2008) *La ciencia de la felicidad*. Urano.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*(2), 111–131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111

Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Dickerhoof, R. (2006). The coast and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*(4), 692-708. doi: 10.1037/0022-3514.90.4.692

Mak, W. W. S., Ng, I. S. W., & Wong, C. C. Y. (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology,* 58(4), 610–617. doi:10.1037/a0025195

Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2017). Can psychological interventions increase optimism? A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology, 12*(6), 594–604. https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1221122

Martínez-Martí, M. L., Avia, M. D., & Hernández-Lloreda, M. J. (2014). Appreciation of beauty training: A web-based intervention. *The Journal of Positive Psychology, 9*(6), 477–481. http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.920512

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc, 15*(3), 219–266. https://doi.org/10.1177/1088868310377394

McNulty, J.K., y Fincham, F.D. (2012). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *The American Psychologist, 67*, 101-110.

Mechanic, D., & Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health affairs (Project Hope), 26*(5), 1220–1230. https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1220

Meléndez Moral, J. C., Fortuna Terrero, F. B., Sales Galán, A., & Mayordomo Rodríguez, T. (2014). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology,* 10(3), 240–247. doi:10.1080/17439760.2014.936968

Meléndez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., & Salces-Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema,* 25(3): 319-323. Doi: 10.7334/psicothema2012.253

Menec, V.H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences,* 58, 574–582.

Mewton, L., Sachdev, P. S., & Andrews, G. (2013). A Naturalistic Study of the Acceptability and Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Disorders in Older Australians. *PLoS ONE, 8*(8), e71825. doi:10.1371/journal.pone.0071825

Millear, P., Liossis, P., Shochet, I. M., Biggs, H., & Donald, M. (2008). Being on PAR: Outcomes of a pilot trial to improve mental health and wellbeing in the workplace with the Promoting Adult Resilience (PAR) program. *Behaviour Change,* 25(4), 215–228. doi:10.1375/bech.25.4.215

Miller, C. A. & Frisch, M. B. (2009). *Creating your best life: The ultimate life list guide*. Sterling Publishing Company

Mirza, R. D., Punja, S., Vohra, S., & Guyatt, G. (2017). The history and development of N-of-1 trials. *Journal of the Royal Society of Medicine, 110*(8), 330–340. https://doi.org/10.1177/0141076817721131

Mitchell, J., Vella-Brodrick, D., & Klein, B. (2010). Positive psychology and the Internet: A mental health opportunity. *E-Journal of Applied Psychology, 6*(2), 30–41. doi:10.7790/ejap.v6i2.230

Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al. (2005). *Journal of Clinical Psychology, 68*(4), 382–389.

Montero, I., & León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2*(3), 503-508.

Morrison, J. (2015). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.

Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2014). Finding happiness: Tailoring positive activities for optimal well-being benefits. En M. M. Tugade, M. N. Shiota, & L. D. Kirby (Eds.), *Handbook of positive emotions* (pp. 275–293). The Guilford Press.

Nelson, S. K., Layous, K., Cole, S., & Lyubomirsky, S. (2016). Do unto others or treat yourself? The effects of prosocial and self-focused behavior on psychological flourishing. *Emotion, 16,* 850-861. doi: 10.1037/emo0000178

Ngamaba, K. H., Panagioti, M. & Armitage, C. J. (2017). How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health,* 27(5), 879–885. doi:10.1093/eurpub/ckx081

Ngamaba, K. H., Panagioti, M., & Armitage, C. J. (2017). How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health, 27*(5), 879–885. doi:10.1093/eurpub/ckx081

Niemiec, R. M. (2018). *Character strengths interventions: A field-guide for practitioners*. Hogrefe.

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2019). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. ONU.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.

Organización Mundial de la Salud (1950). Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. *Serie de Informes Técnicos, n°. 31*. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Global Health and Aging.* OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *World report on ageing and health*. OMS.

Orsmond, G. I., & Cohn, E. S. (2015). The Distinctive Features of a Feasibility Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health, 35*(3), 169–177. doi:10.1177/1539449215578649

Ortega-Martínez, A. R., & Ramírez-Fernández, E. (2017). Intervenciones positivas en mayores: Ajustes actividad-edad. *European Journal of Health Research*, 3(1): 65-74. doi: 10.30552/ejhr.v3i1.56

Ortega-Martínez, A. R., Ramírez-Fernández, E., & Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 5(1): 23-33. doi: 10.1989/ejihpe.v1i1.87

Ottenbacher K. J. (1992). Analysis of data in idiographic research. Issues and methods. *American journal of physical medicine & rehabilitation, 71*(4), 202–208. https://doi.org/10.1097/00002060-199208000-00002

Padrós, F., Gutiérrez, C. Y. & Medina, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana, 33*(2), 221-230. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04

Park, N., & Peterson, C. (2006). Character strengths in organizations. *Journal of Organizational Behavior, 27*, 1-6.

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy, 40*(4), 357-367. https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006

Parks, A. C., & Schueller, S. (2014). *The Wiley Blackwell handbook of positive psychological interventions*. Wiley.

Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major Recent Findings and the European Contribution to the State of the Art. In: Rócio Férnandez-Ballesteros (Eds.). *GeroPsychology: European Perspectives for an Aging World* (pp. 128-144). Hogrefe and Huber.

Pawlowski, T., Downward, P., & Rasciute, S. (2011). Subjective well-being in European countries: On the age specific impact of physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity,* 8, 93–102.

Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica, 10*(2), 3-18. https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820

Peterson, C. (2006a). *A Primer in Positive Psychology.* Oxford University Press.

Peterson, C. (2006b). The values in action VIA classification of strengths. En M. Csikszentmihalyi & I. Csikzentmihalyi (Eds.), *A life worth living: Contributions to Positive Psychology* (pp. 29-48). Oxford University Press.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association and Oxford University Press.

Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging Mental Health, 16*(5), 541–558. https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434

Plata, L. A. F., López, G. C., Baca, X. D., & Gómez, A. (2014). Psicoterapia vía Internet: Aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana, 22*(1), 7-13.

Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R. M., Alcañiz, M., Castilla, D., & Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging & mental health,* 16(8), 964–974. https://doi.org/10.1080/13607863.2012.702726

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health, 38*(2), 65–76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50–79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health,* 18(8), 997–1005. doi:10.1080/13607863.2014.899978

Proyer, R. T., Gander, F., Wyss, T., y Ruch, W. (2011). The relation of character strengths to past, present, and future life satisfaction among German‐speaking women. *Applied Psychology: Health and Well-being, 3*(3), 370-384.

Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2015). Strengths-based positive psychology interventions: a randomized placebo-controlled online trial on long-term effects for signature strengths-vs. A lesser strengths-intervention. Frontiers in Psychology, 6, 456, 1-14, available via: http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00456

Proyer, R. T., Ruch, W., & Buschor, C. (2013). Testing strengths-based interventions: A preliminary study on the effectiveness of a program targeting curiosity, gratitude, hope, humor, and zest for enhancing life satisfaction. Journal of Happiness Studies, 14 (1), 275-292. https://doi.org/10.1007/s10902-012-9331-9.

Proyer, R. T., Ruch, W., & Müller, L. (2009). Sense of humor among the elderly. Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie, 43(1), 19–24. doi:10.1007/s00391-009-0082-0

Punja, A., Smid, C. H., Hartling, L., Urichuk, L., Nikles, C. J., & Vohra, S. (2016). To meta-analyze or not meta-analyze? A combined meta-analisis of N-of-1 trial data with RCT data on amphetamines and metylphenidate for pedriatic ADHD. *Journal of clinical epidemiology, 76,* 76-81. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.03.021

Rainey, C. A., Readdick, C. A., & Thyer, B. A. (2012). Forgiveness based group therapy: A meta-analysis of outcome studies published from 1993-2006. *Best Practices in Mental Health: An International Journal, 8*(1), 29–51.

Ramírez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2013). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health,* 18(4), 463–470. doi:10.1080/13607863.2013.856858

Ramírez-Fernández, E., Ortega, A. R., & Martos-Montes, R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 5*(2), 187-195. doi: 10.1989/ejihpe.v5i2.111

Ramos, A. M., Yordi, M., & Miranda, M. A. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey,* 20(3), 330-337.

Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers. *Australian Psychologist,* 37(2), 79–85. doi:10.1080/00050060210001706716

Rappaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1171–1178.

Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. *Journal of Positive Psychology, 10*(1): 25-40. http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.920411

Rashid, T. & Anjum, A. (2008). Positive psychotherapy for young adults and children. En J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 250–287). Guilford.

Rashid, T., & Seligman, M. (2018). *Positive psychotherapy: Clinician manual*. Oxford University Press.

Rashid, T., Summers, R. F., & Seligman, M. E. P. (2015). Positive psychology. In A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman, M. B. First, & M. Riba (Eds.), *Psychiatry (4th ed.)*. New York: Wiley

Rathbone, C. J., Holmes, E. A., Murphy, S. E., & Ellis, J. A. (2015).Autobiographical memory and well-being in aging: The central role of semantic self-images. Consciousness and Cognition. An International Journal, 33, 422–431.http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2015.02.01

Renshaw, T. L., & Olinger Steeves, R. M. (2016). What good is gratitude in youth and schools? A systematic review and meta-analysis of correlates and intervention outcomes. *Psychology in the Schools, 53*(3), 286–305. https://doi.org/10.1002/pits.21903

Reyes de Beaman, S. R., Beaman, P. E., García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. & Jagger, C. (2004). Validation of a Modified Version of the Mini-

Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging, Neuropsychology, and Cognition (Neuropsychology, Development and Cognition: Section B), 11*(1), 1–11. doi:10.1076/anec.11.1.1.29366

Roepke, A. M. (2015). Psychosocial interventions and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 129–142. https://doi.org/10.1037/a0036872

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist, 37*, 433–40. doi: 10.1093/geront/37.4.433

Ruch, W., Niemec, R. M., McGrath, R. E., Gander, F., & Proyer, R. T. (2020). Character, strengths-based interventions: Open questions and ideas for future research. *The Journal of Positive Psychology, 15*, 5, 680-684. https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1789700

Ruíz, M., & Palacios, L. (2019). La coterapia, el contigo en el grupo. *Norte de salud mental, 16*(60), 13-20.

Rusk, R. D., & Waters, L. E. (2013). Tracing the size, reach, impact, and breadth of positive psychology. *The Journal of Positive Psychology, 8*(3), 207–221. https://doi.org/10.1080/17439760.2013.777766

Ruvalcaba-Romero, N. A., Orozco-Solis, M. G., Alfaro-Beracoechea, L. N. & Bravo-Andrade, H. R. (2016). Fortalezas de carácter como predictoras de resiliencia en adultos mexicanos. *Psicodebate, 19*(1), 7-17. https://doi.org/10.18682/pd.v19i1.803

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 141–166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141

Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 9*(1), 139–170. https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4

Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 4*(2), 195–210. doi:10.1037/0882-7974.4.2.195

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics, 83*(1), 10–28. https://doi.org/10.1159/000353263

Salces-Cubero, I. M., Ramírez-Fernández, E., & Ortega-Martínez, A. R. (2018). Strengths in older adults: differential effect of savoring, gratitude and optimism on well-being. *Aging & Mental Health,* 1–8. doi:10.1080/13607863.2018.1471585

Saldivia, S., Aslan., J., Cova, F., Bustons, C., Inostroza, C., & Castillo-Carreño, A. (2023). Life satisfaction, positive affect, depression and anxiety symptoms, and their relationship with sociodemographic, psychosocial, and clinical variables in a general elderly population simple from Chile. *Front. Psychiatry 14*:1203590. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1203590

Sánchez, M. (2013). *Fomento de la esperanza y el bienestar en los adultos mayores* [Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México]. TesiUNAM. http://tesiunam.dgb.unam.mx/ptd2013/abril/0691358/Index.html

Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud, 26*(3), 167–180. doi:10.1016/j.clysa.2015.09.004

Scheel, M. J., Davis, C. K., & Henderson, J. D. (2012). Therapist use of client strengths: A qualitative study of positive processes. *The Counseling Psychologist, 41*, 392–427. doi:10.1177/0011000012439427

Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional Aging: Recent Findings and Future Trends. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 65B(2), 135–144. doi:10.1093/geronb/gbp132

Schilling, O.K., Wahl, H., & Oswal, E. (2011). Change in life satisfaction under chronic physical multimorbidity in advances old age: Potential and limits of adaptation. *Journal of Happiness Studies,* 14, 19–36. doi: 10.1007/s10902-011-9313-3

Schneider, L. H., Hadjistavropoulos, H. D., Dear, B. F., & Titov, N. (2020). Efficacy of internet-delivered cognitive behavioural therapy following an acute coronary event: A randomized controlled trial. *Internet Interventions, 21*, 100324. doi:10.1016/j.invent.2020.100324

Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2012). Disseminating self-help: Positive psychology exercises in an online trial. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), 4–13. doi: 10.2196/jmir.1850

Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2014). Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European Psychologist, 19*(2), 145-155. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000181

Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E., & Laireiter, A.-R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions, 21*, 100326. doi: 10.1016/j.invent.2020.100326

Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2019). The impact of signature character strengths interventions: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-being, 20*(4), 1179-1196. https://doi.org/10.1007/s10902-018-9990-2

Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of personality and social psychology, 99*, 1025–1041. doi:10.1037/a0021344

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC health services research, 17*(1), 88. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8

Seligman, M. E. P. (2006). *La auténtica felicidad.* Zeta de Bolsillo.

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon & Schuster.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*, 410–421.

Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health,* 11(5), 477–484. doi:10.1080/13607860601086546

Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology, 5*(5), 377–389. https://doi.org/10.1080/17439760.2010.516763

Shtompel, N., Whiteman, K., & Ruggiano, N. (2014). Negative feelings and help seeking among older adults with chronic conditions. *Journal of Gerontological Social Work,* 57(8), 810–824. doi:10.1080/01634372.2014.898008

Silva, A. (2004). *Métodos cuantitativos en Psicología.* Trillas.

Silva-Ruz, C., Robles-García, R., Martínez-Ríos, M.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2022). Tratamiento de depresión en pacientes con insuficiencia cardiaca. Efectos de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica. *Psicología y Salud, 32*(2), 375-388. https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2757.

Sin, N., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology,* 65(5), 467–487. https://doi.org/10.1002/jclp.20593

Sitbon, A., Shankland, R., & Krumm, C.-M. (2019). Interventions efficaces en psychologie positive: Une revue systématique [Effective interventions in positive psychology: A systematic review]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 60*(1), 35-54. http://dx.doi.org/10.1037/cap0000163

Sivaraman, M., & Fahmie, T. A. (2020). Evaluating the Efficacy and Social Validity of a Culturally Adapted Training Program for Parents and Service Providers in India. *Behavior analysis in practice, 13*(4), 849–861. https://doi.org/10.1007/s40617-020-00489-w

Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica : revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*(1). doi:10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082

Springer KW, Pudrovska T, Hauser RM. (2011). Does Psychological Well-Being Change with Age?: Longitudinal Tests of Age Variations and Further Exploration of the Multidimensionality of Ryff's Model of Psychological Well-Being. *Soc Sci Res; 40*(1):392–398. doi:10.1016/j.ssresearch.2010.05.008

Staples, L. G., Fogliati, V. J., Dear, B. F., Nielssen, O., & Titov, N. (2016). Internet-delivered treatment for older adults with anxiety and depression: implementation of the Wellbeing Plus Course in routine clinical care and comparison with research trial outcomes. *BJPsych Open, 2*(5), 307–313. doi:10.1192/bjpo.bp.116.003400

Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet,* 385(9968), 640–648. doi:10.1016/S0140-6736(13)61489-0

Steger, M. (2012). Meaning in life. En S. Lopez, & R. Snyder (eds.), Oxford *Handbook of Positive Psychology*, (2nd ed.) (pp. 679-687). Oxford University Press.

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist, 42*(6), 727–733. doi:10.1093/geront/42.6.727

Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being,* 18(1), 269–291. https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z

Taghvaienia, A., & Alamdari, N. (2019). Effect of Positive Psychotherapy on Psychological Well-Being, Happiness, Life Expectancy and Depression Among Retired Teachers with Depression: A Randomized Controlled Trial. *Community Mental Health Journal.* doi:10.1007/s10597-019-00471

Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia Psicológica, 31*(1), 115-125

Tarragona, M. (2014). *Positive Identities: Positive Psychology and Narrative Practices.* Positive Acorn.

Tarragona, M. (2016). El estudio científico del bienestar psicológico. En J. C. Gaxiola y J. Palomar (coords.), *El Bienestar Psicológico: Una mirada desde Latinoamérica* (pp. 11-30). Universidad de Sonora/Qartuppi.

Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., Horner, R., Kazdin, A., Kratochwill, T., McDonald, S., Sampson, M., Shamseer, L., Togher, L., Albin, R., Backman, C., Douglas, J., Evans, J. J., Gast, D., Manolov, R., Mitchell, G., … Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical therapy, 96*(7), e1–e10. https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.7.e1

Tavares, R. E., Jesus, M. C. P. de, Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantins, F. R., & Merighi, M. A. B. (2017). Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 20*(6), 878–889. doi:10.1590/1981-22562017020.170091

Tervo, R.C., Estrem, T.L., Bryson-Brockmann, W.A., & Symons, F.J. (2003). Single-Case Experimental Designs: Applications in Developmental-Behavioral Pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 24*, 438-448.

Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet Treatment for Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Clinician vs. Technician Assistance. *PLoS ONE, 5*(6), e10939. doi:10.1371/journal.pone.0010939

Torres, N. A., & González-Celis, A. L. M. (2023). Intervenciones basadas en psicología positiva para adultos mayores: una revisión sistemática. *Psicología Iberoamericana, 31*(1), e311441. https://doi.org/10.48102/pi.v31i1.441

Turner, J., Greenawalt, K., Goodwin, S., Rathie, E., & Orsega-Smith, E. (2017). The development and implementation of the Art of Happiness intervention for community-dwelling older adults. *Educational Gerontology,* 1–11. doi:10.1080/03601277.2017.1380894

Vaillant, G. (2002). *Aging Well: Surprising Guideposts to a Happier Life*. Little Brown.

Vázquez, C. (2014). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (coords.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva* (pp. 6-26). Alianza Editorial.

Wade, N., Worthington, E., & Meyer, J. (2005). But do they work: A meta-analysis of group interventions to promote forgiveness. In E. Worthington (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 423–440). Routledge.

Wade, N. G., Hoyt, W. T., Kidwell, J. E. M., & Worthington, E. L., Jr. (2014). Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 154–170. https://doi.org/10.1037/a0035268

Waldinger, R. J., & Schulz, M.S. (2010). What's love got to do with it? Social functioning perceived health and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging,* 25,422–431.

Wang, C., Chow, A. Y. M., & Chan, C. L. W. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine, 31*(10), 883–894. https://doi.org/10.1177/0269216317705101

Waterworth, S., Raphael, D., Gott, M., Arroll, B., & Jarden, A. (2019). Uncovering strengths within community dwelling older adults: What does it mean for

health care practice? *Health & Social Care in the Community*. doi:10.1111/hsc.12924

Watson, D. & Naragon, K. (2012). Positive Affectivity. The disposition to experience pleasurable emotional states. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.). *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (2nd Ed.) (pp. 106-119). Oxford University Press.

Werbart, A., Jonsson, M., Jankowski, B., & Forsström, D. (2023). New skills for distance regulation: Therapists' experiences of remote psychotherapy following the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration* (Advance online publication). https://doi.org/10.1037/int0000310

Weiss, L. A., Oude Voshaar, M. A. H., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2020). The long and winding road to happiness: A randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis of a positive psychology intervention for lonely people with health problems and a low socio-economic status. *Health and Quality of Life Outcomes,* 18(1). doi:10.1186/s12955-020-01416-x

Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE,* 11(6), e0158092. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110–119. https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. W W Norton & Co.

Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders,* 122(3), 213–217. doi:10.1016/j.jad.2009.06.032

Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review, 30*, 819–829.

Woodworth, R. J., O'Brien-Malone, A., Diamond, M. R., & Schüz, B. (2016). Happy Days: Positive Psychology interventions effects on affect in an N-of-1 trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*(1), 21–29. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.006

Woolf, S. H. (2008). The Meaning of Translational Research and Why It Matters. *JAMA, 299*(2). doi:10.1001/jama.2007.26

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research, 17*(1), 37–49. https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4

Yu, M., Chair, S. Y., Chan, C. W. H., & Choi, K. C. (2015). A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 44*(5), 400–407. doi:10.1016/j.hrtlng.2015.05.004

Zavarce-Armas, P. (2011). *Bienestar psicológico y fortalezas de carácter en adultos con estilo de apego seguro e inseguro* [Tesis de maestría no publicada]. Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.

9. ANEXOS

Anexo 1. Principales características, resultados y limitaciones de metaanálisis que involucraron diversas IPP

Anexo 1.
Principales características, resultados y limitaciones de metaanálisis que involucraron diversas IPP

Referencia	Estudios incluidos / número de participantes	Estudios con participantes principalmente adultos mayores	Variable y tamaño del efecto reportado	Resultados relevantes	Limitaciones
Carr et al. (2020)	347 / 72,000	40	Bienestar *g* = 0.37 Calidad de vida *g* = 0.48 Depresión *g* = -0.36 Ansiedad *g* = -0.60	Se incluyeron poblaciones clínicas y no clínicas. Se reportan efectos pequeños a medianos. Los cambios se mantuvieron por lo menos a los tres meses de seguimiento. Los mayores beneficios ocurren en programas con mayor duración y que contienen más de 5 IPP. Los adultos mayores obtienen un mayor beneficio en cuanto al bienestar.	La mayoría de los estudios se realizaron en escenarios académicos o poblaciones cautivas. La variabilidad de las IPP es amplia, no se examina la sistematización de las intervenciones. El análisis no es detallado con respecto a los adultos mayores ni qué tipo de intervenciones les beneficia más.
Hendricks et al. (2020)	50 / 6,141	2	Bienestar psicológico *g* = 0.35 Bienestar subjetivo *g* = 0.24 Depresión *g* = 0.21 Ansiedad *g* = 0.35	Solamente programas multi-elemento. Se reportan efectos pequeños a medianos para bienestar subjetivo y bienestar psicológico; mientras que para depresión y ansiedad se efectos pequeños	La mayoría de los estudios se realizan con poblaciones de adultos de mediana edad. Estudios son limitados y la mayoría de calidad baja. No se evalúa la sistematización de las intervenciones.
Koydemir et al. (2020)	68 / 16,085	6	Bienestar general *d* = 0.42 Bienestar subjetivo *d* = 0.22 Bienestar psicológico *d* = 0.08	Se reportan efectos pequeños a medianos dependiendo del foco de la intervención. Las intervenciones más prolongadas tienen efectos inmediatos más fuertes. Los métodos presenciales tienen mejor efecto que los mediados por tecnología. Los efectos a largo plazo son mayores en participantes de mayor edad.	La mayoría de los estudios se centra en adultos de mediana edad. La variabilidad de las IPP es amplia y heterogénea entre los distintos estudios. No se analiza el efecto de los diferentes tipos de IPP ni la influencia de la edad como moderador del efecto.

Chakhssi et al. (2018)	30 / 1,864	2	Bienestar *g* = 0.24 Depresión *g* = 0.23 Ansiedad *g* = 0.36	Estudios conducidos en poblaciones clínicas. Efectos pequeños en bienestar y depresión, mientras que efectos medianos en ansiedad. Los efectos se mantuvieron en los seguimientos.	Pocos estudios incluidos. No se detallan los tipos de IPP ni se examina la influencia de la edad como moderador del efecto.
Hendricks et al. (2018)	28 / 3,009	7	Bienestar subjetivo *g* = 0.36 Bienestar psicológico *g* = 0.22 Depresión *g* = 0.69 Ansiedad *g* = 0.95	Solamente estudios realizados en países no occidentales. En países no occidentales se reportan efectos moderados tanto en bienestar psicológico como en bienestar subjetivo; así como efectos grandes en depresión y ansiedad.	Todos los estudios seleccionados proceden de Asia, la mayoría de China. Se calificaron con baja calidad y se argumenta que debido a esto, se reportan efectos tan grandes. Pocos estudios se enfocan en adultos mayores.
Weiss et al. (2016)	27 / 3,579	4	Bienestar psicológico *d* = 0.44	Efecto moderado en el bienestar psicológico. En el seguimiento se encontró un efecto pequeño. Las intervenciones fueron más efectivas cuando se otorgaron a poblaciones clínicas y en administración individual.	La cantidad de estudios es limitada y la calidad de los estudios seleccionados puede contaminar la validez de las conclusiones. No se detallan ni analizan los tipos de IPP empleadas y su efecto.
Bolier et al. (2013)	39 / 6,139	2	Bienestar subjetivo *d* = 0.34 Bienestar psicológico *d* = 0.20 Depresión *d* = 0.23	Efectos pequeños para las tres variables. En el seguimiento de 3 a 6 meses los efectos sobre el bienestar subjetivo y bienestar psicológico se mantuvieron. Mayor impacto en depresión si la duración era prolongada, referencia por alguna institución o profesional y había diagnóstico previo.	La calidad de los estudios es baja. No se analiza el efecto moderador de la edad.

Sin et al. (2009)	51 / 4,266	3	Bienestar *r* = .29 Depresión *r* = .31	La mayoría de los estudios incluyeron población no clínica. Los efectos reportados en ambas variables examinadas pueden considerarse como efectos moderados. Se reportó que a mayor edad el impacto de las IPP ocasiona mejores efectos benéficos; aumentando el bienestar y disminuyendo la depresión. Las personas que reportan tener sintomatología depresiva y se autoseleccionan se benefician más que quienes no la reportan.	Faltó analizar la calidad de los estudios involucrados en el análisis. Todos los estudios corresponden a intervenciones que administraron una sola IPP. La mayoría de los estudios empleó muestras conformadas por estudiantes universitarios. No se analizó el efecto diferenciando el tipo de IPP.

Anexo 2. Principales características, resultados y limitaciones de metaanálisis que involucraron tipos específicos de IPP

Anexo 2.
Principales características, resultados y limitaciones de metaanálisis que involucraron tipos específicos de IPP

Referencia	Estudios incluidos / número de participantes	Estudios con participantes principalmente adultos mayores	Tamaño del efecto reportado	Resultados relevantes	Limitaciones
			Fortalezas de carácter distintivas		
Schutte & Malouff. (2019)	29 / 2174	0	Afecto positivo *g* = 0.32 Satisfacción con la vida *g* = 0.42 Depresión *g* = 0.21	Solamente se examinó el uso de fortalezas distintivas. Efectos pequeños a moderados. Por el número de estudios no se puede realizar el análisis de moderadores del efecto.	La mayoría de los estudios se realizaron en población universitaria. Solamente dos estudios evaluaron el bienestar psicológico. No se incluyeron adultos mayores.
			Amabilidad		
Curry et al. (2018)	27 / 4,045	1	Bienestar subjetivo δ = 0.28	Se incluyeron intervenciones muy heterogéneas en duración, instrucción y formato de administración. Efecto pequeño a mediano. No se encontraron interacciones significativas en el análisis de moderadores del efecto.	La mayoría de los estudios se realizaron en población universitaria y con muestras pequeñas. La inclusión de adultos mayores es mínima.
			Perdón		
Akhtar & Barlow (2016)	15 / 1007	1	Bienestar subjetivo *SMD* = -0.29 Depresión *SMD* = -0.37	Estudios en poblaciones que hubieran sufrido ofensas, múltiples culturas. Efectos significativos en reducción de depresión y fomento de bienestar.	Número de estudios limitado. Inclusión de adultos mayores limitada. No se evaluó el bienestar psicológico.
Wade et al. (2013)	53 / 2,323	No se reportan las edades de los participantes	Depresión $\Delta+$ =0.34 Ansiedad $\Delta+$ =0.63	La medida central fue el perdón. Efectos grandes tanto en la reducción de depresión y de ansiedad. La gravedad de la ofensa predice marginalmente el tamaño del efecto.	No se reporta la calidad de los estudios. No se reportan las medias de edad de cada uno de los estudios incluidos.
Rainey et al. (2012)	13 / 1,060	No se reportan las edades de los participantes	Perdón *d* = 0.62	Se reportó un efecto grande en el perdón percibido.	Solamente se incluyeron estudios con mujeres con alta educación.

				Se examina que los programas en escenarios psicoterapéuticos tiene mayores efectos que en psicoeducativos.	Solamente intervenciones con más de 6 horas de duración. No se examinaron más variables So se examinó el efecto de la edad.
Lundahl et al. (2008)	15 / 708	0	Bienestar subjetivo *d* = 0.81 Afecto negativo *d* = 0.54	La medida central fue el perdón, pero se examinaron otras. Efecto grande en el bienestar subjetivo y mediano en decremento de afecto negativo. Mayor beneficio si hay tensión psicológica y programas de mayor duración. El tipo de ofensa influye en el efecto de la intervención, mientras que la edad no.	La mayor limitación es el tamaño de las muestras y la inclusión de pocos estudios. No se incluyeron estudios con participantes adultos mayores.
Wade et al. (2005)	65 / 1,560	No se reportan las edades de los participantes	Perdón *d* = 0.77	Efecto mediano en el perdón percibido. Sin diferencias en formato y duración del programa.	No se evaluaron otras variables ni el efecto de la edad. No se reportaron las edades de las muestras.
Baskin & Enright (2004)	9 /330	1	Bienestar subjetivo *g* = 0.59 Perdón *g* = 0.82	Efectos medianos a grandes tanto en el bienestar subjetivo y perdón percibido. Efectos mayores en programas basados en el proceso de perdón o en el proceso individual.	Número limitado de estudios. Inclusión de adultos mayores limitada. No se examinó el efecto de la edad.
			Gratitud		
Dickens (2017)	38 / 5,223	No se reportan las edades de los participantes	Bienestar subjetivo *d* = 0.17 Bienestar psicológico *d* = 0.30 Depresión *d* = 0.13	Efectos pequeños a medianos en la reducción de síntomas depresivos y aumento del bienestar subjetivo y bienestar psicológico. A mayor edad mayores beneficios reportados.	No se reportan las edades de los participantes.
Davis et al. (2016)	23 / 1,295	No se reportan las edades de los participantes	Bienestar psicológico *d* = 0.31 Gratitud *d* = 0.20	Efectos pequeños a medianos en el bienestar y la gratitud.	Número de participantes involucrados son limitados.
Renshaw & Olinger (2016)	20 / 9,100	0	Bienestar subjetivo *d* = 0.45 Depresión *d* = -0.28	Efectos pequeños a moderados en el bienestar subjetivo y reducción de síntomas depresivos.	Todos los estudios incluyeron poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes.
			Optimismo		
Malouff & Schutte (2017)	29 / 3.319	No se reportan las edades de los participantes	Optimismo *g* = 0.41	Efecto pequeño a mediano en el incremento del optimismo en diferentes programas. Mayor efecto en la IPP “Mejor yo posible”.	No se reporta la edad de los participantes ni se examina la influencia de la edad como moderador en el tamaño del efecto.

Bastounis et al. (2016)	9 / 4,744	0	Depresión *d* = -0.23	El resultado no favorece el uso de intervenciones del programa basado en resiliencia.	Todos los estudios con participantes entre 8-17 años de edad.
Brunwasser et al. (2009)	17 / 2,498	0	Depresión *d* = 0.11	Efecto pequeño en la reducción de síntomas depresivos, tanto en el postest como en el seguimiento.	Todos los estudios con participantes entre 8-17 años de edad.
			Revisión de la vida		
Chen et al. (2017)	11 / 575	2	Calidad de vida *d* = 2.21 Depresión *d* = -0.78	Participantes con condiciones médicas. Efectos medianos a grandes en calidad de vida y depresión.	No se evalúa la edad como moderador del efecto. Gran variabilidad en el tipo y administración de la intervención.
Wang et al. (2017)	8 / 995	5	Calidad de vida *d* = 0.35 Bienestar psicológico *d* = 0.33	Participantes con cáncer terminal o avanzado. Se centró en el aspecto del propósito de la vida.	No se evalúa la edad como moderador del efecto. La muestra es limitada.
Pinquart, & Forstmeier (2012)	128 / 4,067	109	Bienestar subjetivo *g* = 0.33 Bienestar psicológico *g* = 0.48 Depresión *g* = 0.57	Efectos medianos en reducción de depresión y pequeños en incremento de bienestar subjetivo y bienestar psicológico Los efectos se mantuvieron en los seguimientos realizados. Beneficios mayores si hay presencia de depresión o enfermedad física crónica y tratamiento prolongado.	Algunas variables fueron estudiadas en estudios limitados. La calidad de algunos estudios es cuestionable.
			Crecimiento postraumático		
Roepke (2015)	12 / 1,171	No se reportan las edades de los participantes	Crecimiento postraumático *g* = 0.36	Efecto mediano en el incremento en crecimiento postraumático.	Muestra muy pequeña para analizar moderadores del efecto. Falta de uniformidad en las intervenciones y evaluaciones. No se detalla la edad de los participantes. Participantes con enfermedades crónicas o amenazas serias a la vida.

Anexo 3. Sistema de búsqueda PIO y Algoritmo de búsqueda

Anexo 3 **Sistema de búsqueda PIO**		
P	**I**	**O**
Aged Older adults Senior Elderly Old	Positive Psychology Interventions Positive Psychotherapy	Well-being Subjective well-being Psychological Well-being Quality of Life Depression Anxiety
Nota: P = Población, I = Intervención, O = Resultados		

Anexo 3 **Algoritmo de búsqueda**
"Aged"¨[MeSH] OR "Older adults" [TW] OR "Senior" [TW] OR "Elderly" [TW] OR "Old" [TW] AND "Positive Psychotherapy" [TW] OR "Positive Psychology Interventions" [TW] OR "PPI" [TW] OR "Gratitude" [TW] OR "Forgiveness" [TW] OR "Savoring" [TW] OR "Kindness" [TW] OR "Optimism" [TW] OR "Reminicense" [TW] OR "Signature Strenghts" [TW] OR "Positive appraisal" [TW] OR "Positive writting" [TW] OR "Making meaning" [TW] OR "Humor" [TW] OR "Setting goals" [TW] OR "Relation strengthening" [TW] OR "Active contructive responding" [TW] OR "Humility" [TW] OR "Finding flow" [TW] AND "Well-being"[MeSH] OR "Subjective well-being" [TW] OR "Psychological well-being" [TW] OR "Quality of Life"[MeSH] OR "Depression"[MeSH] OR "Anxiety"[MeSH]

Anexo 4. Características resumidas de los estudios incluidos en la revisión

Anexo 4.
Características resumidas de los estudios incluidos en la revisión

Primer autor (año)	Diseño del estudio	Tipo de intervención, sesiones (número), duración, modalidad	Muestra ($\bar{x}$ de edad)	Grupo de control	Variables de desenlace	Resultados	Calidad del estudio
Durgante (2020)	CE; diseño pre-postest con un grupo control y seguimiento a tres meses	Multi-elemento de IPP en combinación con técnicas cognitivo conductuales; 6, 6 semanas, grupal	N = 81 (64.53)	Grupo control en lista de espera	Empatía Sintomatología de ansiedad y depresión Optimismo Estrés Resiliencia Satisfacción con la vida	Incrementos significativos en resiliencia y satisfacción con la vida y decrementos significativos en sintomatología de ansiedad y depresión. Los cambios se mantuvieron después de concluida la intervención.	Baja
Weiss (2020)	ECA; diseño pre-postest con grupo control y seguimientos a 3 y 6 meses	Un solo tipo de IPP (metas y logros); 2-6, 3 meses, individual	N = 108, (60.0)	Grupo control en condición activa	Bienestar general, bienestar emocional y social Resiliencia Propósito en la vida Depresión Calidad de vida relacionada con la salud Soledad Calidad de vida ajustada a los años	Incrementos significativos en el bienestar general, bienestar emocional y bienestar social y disminución significativa en depresión y soledad.	Moderada
Bartholomaeus (2019)	CE; diseño pre-postest con grupo control (2 estudios)	Multi-elemento de IPP; 8, 8 semanas, grupal	1° estudio N = 110, (70.1) 2° estudio N = 85, (70.0)	Grupo control natural	Bienestar psicológico Resiliencia Optimismo Aislamiento social	En el primer estudio decremento significativo del aislamiento social. En el segundo estudio incremento significativo en bienestar, resiliencia y optimismo.	Baja
Durgante (2019)	CE; diseño pre-postest con un grupo control	Multi-elemento de IPP en combinación con técnicas cognitivo conductuales; 6, 6 semanas, grupal	N = 99, (66.7)	Grupo control en lista de espera	Empatía Sintomatología de ansiedad y depresión Optimismo Estrés Resiliencia Satisfacción con la vida	Disminución significativa de síntomas de depresión y ansiedad, niveles de estrés e incremento significativo en satisfacción con la vida y resiliencia.	Baja
Friedman (2019)	PE; diseño pre-postest multicéntrico de un solo grupo y seguimiento	Multi-elemento de IPP en combinación con técnicas cognitivo conductuales; 8, 8 semanas, grupal	N = 169, (73.0)	Sin grupo control	Bienestar psicológico Satisfacción con la vida Depresión Soledad Salud general Calidad del sueño:	Incrementos significativos y mantenidos en el seguimiento en bienestar psicológico y la calidad del sueño. Decrementos significativos y mantenidos	Baja

	a los seis meses					en el seguimiento en depresión, ansiedad, soledad y síntomas de hostilidad.	
Taghvaienia (2019)	ECA; diseño pre-postest con un grupo control	Psicoterapia positiva; 10, 10 semanas, grupal	N = 52 (62.63)	Grupo control sin tratamiento	Depresión Bienestar psicológico Felicidad Esperanza de vida	Incremento significativo en bienestar psicológico, felicidad y esperanza de vida y decremento significativo en depresión.	Moderada
Greenawalt (2018)	CE; diseño pre-postest con un grupo control	Multi-componente de IPP en combinación con técnicas cognitivo conductuales; 8, 8 semanas, grupal	N = 52 (71.35)	Grupo control no equivalente sin tratamiento	Gratitud Satisfacción con la vida Felicidad subjetiva Estrés Estado de ánimo Depresión Atención plena	Incremento significativo en la felicidad subjetiva y la satisfacción con la vida. Decremento significativo en estrés percibido, depresión y estado de ánimo negativo.	Baja
Ishihara (2018)	ECA; diseño pre-postest con grupo control y seguimiento a los tres meses	Multi-componente de IPP; 12, 12 semanas, grupal	N = 55 (73.66)	Grupo control en condición activa	Depresión Aflicción psicológica Apatía Satisfacción con la vida Afecto positivo y negativo Funcionamiento cognitivo	Decrementos significativos de depresión e incrementos significativos de afecto positivo; ambos mantenidos después de la intervención.	Moderada
Salces-Cubero (2018)	CE; diseño pre-postest de tres grupos de intervención y un grupo control; seguimiento al mes	Un solo tipo de IPP en cada grupo experimental (gratitud, optimismo y saboreo); 4, 4 semanas, grupal	N = 124 (69.05)	Grupo control natural	Depresión y ansiedad Satisfacción con la vida Estado mental Felicidad subjetiva Afecto positivo y negativo Resiliencia	Incrementos significativos en satisfacción con la vida, afecto positivo, felicidad subjetiva y resiliencia y decrementos significativos en afecto negativo en los entrenamientos en gratitud y saboreo. Decrementos significativos en depresión en los entrenamientos en saboreo y optimismo.	Baja
Cantarella (2017)	CE; diseño pre-postest con grupo control	Multi-componente de IPP en combinación con técnicas cognitivo conductuales; 8, 8 semanas, grupal	N = 32 (69.97)	Grupo control en condición activa	Bienestar psicológico Calidad de vida Memoria de trabajo	Incremento significativo de bienestar psicológico y memoria de trabajo.	Baja
Friedman (2017)	PE; diseño pre-postest con un solo grupo	Multi-elemento de IPP en combinación con técnicas cognitivo conductuales; 8, 8 semanas, grupal	N = 103 (71.7)	Sin grupo control	Bienestar psicológico Satisfacción con la vida Depresión Conectividad social Salud general Calidad del sueño	Incrementos significativos en bienestar psicológico, satisfacción con la vida, integración social y conectividad social. Decrementos significativos en depresión y quejas del sueño	Baja

Ortega-Martínez (2017)	CE; pre-postest de dos grupos de intervención sin grupo control	Un solo tipo de IPP en cada grupo experimental (gratitud y, optimismo); 6, 6 semanas, grupal	N = 40 (82.9)	Sin grupo control	Bienestar psicológico Síntomas de ansiedad y depresión Calidad de vida	Disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva e incremento significativo en la dimensión de autoaceptación de la calidad de vida en el grupo de gratitud. Ningún efecto significativo en el grupo de optimismo.	Baja
Turner (2017)	CE; diseño pre-postest de un solo grupo	Multi-elemento de IPP en combinación con técnicas cognitivo conductuales; 8, 8 semanas, grupal	N = 34 (70.91)	Sin grupo control	Felicidad subjetiva Atención plena Gratitud Satisfacción con la vida Estado de ánimo Estrés percibido Depresión	Incrementos significativos en felicidad subjetiva, satisfacción con la vida y atención plena en general y disminución significativa de estrés percibido, depresión, aburrimiento y tensión.	Baja
Meléndez-Moral (2015)	CE; diseño pre-postest con un grupo control	Un solo tipo de IPP (terapia integrativa de reminiscencia); 8, 8 semanas, grupal	N = 34 (73.9)	Grupo control en lista de espera	Nivel cognitivo Síntomas depresivos Autoestima Integración de la vida Satisfacción con la vida Bienestar psicológico	Decrementos significativos en síntomas de depresión e incrementos significativos en autoestima, integración de la vida, satisfacción de la vida y bienestar psicológico.	Baja
Jiménez (2015)	CE; diseño pre-postest con grupo control	Multi-elemento de IPP; 9, 9 semanas, grupal	N = 67 (69.55)	Grupo control en condición activa	Afectividad positivo y negativo Optimismo disposicional Nivel de preocupación Felicidad Presión arterial sistólica	Incremento significativo del nivel de felicidad y disminución del nivel de preocupación y presión arterial sistólica.	Baja
Ortega (2015)	CE; diseño pre-postest de un solo grupo	Multi-elemento de IPP; 8, 8 semanas, grupal	N = 26 (81.69)	Sin grupo control	Memoria autobiográfica Funcionamiento cognitivo Satisfacción con la vida Felicidad subjetiva Gratitud Bienestar psicológico Depresión	Incrementos significativos en felicidad subjetiva, bienestar hedónico, bienestar psicológico y gratitud. Decrementos significativos en la depresión.	Baja
Ho (2014)	PE; diseño pre-postest de un solo grupo	Multi-elemento de IPP; 9, 9 semanas, grupal	N = 74 (77.97)	Sin grupo control	Depresión Satisfacción con la vida Gratitud Felicidad	Decremento significativo en síntomas de depresión e incremento significativo de satisfacción con la vida, gratitud y felicidad.	Baja
Killen (2014)	PE; diseño pre-postest y seguimiento al mes, con dos grupos	Un solo tipo de IPP en cada grupo experimental (gratitud); 14 días, autoadministrada en línea o a distancia.	N = 88 (70.84)	Sin grupo control	Gratitud Bienestar psicológico Satisfacción con la vida Experiencias positivas y negativas	Incrementos significativos en el bienestar psicológico que se mantuvieron hasta el seguimiento.	Baja

	con una misma intervención				Estrés percibido Calidad de vida relacionada con la salud	Decrementos significativos en estrés percibido que se mantuvieron hasta el seguimiento.	
Ramírez. (2014)	CE; diseño pre-postest con grupo placebo	Multi-elemento de IPP; 8, 8 semanas, grupal	N = 46 (76.5)	Grupo placebo	Ansiedad Depresión Memoria autobiográfica Satisfacción con la vida Felicidad subjetiva	Disminución significativa en ansiedad estado y depresión e incremento de memorias específicas, satisfacción con la vida y felicidad subjetiva.	
Meléndez-Moral (2013)	CE; diseño pre-postest con un grupo control	Un solo tipo de IPP (terapia integrativa de reminiscencia); 8, 8 semanas, grupal	N = 34 (79.8)	Grupo control en lista de espera	Nivel cognitivo Síntomas depresivos Autoestima Satisfacción con la vida Bienestar psicológico	Decremento significativo en síntomas depresivos e incremento significativo en autoestima, satisfacción con la vida y bienestar psicológico.	Baja
Proyer (2013)	ECA; diseño pre-postest con cuatro grupos de intervención y con un grupo placebo; tres seguimientos (1, 3 y 6 meses)	Un solo tipo de IPP en cada grupo experimental (gratitud, optimismo, humor y fortalezas de carácter); 1, 1 semana, autoadministrada en línea	N = 163 (55.5)	Grupo placebo	Felicidad Depresión	Incremento significativo de la felicidad en los grupos de gratitud, optimismo y fortalezas de carácter. Decremento significativo de síntomas depresivos en los grupos de humor y fortalezas de carácter.	Alta
Sánchez (2013)	CE; diseño pre-postest de un solo grupo	Multi-elemento de IPP; 8, 8 semanas, grupal	N = 12 (73.75)	Sin grupo control	Satisfacción con la vida Bienestar Salud percibida Depresión	Incremento significativo de salud percibida	Baja
Preschl (2012)	ECA; diseño pre-postest con un grupo control y seguimiento a los tres meses	Un solo tipo de IPP (terapia integrativa de reminiscencia); 6, 6 semanas, intervención mixta grupal complementada con intervención en línea	N = 36 (70.0)	Grupo control en lista de espera	Depresión Autoestima Satisfacción con la vida Bienestar subjetivo Reminiscencia	Decrementos significativos en síntomas depresivos mantenidos hasta el seguimiento. Incremento significativo en satisfacción con la vida y decremento significativo de reminiscencia obsesiva.	Baja
Cuadra-Peralta (2011)	CE; diseño pre-postest con dos grupos controles	Multi-elemento de IPP; 11, 11 semanas, grupal	N = 43 (74.33)	Grupo control en condición activa y grupo control sin tratamiento	Depresión Satisfacción con la vida	Incremento significativo en satisfacción con la vida y decremento significativo en sintomatología depresiva.	Baja

Nora. CE cuasiexperimental, PE preexperimental, ECA ensayo clínico aleatorizado

Anexo 5. Instrumentos empleados en los estudios analizados en la revisión de literatura

Tabla 6.
Instrumentos empleados en los estudios revisados

Variable y nombre del instrumento (siglas)	Número de estudios
Bienestar subjetivo	
Satisfaction with Life Scale (SWLS)	14
Dutch MHC-SF	1
Oxford Happiness Scale (OHS)	1
4-item Subjective happiness Scale (SHS)	6
Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	3
Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)	1
Life Satisfaction Index-A (LSI-A)	2
Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)	1
Authentic Happiness Inventory (AHI)	1
Bienestar psicológico	
Purpose in Life Scale (PLS)	1
PERMA Profiler	1
Ryff Psychological Well-Being Scales (PWBS)	7
Ben-SSC Questionnaire	1
Questionnaire for Eudaimonic Well-Being (QEWB)	1
Fluorishing Scale (FS)	1
WHO-Five Index	1
Calidad de vida	
EuroQol-5D (EQ-5D)	2
World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Brief Form (WHO-QoL-BREF)	1
Escala GENCAT de Calidad de Vida	1
Prevention Health Related Quality of Life (HRQOL-14)	1
Depresión	
12-item General Health Questionnaire (GHQ-12)	2
Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)	3
Geriatric Depression Scale (GDS)	8
Beck Depression Inventory (BDI-II)	3
Goldberg Anxiety and Depression Scale	2
Ansiedad	
12-item General Health Questionnaire (GHQ-12)	1
Goldberg Anxiety and Depression Scale	1
State and Trait Anxiety Inventory (STAI)	1
Fortalezas de carácter o rasgos de la personalidad	
Interpersonal Reactitvity Index (IRI)	2
Life Orientation Test-Revised	1
Life Orientation Test-Revised (LOT-R)	3
Resilience Scale (RE)	4
Brief Resilience Scale (BRS)	1
Adult Hope Scale (AHS)	1
Gratitude Questionnaire 6 item form (GQ-6)	5
Inventario de Valores y Fortalezas (IVyF)	1
Estrés percibido	
Perceived Stress Scale (PSS-14)	5
Otras variables	
Loneliness Scale	1
Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS)	1
Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences Panel (LISS)	1
Treatment Inventory of Costs in Patients with Psychiatry Disorders (TIC-P)	1
UCLA Loneliness Scale Version 3 (UCLA-LS)	2
Kellner Symptom Questionnaire	2
Pittsburgh Quality of Sleep Index (PSQI)	1
AD/ACL Scale de Thayer	2
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	2
Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFNQ)	2
Kessler 6-item Psychological Distress Scale (K-6)	1
Apathy Scale	1
National Center for Geriatrics and Gerontology-Functional Assessment Tool (NCGG-FAT)	1

Cognitive Mini-Test (MEC)	2
Listening Span Test (LST)	1
Keyes Social Well-Being Scale	1
Autobiography Memory Test (ABT)	2
Minimental State Examination (MMSE)	2
Rosenberg Self-esteem Scale (RSE)	3
Life Integration Scale (LIS)	1
Escala de Salud Física (SF-36)	1
Reminiscence Questionnaire (RQ	1

Anexo 6. Formatos de jueceo para evaluar el programa de intervención

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PRESENTACIÓN

Estimado juez, agradecemos de antemano su participación.

Lo seleccionamos por su notable experiencia en el campo de la Psicología Positiva, el diseño y evaluación de intervenciones psicológicas o su experiencia en el trabajo con adultos mayores; ya que nos gustaría conocer su opinión respecto a los manuales de intervención diseñados para el programa **"Construyendo el bienestar: por una vida más plena"**. Este es un programa modular compuesto por distintas intervenciones basadas en Psicología Positiva y cuyo objetivo es fomentar el bienestar en la población de adultos mayores mexicanos. Los manuales que componen el programa de intervención son el manual para el terapeuta y el manual del participante (cuaderno de trabajo).

El diseño y evaluación de ambos manuales son parte del proyecto de investigación doctoral de Nicolás Armando Torres y Torres, quien cursa sus estudios de formación doctoral en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

OBJETIVO

Como parte del proyecto es importante identificar si los manuales de intervención cumplen con los criterios necesarios para el objetivo para el cual se están desarrollando.

El objetivo central del programa es fomentar el bienestar psicológico de los participantes, adultos mayores de 60 años, mediante el uso propositivo y deliberado de Fortalezas de Carácter y actividades que incrementen las dimensiones del modelo PERMA del bienestar (emociones positivas, involucramiento, relaciones interpersonales, significado y sentido de la vida y logros y metas personales); tomando en cuenta las particularidades de los adultos mayores y el uso de intervenciones apropiadas para esta población.

Con base en este objetivo, le solicitamos de la manera más atenta que responda este formulario.

INSTRUCCIONES

Se le enviarán los manuales que componen el programa de intervención por medio de un correo electrónico de invitación. Los manuales son: el manual de intervención del terapeuta y el manual de intervención del participante (cuaderno de trabajo).

Después de leer ambos manuales y formar su opinión acerca de los mismos, se le solicitará llenar este formulario.

A continuación, se presentan unas tablas con afirmaciones relacionadas a tres aspectos para la evaluación de la calidad de ambos manuales: 1) **Validez de contenido (V)**, 2) **Aplicabilidad clínica (A)**, y 3) **Confiabilidad/Replicabilidad (C)**. Cada una de estas tablas hacen referencia a la evaluación del contenido general de los manuales y cada afirmación se califica en el grado de acuerdo que tenga con ésta, la escala va de **"1 – totalmente en desacuerdo"** al **"5 – totalmente de acuerdo"**.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Ni de acuerdo ni en desacuerdo**	**De acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

Recuerde: en este formulario se toma en cuenta la **información de todo el manual y sus módulos**, de tal forma que si considera que algún módulo sesga el acuerdo que podría tener con las afirmaciones, considere puntuarla con el valor ***promedio*** que daría para **todos los temas**. Si considera necesario modificar algo en el manual o desea dar sugerencias y correcciones, por favor anótelas en la sección de comentarios.

Validez general de contenido (V)					
	1. Totalmente en desacuerdo	**2. En desacuerdo**	**3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo**	**4. De acuerdo**	**5. Totalmente de acuerdo**
1. Los manuales de intervención son apropiados para aplicarse con participantes adultos mayores mexicanos					
2. La información contenida en los manuales de intervención está presentada de manera clara para la población a la que va dirigido					

3. Existe una secuencia lógica en los contenidos abordados por los manuales de intervención					
4. Las ilustraciones y tablas contenidas en los manuales de intervención son adecuadas para el público objetivo					
5. La información contenida en los manuales de intervención está presentada de manera objetiva y teóricamente correcta					
Comentarios sobre la validez general de contenido (V) **Si tuviera algún comentario o sugerencia sobre la validez general de los manuales de intervención que desee agregar, le agradecemos lo realice en el siguiente espacio:**					

Replicabilidad (R)					
	1. Totalmente en desacuerdo	**2. En desacuerdo**	**3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo**	**4. De acuerdo**	**5. Totalmente de acuerdo**
1. Los contenidos de los manuales de intervención pueden aplicarse adecuadamente a participantes adultos mayores					
2. Con los contenidos de los manuales de intervención es posible replicar el programa con diferentes participantes adultos mayores					

3. Con la información proporcionada en los manuales de intervención es posible que distintos terapeutas con bases de psicología positiva puedan replicar la intervención					
4. Los manuales de intervención cuentan con la información suficiente para replicar la intervención					
5. Los manuales de intervención cuentan con la claridad suficiente para replicar la intervención					
Comentarios sobre la Replicabilidad (R) **Si tuviera algún comentario o sugerencia sobre la posibilidad de replicar el programa de intervención a partir de la información contenida en los manuales, que desée agregar, le agradecemos lo realice en el siguiente espacio:**					

Aplicabilidad Clínica (C)					
	1. Totalmente en desacuerdo	**2. En desacuerdo**	**3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo**	**4. De acuerdo**	**5. Totalmente de acuerdo**
1. Los manuales de intervención son aplicables a adultos mayores que en un futuro requieran fomentar su bienestar					
2. Como experto, considero que los contenidos son lo suficientemente flexibles para					

adaptarse a las necesidades de los adultos mayores mexicanos					
3. Los contenidos abordados en los manuales permitirán a los adultos mayores poner en práctica y recordar los puntos y ejercicios vistos durante las sesiones					
4. La forma en la que se presentan los contenidos da la facilidad de explicarle de forma clara a los adultos mayores las estrategias					
5. Los procedimientos que proponen los manuales son aplicables a las condiciones de vida de los adultos mayores mexicanos					
6. Las recomendaciones brindadas en los manuales son específicas y fácilmente identificables					
Comentarios sobre la Aplicabilidad clínica (C) **Si tuviera algún comentario o sugerencia sobre la aplicabilidad clínica de programa de intervención que desée agregar, le agradecemos que lo realice en el siguiente espacio:**					

Anexo 7. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente es un proyecto de investigación realizado por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México a cargo del Mtro. Nicolás Armando Torres y Torres, con el propósito de recopilar información acerca del bienestar y diversas variables psicológicas, así como la evaluación del programa de intervención "Construyendo el bienestar: por una vida más plena", sus componentes y sus criterios de cambio.

Es por ello que se hace una atenta invitación para que forme parte del estudio como voluntario(a). La actividad por realizar consiste en responder un conjunto de cuestionarios y atender a varias sesiones del programa de intervención cuya duración aproximada es de 60 minutos. El número de sesiones será determinado por el facilitador del programa en conjunto con usted.

Nos interesa su participación voluntaria y la honestidad de sus respuestas, ya que con ello permitirá que los resultados sean válidos y confiables, para lo cual le damos de antemano nuestro más sincero agradecimiento.

Su participación no conllevará ningún daño pues no tendrá consecuencias físicas, psicológicas o de cualquier otra índole. Si usted lo considera pertinente, es libre de abandonar el estudio y cancelar su participación en cualquier momento.

Toda la información que proporcione será confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones. Las sesiones serán audiograbadas para evaluar la calidad e integridad del programa de intervención. La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines exclusivamente de investigación, para el mejoramiento del programa de intervención, así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos.

De igual manera, usted obtendrá algunas recomendaciones de psicoestimulación cognitiva, así como un directorio de atención psicológica. Asimismo, usted recibirá una copia del presente consentimiento informado.

Para cualquier duda sobre el proyecto de investigación puede comunicarse con la responsable del proyecto, la Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel vía correo electrónico: algcr@unam.mx.

Para conocer más acerca de los derechos de los participantes se proporcionan los datos de contacto del buzón del Comité de Ética de la Facultad de Estudios Superiores campus Iztacala: etica.iztacala@gmail.com

He leído y/o escuchado la información e importancia de mi participación en este estudio y acepto ser partícipe del mismo

_____

Nombre y firma de la persona que explicó los aspectos del estudio

_____

Nombre y firma del(a) participante

_____

Lugar y fecha de aplicación

Anexo 8. Ficha de datos sociodemográficos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Folio: _____

2. Nombre completo: _____

3. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) 4. Edad_____ (años cumplidos)

5. Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Con pareja ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )

6. ¿Con quién vive actualmente? Solo ( ) Con su pareja o cónyuge ( ) Con sus hijos ( )

Con un familiar ( ) ¿Quién? _____ Otro ( ) ¿Quién? _____

7. ¿Cuenta con algún ingreso económico? Sí ( ) No ( )

8. ¿Quién se lo proporciona? _____

9. ¿El ingreso que usted recibe satisface sus necesidades? Sí ( ) No ( )

10. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios, aunque no lo haya concluido?

Ninguno y no sabe leer ni escribir ( )

Ninguno, pero sabe leer y/o escribir ( )

Primaria incompleta ( )

Primaria completa ( )

Secundaria incompleta ( )

Secundaria completa ( )

Nivel técnico incompleto ( )

Nivel técnico completo ( )

Bachillerato incompleto ( )

Bachillerato completo ( )

Licenciatura incompleto ( )

Licenciatura completo ( )

Posgrado incompleto ( )

Posgrado completo ( )

11. La vivienda que usted habita es:

Rentada ( )

Propia ( )

Prestada ( )

Vive en casa de algún familiar ( )

Otra, ¿cuál? ( )

12. ¿Cuál es su ocupación laboral?

Empleado ( )

Trabaja por su cuenta ( )

Trabajo no remunerado ( )

En paro ( )

Jubilado ( )

Ama de casa ( )

Otra ( ) ¿cuál? _____

13. Si está retirado o jubilado, indique su fecha de retiro o jubilación: _____

14. Mencione tres actividades que realice en su tiempo libre:

1 Ver tv/escuchar música_____ 5 Oficios_____

2 Domésticas_____ 6 Deportivas_____

3 Manualidades _____ 7 Dormir/descansar_____

4 Sociales, culturales, educativas_____8 Otras, ¿cuáles?_____

15. ¿Está enfermo en este momento? Sí ( ) No ( )

16. ¿Cuál(es) es/son su(s) enfermedad(es)? (puede indicar más de una)

Sobrepeso u obesidad ( )

Diabetes ( )

Hipertensión arterial ( )

Cáncer ( )

Enfermedades del estado del ánimo (depresión, ansiedad) ( )

Enfermedades psiquiátricas*** ( )

Enfermedades reumatológicas (por ejemplo: artritis, artrosis, fibromialgia, osteoporosis) ( )

Enfermedad neurológica (por ejemplo: epilepsia, meningitis, Alzheimer, etc.) *** ( )

Enfermedades del corazón diferentes a la hipertensión ( )

Enfermedades musculo-esqueléticas ( )

Otra ( ), especificar: _____

17. ¿Desde hace cuánto tiempo padece la enfermedad o problema? _____

18. ¿Recibe algún tratamiento médico? SI ( ) NO ( )

19. ¿Mencione qué medicamentos consume?

_____

20. Mencione los tres problemas o preocupaciones más significativos que vive en este momento:

1. _____ 2. _____ 3. _____

21. ¿Se ha contagiado de COVID-19?

SI ( ) NO ( )

22. Fecha de contagio:

Año: _____ Mes: _____ Día: _____

23. ¿Se realizó alguna prueba para confirmar el diagnóstico?

SI ( ) NO ( )

24. Tipo de prueba:

Rápida ( ) PCR ( ) No sabe ( )

25. ¿Presentó síntomas?

SI ( ) NO ( )

26. ¿Cuáles fueron sus síntomas principales? (puede indicar más de uno)

( ) Fiebre

( ) Tos

( ) Cansancio

( ) Pérdida del gusto o del olfato

( ) Dolor de garganta

( ) Dolor de cabeza

( ) Molestias y dolores musculares

( ) Diarrea

( ) Erupción cutánea o pérdida del color en los dedos de las manos o pies

( ) Ojos rojos o irritados

( ) Dificultad para respirar o disnea (falta de aire)

( ) Pérdida de movilidad o del habla o sensación de confusión

( ) Dolor en el pecho

( ) Otro, especifique: _____

27. ¿Requirió oxígeno (por puntas nasales o mascarilla, en casa u hospital)?

SI ( ) NO ( )

28. ¿Tuvo que ser hospitalizado?

SI ( ) NO ( )

29. ¿Requirió intubación?

SI ( ) NO ( )

30. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado? _____ días

28. ¿Considera que aún tiene secuelas de salud derivadas del COVID-19?

SI ( ) ¿Cuáles? _____ NO ( )

Anexo 9. Test Minimental

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

TEST MINIMENTAL

¿Qué fecha es hoy? 0-1 ¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué mes estamos? 0-1 ¿Qué día de la semana es hoy? 0-1 ¿En qué estación del año estamos? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx. 5)	
¿En qué lugar nos encontramos? 0-1 ¿En qué piso estamos? 0-1 ¿En qué ciudad estamos? 0-1 ¿En qué delegación o municipio estamos? 0-1 ¿En qué estado estamos? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx. 5)	
Nombre tres palabras Mesa-Gato-Casa (o Pelota-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Mesa 0-1 (Pelota 0-1) Gato 0-1 (Bandera 0-1) Casa 0-1 (Árbol 0-1)	N° de repeticiones necesarias FIJACIÓN – Recuerdo Inmediato (Máx. 3)	
Instrucción: *"Le pediré que cuente hacia atrás, a partir de 100, de 7 en 7"*. Se detiene la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 93 0-1 (O 0-1) 86 0-1 (D 0-1) 79 0-1 (N 0-1) 72 0-1 (U 0-1) 65 0-1 (M 0-1)	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente Mesa 0-1 (Pelota 0-1) Gato 0-1 (Bandera 0-1) Casa 0-1 (Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (Máx. 3)	
• *DENOMINACIÓN.* Mostrarle un lápiz y preguntar *¿qué es esto?* Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 • *REPETICIÓN.* Pedirle que repita la frase: *"en un trigal había tres perros"*. 0-1 • *ÓRDENES.* Pedirle que siga la orden: *"toma una hoja de papel con su mano, dóblela a la mitad y póngala en el piso"* Toma con la mano 0-1 Dobla por la mitad 0-1 Pone en el suelo 0-1 • *LECTURA.* Escriba legiblemente en un papel *"Cierre los ojos"*. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase. 0-1 • *ESCRITURA.* Pida que escriba una frase completa (con sujeto y predicado) 0-1 • *COPIA.* Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx. 9)	

Anexo 10. Autoprueba de Positividad de Fredrickson

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

AUTOPRUEBA DE POSITIVIDAD: VERSIÓN EN ESPAÑOL

Instrucciones: Las siguientes preguntas son acerca de las emociones que las personas experimentan diariamente. Lea cada oración y marque con una cruz **(X)** la fuerza o intensidad con que sintió cada emoción el día de ayer. **NO DEJE SIN MARCAR CON LA CRUZ (X) CADA PREGUNTA.**

	Nada	Un poco	De forma moderada	Mucho	Muchísimo
¿Qué tan divertido(a) se sintió?					
¿Qué tan enojado(a) se sintió?					
¿Qué tan avergonzado(a) se sintió?					
¿Qué tan asombrado(a) se sintió?					
¿Qué tan ofensivo(a) se sintió?					
¿Qué tan fastidiado(a) se sintió?					
¿Qué tan apenado(a) o tímido(a) se sintió?					
¿Qué tan agradecido(a) se sintió?					
¿Qué tan culpable se sintió?					
¿Qué tan rencoroso(a) se sintió?					
¿Qué tan esperanzado(a) se sintió?					
¿Qué tan inspirado(a) se sintió?					
¿Qué tan interesado(a) se sintió?					
¿Qué tan alegre se sintió?					
¿Qué tan amoroso(a) se sintió?					
¿Qué tan orgulloso(a) se sintió?					
¿Qué tan triste se sintió?					

	Nada	Un poco	De forma moderada	Mucho	Muchísimo
¿Qué tan asustado(a) se sintió?					
¿Qué tan sereno(a) se sintió?					
¿Qué tan estresado(a) se sintió?					

Anexo 11. PERMA Profiler

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD
PERMA Profiler

Instrucciones: Por favor lea cada una de las siguientes preguntas y seleccione el punto en la escala que mejor lo describe a usted. Seleccione el número en la escala de 0 a 10, marcando con una **"X"**; puede apoyarse en las frases que describen lo que significaría **"0"** y **"10"**. Marque su respuesta como en el siguiente ejemplo:

						X				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										**Siempre**

1. En general, ¿hasta qué punto lleva una vida con propósito y sentido? (M1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna										**Completamente**

2. ¿Cuánto tiempo siente que está avanzando hacia el logro de sus metas? (A1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										**Siempre**

3. ¿Con qué frecuencia se le pasa el tiempo muy rápido cuando está haciendo algo que disfruta? (E1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										**Siempre**

4. En general, ¿cómo diría usted que es su salud? (H1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pésima										**Excelente**

5. En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre? (P1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										**Siempre**

6. ¿Hasta qué punto recibe ayuda y apoyo de otras personas cuando lo necesita? (R1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nunca **Siempre**

7. En general, ¿qué tan seguido se siente ansioso? (N1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nunca **Siempre**

8. ¿Con qué frecuencia logra metas importantes que usted mismo se haya puesto? (A2)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nunca **Siempre**

9. En general, ¿hasta qué punto siente que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena? (M2)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada **Completamente**

10. En general, ¿con qué frecuencia se siente positivo? (P2)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nunca **Siempre**

11. En general, ¿hasta qué punto se siente entusiasmado e interesado en las cosas? (E2)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nunca **Siempre**

12. ¿Cuán solo se siente en su vida diaria? (S)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada **Completamente**

13. ¿Qué tan satisfecho está usted con su salud física actual? (H2)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada **Completamente**

14. En general, ¿qué tan seguido se siente enojado? (N2)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nunca **Siempre**

15. ¿Hasta qué punto se siente querido? (R2)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										**Completamente**

16. ¿Con qué frecuencia es capaz de manejar sus responsabilidades? (A3)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										**Siempre**

17. Generalmente, ¿hasta qué punto tiene un sentido de dirección en su vida? (M3)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										**Completamente**

18. En comparación con otros de su misma edad y sexo, ¿cómo es su salud? (H3)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pésima										**Excelente**

19. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales? (R3)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										**Completamente**

20. En general, ¿qué tan seguido se siente triste? (N3)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										**Siempre**

21. ¿Con qué frecuencia se le pasa el tiempo muy rápido cuando está haciendo algo que disfruta? (E3)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										**Siempre**

22. En general, ¿hasta qué punto se siente contento? (P3)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										**Completamente**

23. Considerando todas las cosas en conjunto, ¿cuán feliz diría usted qué es? (Hap)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										**Completamente**

Anexo 12. Escala de Satisfacción con la Vida de Diener

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER

Instrucción: A continuación hay cinco afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea cada una de ellas y después marque con una "X" la respuesta que mejor describa en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases.

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea					
Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes					
Estoy satisfecho con mi vida					
Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido					
Las circunstancias de mi vida son buenas					

Anexo 13. Escala de Depresión de Yesavage

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Instrucciones: Marque con una cruz **(X)** la respuesta **SI** o **NO**, después de cada pregunta.

1. En general, ¿está satisfecho con su vida?
Si ( ) No ( )
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?
Si ( ) No ( )
3. ¿Siente que su vida está vacía?
Si ( ) No ( )
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido?
Si ( ) No ( )
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?
Si ( ) No ( )
6. ¿Teme que le ocurra algo malo?
Si ( ) No ( )
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
Si ( ) No ( )
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido?
Si ( ) No ( )
9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?
Si ( ) No ( )
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?
Si ( ) No ( )
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?
Si ( ) No ( )
12. ¿Actualmente, se siente usted inútil?
Si ( ) No ( )
13. ¿Se siente usted lleno de energía?
Si ( ) No ( )
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?
Si ( ) No ( )
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?
Si ( ) No ( )

Anexo 14. Apoyo visual para la aplicación del Inventario de Valores y Fortalezas de Consentino y Castro-Solano

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

APOYO VISUAL PARA LA APLICACIÓN DEL IVyF

¿A QUIÉN SE PARECE MÁS?

PERSONA 1 | **PERSONA 2**

SOY **MUY** PARECIDO A LA 1° PERSONA	SOY **ALGO** PARECIDO A LA 1° PERSONA	NO ME PAREZCO MÁS A UNA PERSONA QUE A LA OTRA	SOY **ALGO** PARECIDO A LA 2° PERSONA	SOY **MUY** PARECIDO A LA 2° PERSONA

Anexo 15. Escala visual análoga para la medición de ansiedad antes y después de cada sesión

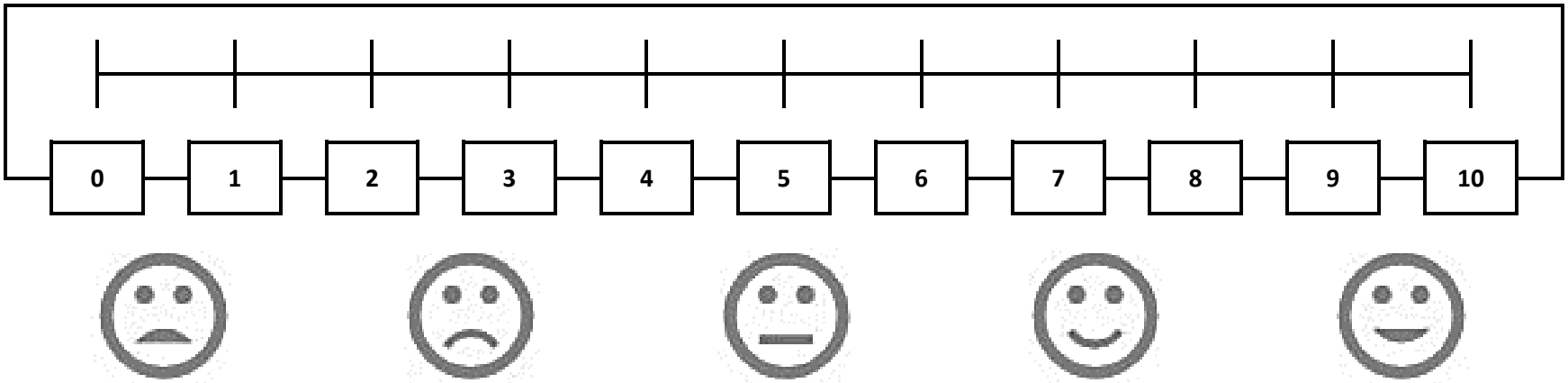
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

APOYO VISUAL PARA EVALUAR ANSIEDAD

¿QUÉ TAN ANSIOSO SE ENCUENTRA?
¿EN QUÉ NÚMERO SE UBICA USTED?



NADA **TODO**

Anexo 16. Registro conductual (Extracto)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD
REGISTRO CONDUCTUAL

Instrucciones: En los siguientes cuadros anote tres actividades que haya realizado durante el día y califique con una cruz **(X)** qué tanto placer o satisfacción experimentó al realizar la actividad anotada y qué tanto se sintió capaz de realizar dicha actividad.

LUNES

ACTIVIDAD	CALIFICACIÓN				
1	**¿Qué tanto placer o satisfacción experimentó al realizar la actividad?**				
	1	2	3	4	5
	Muy poco	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
	¿Qué tanto se sintió capaz de realizar la actividad?				
	1	2	3	4	5
	Muy poco	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
2	**¿Qué tanto placer o satisfacción experimentó al realizar la actividad?**				
	1	2	3	4	5
	Muy poco	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
	¿Qué tanto se sintió capaz de realizar la actividad?				
	1	2	3	4	5
	Muy poco	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo

Nota: por razones de espacio, solamente se muestra un ejemplo del registro conductual, se solicitaban todos los días de la semana y se proveían tres espacios por día para cada actividad. Así mismo, se proveían espacios adicionales por si deseaban registrar más actividades.

Anexo 17. Escala visual análoga para la medición de la facilidad de los ejercicios

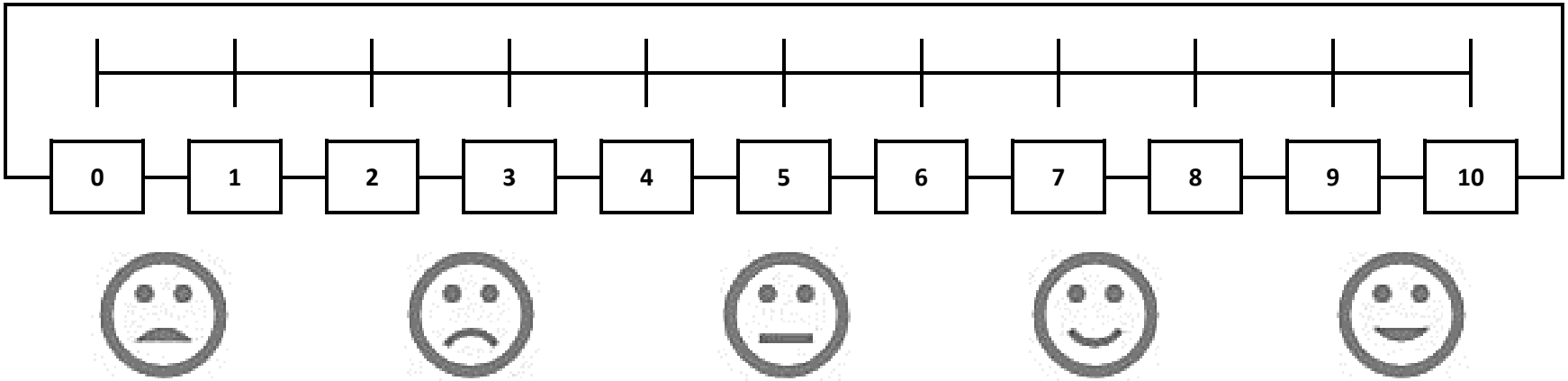
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

APOYO VISUAL PARA EVALUAR FACILIDAD DE LAS TAREAS

¿QUÉ TAN FÁCIL FUE HACER LA TAREA?
¿EN QUÉ NÚMERO SE UBICA USTED?



NADA **TODO**

Anexo 18. Escala visual análoga para la medición de la utilidad de los ejercicios

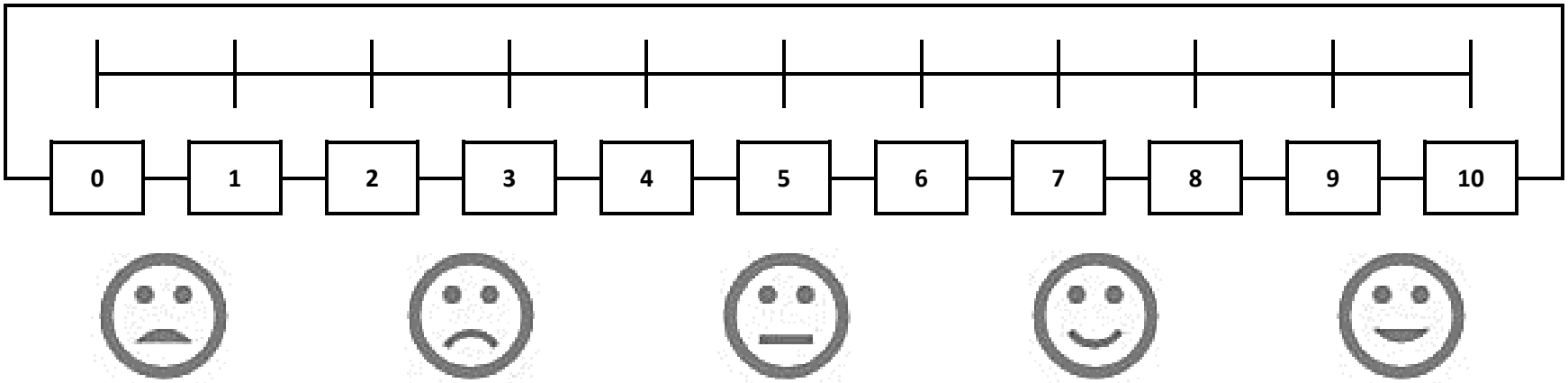
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

APOYO VISUAL PARA EVALUAR FACILIDAD DE LAS TAREAS

¿QUÉ TAN ÚTIL FUE LA TAREA?
¿EN QUÉ NÚMERO SE UBICA USTED?



NADA **TODO**

Anexo 19. Cuestionario de satisfacción final

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FINAL

Por favor, ayúdenos a mejorar la atención y contenido del programa **"Construyendo el bienestar: por una vida más plena"**, contestando algunas preguntas acerca del mismo y en el cuál usted ha participado. Nos interesa conocer sus opiniones sinceras ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una **"X"** la respuesta elegida.

1. Señale que tanto le agradaron las actividades realizadas en este programa:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada agradables **Muy agradables**

2. ¿Considera que los temas tratados en este programa fueron útiles?:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada útiles **Muy útiles**

3. ¿Piensa que las actividades realizadas en el programa fueron adecuadas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada adecuadas **Muy adecuadas**

4. ¿Considera que los ejercicios y actividades realizadas en el programa fueron fáciles?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada fáciles **Muy fáciles**

5. ¿Qué tan importantes considera que fueron los temas tratados en el programa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada importantes **Muy importantes**

6. Señale que tan satisfecho está con las sesiones realizadas en este programa y su contenido:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada satisfecho **Muy satisfecho**

7. Señale que tan satisfecho está con las tareas realizadas en el programa:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada satisfecho **Muy satisfecho**

8. ¿Qué tan satisfecho está con el material que le fue proporcionado (el manual del participante)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada satisfecho **Muy satisfecho**

Anexo 20. Cuestionario de usabilidad

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD
CUESTIONARIO DE USABILIDAD

Instrucciones: Seleccione la opción que más se acerque a su respuesta.

1.- Es sencillo utilizar la videollamada

(a) Totalmente de acuerdo (b) De acuerdo (c) En desacuerdo (d) Totalmente en desacuerdo

2.- Me sentí cómodo(a) teniendo mis sesiones en videollamada

(a) Totalmente de acuerdo (b) De acuerdo (c) En desacuerdo (d) Totalmente en desacuerdo

3.- Fue fácil aprender a utilizar la videollamada

(a) Totalmente de acuerdo (b) De acuerdo (c) En desacuerdo (d) Totalmente en desacuerdo

4.- La aplicación de videollamada me indica claramente cuando me equivoco o no me puedo conectar

(a) Totalmente de acuerdo (b) De acuerdo (c) En desacuerdo (d) Totalmente en desacuerdo

5.- Las instrucciones dadas por la aplicación de videollamada son fáciles de entender

(a) Totalmente de acuerdo (b) De acuerdo (c) En desacuerdo (d) Totalmente en desacuerdo

6.- Las instrucciones dadas por la aplicación de videollamada me sirvieron para conectarme a mis sesiones

(a) Totalmente de acuerdo (b) De acuerdo (c) En desacuerdo (d) Totalmente en desacuerdo

7.- Conectarme a la videollamada fue fácil

(a) Totalmente de acuerdo (b) De acuerdo (c) En desacuerdo (d) Totalmente en desacuerdo

8.- Me gustó conectarme por videollamada en mis sesiones

(a) Totalmente de acuerdo	(b) De acuerdo	(c) En desacuerdo	(d) Totalmente en desacuerdo

9.- Soy capaz de conectarme por videollamada utilizando la aplicación

(a) Totalmente de acuerdo	(b) De acuerdo	(c) En desacuerdo	(d) Totalmente en desacuerdo

10.- En general, estoy satisfecho con las sesiones por videollamada

(a) Totalmente de acuerdo	(b) De acuerdo	(c) En desacuerdo	(d) Totalmente en desacuerdo

Anexo 21. Lista de cotejo para evaluar la integridad del tratamiento

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LA INTEGRIDAD DEL TRATAMIENTO

Observador o escucha: _____.

Módulo: _____ Sesión: _____ Participante: _____

Fecha de sesión: _____

Instrucción: Con la finalidad de asegurar la integridad del tratamiento se presenta una serie de pasos principales que el terapeuta deberá cumplir durante cada sesión de cada uno de los módulos de intervención. Como observador o escucha de la sesión, marque SÍ o NO se llevan a cabo las actividades señaladas a continuación.

1. Bienvenida y encuadre	**Sí**	**No**
Se pregunta al participante por su estado de ánimo y si ocurrieron eventos importantes en la última semana.		
Se repasan los contenidos de sesiones anteriores.		
Se introduce al participante sobre los temas y actividades de la sesión presente.		
2. Realización del ejercicio de relajación inicial		
Se guía al participante en el ejercicio breve de relajación correspondiente y se retroalimenta su desempeño.		
3. Revisión de tareas y resolución de dudas		
Se revisan las tareas realizadas por el participante.		
Se indaga sobre el efecto que las tareas han producido y la percepción del participante sobre las mismas.		
Se resuelven dudas sobre la realización de tareas y se alienta a su realización y completamiento.		

4. Psicoeducación	**Sí**	**No**
Se exponen los conceptos relacionados con la sesión.		
Se verifica la comprensión del participante acerca de la información otorgada; fomentando la discusión y ejemplificación.		
5. Intervención		
Se implementa la intervención marcada en los manuales del terapeuta y del participante de acuerdo con las instrucciones señaladas.		
Se resuelven dudas o imprecisiones durante la implementación de la intervención.		
Se apoya al participante en la realización de la intervención y se alienta completarla.		
6. Discusión y reflexión		
Se estimula el diálogo a partir de la realización de la intervención de la sesión.		
Se resuelven dudas acerca del contenido de la intervención realizado por el participante.		
Se pregunta al participante por los efectos de la realización de la intervención.		
7. Cierre y tarea		
Se explican las tareas que se asignarán entre sesiones.		
Se evalúan las actividades terapéuticas de la siguiente sesión.		
Se retroalimenta el desempeño del participante durante la sesión y se alienta a continuar con las actividades del programa.		
Se guía al participante en la realización del breve ejercicio de relajación final.		
Se despide al participante cordialmente.		