



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE DESDE
LA PSICOLOGIA POSITIVA PARA ADULTOS EN UNA
ASOCIACIÓN DE HIDALGO**

PROYECTO TERMINAL DE CARÁCTER PROFESIONAL PARA
OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

P R E S E N T A

L.P. MIRELLA MAGALI RAMÍREZ MENESES

DIRECTORA DE PROYECTO TERMINAL

DRA. LYDIA LÓPEZ PONTIGO

COMITÉ TUTORAL:

CO-DIRECTOR: DR. CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIROZ

ASESORA: MTRA. MARIBEL PIMENTEL PÉREZ

LECTORA: DRA. MARÍA DEL REFUGIO ACUÑA GURROLA

TUTORA: DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA ORTIZ

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO MARZO 2024

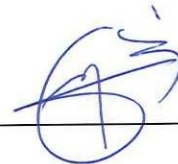
M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la egresada Mirella Magali Ramirez Meneses, con número de cuenta 277536, comunicamos a usted que el Proyecto Terminal denominado *Promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva para adultos en una asociación en Hidalgo* está concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

Dra. Lydia López Pontigo

Directora



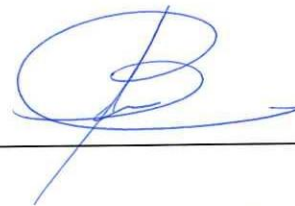
Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Co-director



Mtra. Maribel Pimentel Pérez

Asesora



Dra. María Refugio Acuña Gurrola

Lectora



Dra. Andrómeda Valencia Ortiz

Tutora





Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
 Área Académica de Medicina
Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
Master of Public Health

Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/040/2024
Asunto: Autorización de Impresión de PPT
 Pachuca de Soto, Hgo., febrero 27 del 2024


PSIC. MIRELLA MAGALI RAMÍREZ MENESES
EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GRADUATED FROM THE MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH

Con fundamento en el Título Tercero, Capítulo V en su Artículo 51, Fracc. III y IV del Estatuto General de la UAEH y en relación con lo establecido por el Título Quinto, Capítulo V, Sección Primera en su Artículo 127 y Artículo 130 Fracción III de dicho ordenamiento legal, comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“Promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva para adultos en una asociación en Hidalgo”** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 “Amor, Orden y Progreso”


 M.C.Esp. Enrique Espinosa Aquino
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences


 MC.Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa


 D.A.D.E.S. María del Consuelo Cabrera Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

EEA/LCRO/LLP/MCCM/mchm*



Calle Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400,
 Col. Doctores, Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
 Teléfono: 52 (771) 71 7 20 00 Ext. 2361
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

Para todas aquellas personas

que un día se perdieron

dentro del universo

de sus propias emociones.

-Construir en Ruinas-

Agradecimientos

A mi papá, *te espero allá, en el infinito, donde podemos dejar de fingir y podemos comenzar a ser.* Gracias por ser fuente de inspiración en cada paso que doy. Pasaste de estar conmigo a estar en mí; es por ti y para ti.

A mi familia (Felisa, Daniela, Gabriela y Diana) el levantarnos no ha sido fácil, pero juntas lo complicado se vuelve mas fácil. Gracias por el amor y apoyo incondicional, sin ustedes a mi lado no sería posible este logro; son mi mayor motivación.

¡Somos una familia de campeonas!

A la Dra. Andrómeda, por no abandonarme y cobijarme en este proyecto, gracias por siempre estar presente. Agradezco su optimismo y amor en cada trabajo. Gracias por exigirme a ser mejor, por todo el apoyo y enseñanza brindada en este proyecto.

A la Dra. Lydia y al Dr. Christian, agradezco su orientación y paciencia, gracias por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A mis amigos Rocío, Fernanda, Raquel y Jorge quienes me acompañaron en este camino, les agradezco por ser mi soporte, por escucharme y por confiar en este proyecto tanto como yo. Que esta amistad siga perdurando.

A Sara y Karel por sumarse en este proyecto y compartir sus conocimientos. Gracias por aportar a *Yolitia* su visión y pasión por la gerontología.

A Alexandro por darme un espacio y palabras de aliento, gracias por inspirarme a ser mejor y mejorar cada día.

A Citlali y Alan quienes desde la distancia me han acompañado y abrazado, gracias por no abandonarme y seguir creyendo en mí.

A Luis, Julio, Víctor, Pablo y Paola, gracias por ser mi red de apoyo e impulsarme, agradezco que permanezcan a mi lado.

A Jonathan, *el amor es la única cosa que podemos percibir y que trasciende dimensiones de tiempo y espacio, tal vez hay que confiar en eso, aunque no podamos entenderlo aún.* Gracias por estar y ser parte, gracias aceptar caminar en este viaje y por motivarme cada día compartido. A los adultos de la Asociación por una Vejez con Bienestar para los Jubilados y Pensionados A.C. gracias por formar parte de esto y por brindarme de su energía para poder cumplir esta meta. Les agradezco por confiar en este proyecto y enseñarme que nunca es tarde para aprender.

En este proyecto aprendí que hay que dejarse sentir y pasar a través del dolor, me han acompañado en este trabajo aquellas personas que han hecho de este mundo menos solitario y me han dado una vida más plena.

Con cariño Mailo

ÍNDICE

RESUMEN	11
ABSTRAC	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I	15
SALUD Y SALUD MENTAL EN ADULTOS	15
1.1 Salud	16
1.2. Salud mental en la etapa adulta	22
CAPÍTULO 2	31
PSICOLOGÍA POSITIVA	31
2.1. Psicología de la salud	31
2.2 Psicología positiva	37
2.3 Intervenciones clínicas basadas en Psicología Positiva	53
CAPÍTULO 3	65
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	65
3.1. Envejecimiento saludable	66
3.2 Calidad de vida	70
3.3 Curso de vida	73
3.4 Salud digital	77
CAPITULO 4 MÉTODO GENERAL	80
4.1 Planteamiento del problema	80
4.2 Justificación	83
4.3 Objetivo general	85
4.4 Objetivos específicos	85

Fase I: Diseño de Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas validada por jueces expertos.	87
Pregunta de investigación	87
Objetivo general	87
Objetivos específicos	87
Tipo de estudio	87
Variables	88
Instrumento	90
Análisis de datos	90
Resultados Fase I	92
Validación por jueces expertos	92
Descripción de las sesiones	95
Fase II: Implementación de una Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva	98
Pregunta de investigación	98
Objetivo general	98
Objetivos específicos	98
Participantes	102
Muestra	102
Tipo de muestreo	102
Instrumentos	103
Procedimiento	105
Análisis de datos propuesto	106
Consideraciones éticas	106

Resultados Fase II.....	107
DISCUSIÓN	144
CONCLUSIONES	152
REFERENCIAS.....	155
ANEXOS	174

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Determinantes de la salud	19
Tabla 2 Determinantes ambientales y sociales.....	20
Tabla 3 Clasificación de virtudes y fortalezas de carácter.	46
Tabla 4 Intervenciones enfocadas en el tratamiento de la depresión.	55
Tabla 5 Principios básicos del enfoque del curso de vida.....	75
Tabla 6 Variable independiente	88
Tabla 7 Variable dependiente	89
Tabla 8 Grado académico que participaron como jueces expertos	92
Tabla 9 Años de práctica clínica de jueces expertos en el campo de la psicología	92
Tabla 10 Años de práctica clínica de jueces expertos en el campo de la gerontología	93
Tabla 11 Objetivos generales de las sesiones de la intervención.....	95
Tabla 12 Variable independiente	99
Tabla 13 Variable dependiente	100
Tabla 14 Curso de vida de los participantes	109
Tabla 15 Prueba de wilcoxon para las diferencias entre el pre y post de la escala de depresión geriátrica.....	113
Tabla 16 Prueba de wilcoxon para las diferencias entre el pre y post dimensiones de depresión.	114
Tabla 17 Prueba de wilcoxon para las diferencias entre el pre y post de la escala de bienestar subjetivo	116
Tabla 18 Prueba de wilcoxon para las diferencias entre el pre y post dimensiones de bienestar subjetivo.	118
Tabla 19 Prueba de wilcoxon para las diferencias entre el pre y post de las virtudes.....	120
Tabla 20 Prueba de wilcoxon para las diferencias entre el pre y post de las fortalezas de carácter.....	121

Tabla 21 Comentarios de las y los participantes de la asociación al finalizar la intervención.....	141
---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Componentes de la salud.....	17
Figura 2	Determinantes de la salud.....	18
Figura 3	Pirámide de poblacional de México 2020	23
Figura 4	Criterios diagnósticos de la depresión.....	27
Figura 5	Modelo conductual que describe el inicio y el mantenimiento de la depresión en adultos.....	29
Figura 6	Objetivos principales de la psicología de la salud	33
Figura 7	Mecanismos dentro de la promoción de la salud de la organización panamericana de la salud	35
Figura 8	Herramientas de la promoción de la salud	36
Figura 9	Modelo PERMA.....	40
Figura 10	Modelo PRISMA.....	41
Figura 11	Niveles en el bienestar subjetivo	44
Figura 12	Líneas de acción para un envejecimiento saludable	68
Figura 13	Esferas para evaluar la calidad de vida.....	71
Figura 14	Componentes de la calidad de vida con la psicología positiva.....	72
Figura 15	Conceptos en el que se basa el ciclo vital.....	74
Figura 16	4 ejes en temas de políticas públicas a favor de las personas adultas mayores	81
Figura 17	Esquema general de investigación.....	86
Figura 18	Distribución de participantes por sexo.....	107
Figura 19	Distribución de participantes por edad	107
Figura 20	Estado civil de los participantes.....	108
Figura 21	Grado de estudios de los participantes	109
Figura 22	<i>Medias del puntaje total de la escala de depresión geriátrica en el pre y post.</i>	111
Figura 23	Nivel de sintomatología depresiva en el pre y post.	112
Figura 24	Medias en el pre y post de las dimensiones de depresión.	113

Figura 25	Medias del puntaje total de bienestar en el pre y post.....	115
Figura 26	Nivel de bienestar subjetivo.....	116
Figura 27	Medias en el pre y post de las dimensiones del bienestar subjetivo.	117
Figura 28	Medias de las virtudes del grupo pre y post de la intervención.	119
Figura 29	<i>Medias de las fortalezas del grupo pre y post de la intervención.</i>	121
Figura 30	Mapeo simbólico de las emociones de los participantes	128
Figura 31	Nube de gratitud	130
Figura 32	Rueda de vida de Roger.....	133
Figura 33	Rueda de vida de Enriqueta.	134
Figura 34	NUBE de áreas de oportunidad.....	135
Figura 35	Nubes de fortalezas.....	136
Figura 36	Split bienestar de Roger	138
Figura 37	Split bienestar de Enriqueta	139
Figura 38	Split bienestar de Nora	140
Figura 39	Nivel de satisfacción de la intervención Yolitia: Camino de vida	143

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un evento demográfico que implica una mayor demanda de servicios de salud por parte de los adultos, este grupo de poblacional presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad (OMS, 2020), por lo que resulta indispensable el uso de estrategias de promoción para la Salud Pública, debido a que tienen un impacto en la pérdida de años saludables. La presente investigación tiene como objetivo evaluar los efectos de una Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva en una asociación civil de adultos en el estado de Hidalgo. Es una investigación con un diseño cuasiexperimental con un grupo experimental a través de una evaluación pretest y posttest. Para cumplir el objetivo se realizó una revisión teórica con la que se identificaron los componentes y estrategias de la Psicología Positiva. A partir de esto, se desarrolló una intervención con una estructura híbrida, a través de 21 sesiones, 10 virtuales y 11 sesiones presenciales, misma que fue validada por 11 jueces expertos en el área de Psicología Positiva y Gerontología. La intervención fue implementada durante el periodo mayo–junio 2023. La muestra se conformó por 10 adultos de la Asociación por una Vejez con Bienestar para los Jubilados y Pensionados A.C. Se utilizaron como instrumentos de evaluación la Escala de Depresión Geriátrica GDS-15, la Escala de Bienestar Subjetivo y Values in Action Inventory of Strengths (VIA- IS). A partir de la aplicación de la batería se identificó que la población era psicológicamente saludable, con niveles elevados de bienestar, uso elevado de Fortalezas de carácter y no puntuaron niveles elevados de presencia de sintomatología depresiva. El resultado del análisis cuantitativo demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones tras la aplicación de la intervención. Por otro lado, a partir del análisis cualitativo se identificaron cambios respecto a la forma de pensar y actuar. Se observó que es una propuesta de intervención adecuada para personas mayores y puede ser utilizada como estrategia de promoción de envejecimiento saludable.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Bienestar Subjetivo, Fortalezas de carácter, Intervención de psicología Positiva, Envejecimiento saludable, Adultos.

ABSTRAC

Population aging is a demographic event that implies a greater demand for health services by adults; this population group has the highest rates of morbidity and disability (WHO, 2020), which is why the use of strategies is essential. of promotion for Public Health, because they have an impact on the loss of healthy years. The objective of this research is to evaluate the effects of an Intervention to promote healthy aging through Positive Psychology in an adult civil association in the state of Hidalgo. It is a research with a quasi-experimental design with an experimental group through a pretest and posttest evaluation. To achieve the objective, a theoretical review was carried out with which the components and strategies of Positive Psychology were identified. From this, an intervention was developed with a hybrid structure, through 21 sessions, 10 virtual and 11 in-person sessions, which was validated by 11 expert judges in the area of Positive Psychology and Gerontology. The intervention was implemented during the period May-June 2023. The sample was made up of 10 adults from the Association for Old Age with Well-being for Retirees and Pensioners A.C. The GDS-15 Geriatric Depression Scale, the Subjective Well-being Scale and the Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) were used as evaluation instruments. From the application of the battery, it was identified that the population was psychologically healthy, with high levels of well-being, high use of character strengths and did not score high levels of presence of depressive symptoms. The result of the quantitative analysis demonstrates that there are statistically significant differences between both measurements after the application of the intervention. On the other hand, changes in the way of thinking and acting were identified based on the qualitative analysis. It was observed that it is an appropriate intervention proposal for older people and can be used as a strategy to promote healthy aging.

KEY WORDS: Depression, Subjective Well-being, Character strengths, Positive psychology intervention, Healthy aging, Adults.

INTRODUCCIÓN

Existen prejuicios en donde se declara que, si el cuerpo se deteriora y desgasta a partir de cierto punto alcanzado de máxima maduración, también la psique se ve alterada; de este modo se presentan dos generalizaciones, la primera es que los viejos terminan siendo inevitablemente dementes y la segunda es que padecen trastornos mentales como depresión. Por lo cual, ninguna de estas alteraciones psíquicas permite pensar en un envejecimiento normal psíquico.

Actualmente se mantiene un énfasis en el concepto de envejecimiento saludable, el cual promueve la adopción de conductas y actividades físicas y cognitivas que favorecen el mantenimiento de la salud, además, se ha puesto de manifiesto que la salud no es una condición necesaria, ni una barrera para lograr un envejecimiento satisfactorio y activo, sino que pone de relieve la importancia de lo psicológico y lo social (Scheibe & Carstensen, 2010).

Es por ello que ha surgido la necesidad de generar estrategias para los principales trastornos asociados al envejecimiento y al funcionamiento cognitivo a partir de intervenciones desarrolladas para prevenir o minimizar los efectos del envejecimiento cognitivo, dichas intervenciones pueden reflejarse en los programas de entrenamiento con estrategias que implican el identificar la problemática para después diseñar estrategias que ayuden a mejorar la ejecución de las principales actividades (Jurado, Mataró, & Pueyo, 2013).

El presente estudio busca a través de la aceptación, satisfacción con el pasado, satisfacción con el presente, optimismo en el futuro, practica de aficiones y relaciones sociales; en donde que las personas mayores se adapten a sus circunstancias, preserven su bienestar emocional. Para el desarrollo de esta investigación se generará una propuesta de intervención basada en componentes de la Psicología Positiva, sobre los síntomas depresivos, bienestar subjetivo y fortalezas de carácter en adultos validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia, para posteriormente aplicarla. Finalmente se analizarán los resultados lo

que permitirá conocer los efectos que genera una intervención de promoción del envejecimiento saludable con componentes de Psicología Positiva, por medio de estrategias del modelo PERMA.

CAPITULO I

SALUD Y SALUD MENTAL EN ADULTOS

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocupan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o saludables (Sandoval & Richard, 2005).

De acuerdo con la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCyTU, 2018) el 17% de las personas en México presenta al menos un trastorno mental y 1 de cada 4 lo padecerá como mínimo una vez en su vida, afectando no solo su salud mental sino también su salud física, dentro de las principales causas para padecer alguna enfermedad mental se encuentra la diversidad de agentes estresantes como la carga de trabajo, las múltiples responsabilidades o la falta de una economía favorable.

Como se ha mencionado la salud mental es parte importante del ser humano, debido a que influye en la manera de interactuar en su ambiente familiar, emocional, social y físico. Al fomentar la salud mental permite a las personas reconocer sus habilidades, superar el estrés cotidiano de la vida, trabajar de forma productiva y hacer aportaciones a su comunidad; de esta manera, cuando un individuo cuenta con una buena salud mental, existe una mayor evolución de sus potencialidades que se verán reflejadas en su convivencia, trabajo y salud física (INCyTU, 2018; Pérez, Ponce, Hernández, & Márquez, 2010).

Surge la Psicología de la Salud como una nueva disciplina misma que se enfoca al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud; en dicho proceso es indispensable trabajar con los aspectos psicológicos que intervienen en el estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación (Martín, 2003).

1.1 Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a) la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

A partir de esta definición es importante entender que para hablar de salud no solo es describirla desde un enfoque físico o fisiológico, sino también a partir de los aspectos psicológicos y la influencia del entorno (socioeconómico, familiar, laboral, emocional, medioambiental) debido a que estos juegan un papel preponderante en el estado de salud.

Con base a lo anterior, la Federación Mundial para la Salud Mental en el año de 1962, definió la salud como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes" (Vázquez & Hervás, 2008); dando como referencia al entorno en el que se desarrolla el individuo.

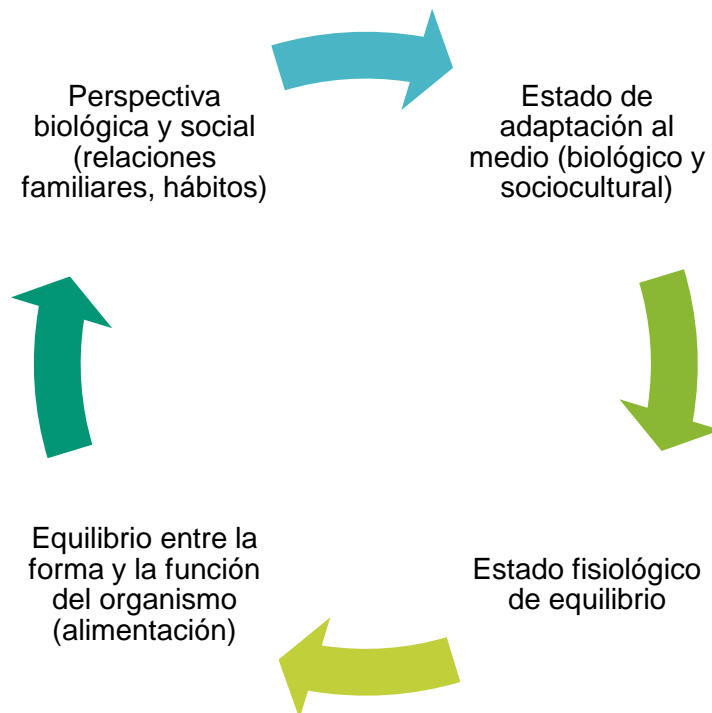
De manera similar, Alcántara (2008) menciona que la salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos; y de acuerdo con a Briceño-León (2000):

“La salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”

La OMS establece una serie de componentes como se observa en la Figura 1, dichos componentes determinan el estado de salud, en donde el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación triádica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen) (Raffino, 2021).

Figura 1

Componentes de la salud.



Nota: Adaptado de Raffino (2021).

Al analizar la Figura 1 podemos entender que la condición de salud de una persona es influida por una amplia gama de factores personales, económicos, sociales y ambientales.

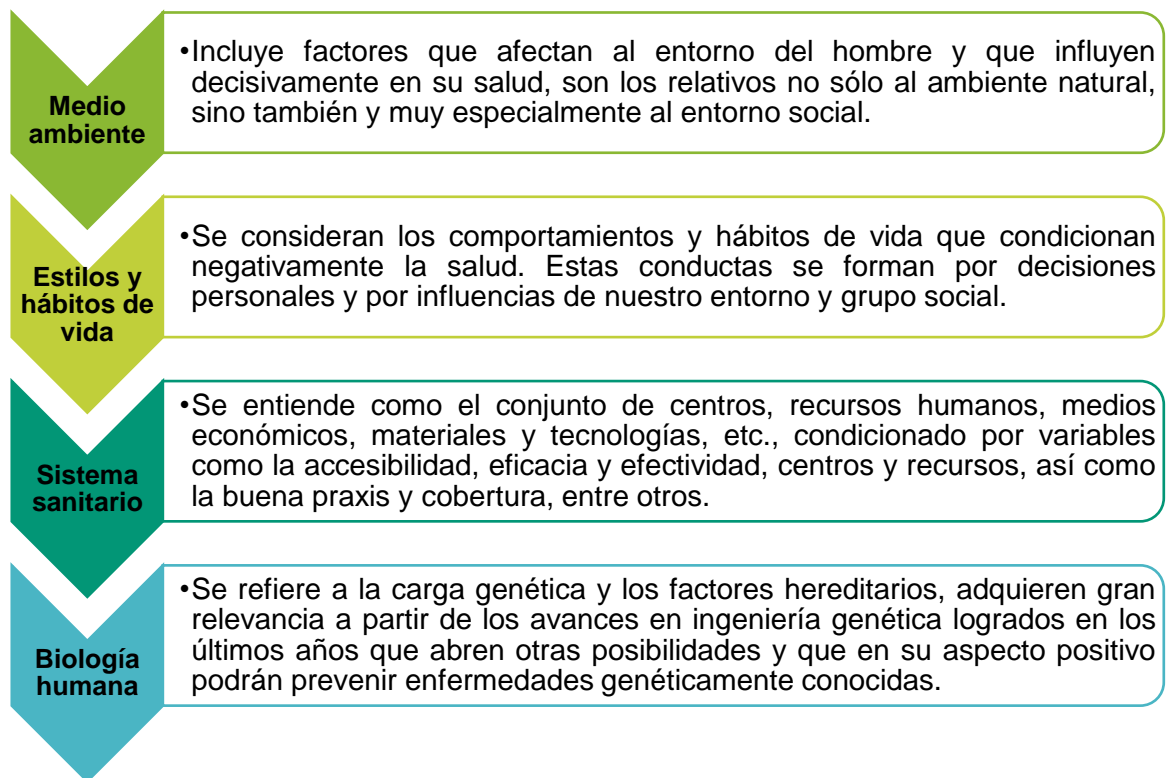
1.1.1 Determinantes de la salud

De acuerdo a De La Guardia y Ruvalcaba (2020) los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, los cuales abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

Marc Lalonde en el año de 1974 (como se citó en Flórez, 2007) en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses, enunció un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores (ver Figura 2).

Figura 2

Determinantes de la salud



Nota: Adaptado de Flórez (2007).

De manera más detallada la OMS (2012) define los determinantes de la salud como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1*Determinantes de la salud*

Determinante de salud	Características
Comportamientos individuales y estilo de vida	La alimentación, la actividad física, el fumar, el consumo de bebidas alcohólicas y la manera como respondemos a las tensiones de la vida, afecta la salud.
Ingreso y condición social	Entre mayor sea la brecha entre las personas ricas y las pobres, mayores serán las diferencias en la salud.
Empleo y condiciones de trabajo	Las condiciones de trabajo son un factor primordial en la salud, por un lado, el contar con un empleo puede favorecer la salud sin embargo también puede afectarla debido al exceso o a las circunstancias del empleo.
Educación	Los bajos niveles de educación están asociados con la salud deficiente, más tensión y menor auto confianza.
Redes de apoyo social	El mayor apoyo de las familias, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud.
Cultura	Las costumbres, tradiciones y creencias de la familia y comunidad, determinan la salud.
Género	Los hombres y las mujeres desarrollan diferentes tipos de enfermedades a distintas edades.
Ambiente físico	El agua potable y el aire limpio, los sitios de trabajo saludables, las casas, comunidades y carreteras seguras, puede contribuir con la buena salud.

Nota: Elaboración propia basada en OMS (2012).

Como se mencionó, dentro del proceso de salud-enfermedad el ambiente y la sociedad son fundamentales para la salud, debido a que se refiere a aquellas

circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. En la Tabla 2 se muestran los factores protectores (características o condiciones que reducen o inhiben los problemas de salud) y factores de riesgo (entendidos como características o factores que contribuyen al incremento de una mala condición de salud) que se encuentran dentro de los determinantes ambientales y sociales de la salud (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018).

Tabla 2

Determinantes ambientales y sociales

	Factores protectores	Factores de riesgo
Individuales	Alimentación adecuada, cercanía o apego a la familia, logros escolares, autocontrol, habilidades sociales, optimismo, creencias morales, valores, autoestima.	Componentes genéticos, daño al nacer, desnutrición, discapacidad física e intelectual, falta de vínculos afectivos, enfermedad crónica, habilidades sociales deficientes, autoestima baja, aislamiento, impulsividad, etc.
Familiares	Padres que proveen cuidado y ayuda, armonía familiar, familia segura y estable, relaciones de apoyo, normas y moral sólida en la familia, comunicación afectiva, y expresión emocional.	Madre adolescente, padre o madre solteros, familia numerosa, violencia familiar, familia disfuncional, divorcio o separación, experiencias de rechazo; padres en situación de desempleo

	Factores protectores	Factores de riesgo
Sociales	Relación cercana con una persona significativa, oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes, seguridad económica, buena salud física, acceso al mercado laboral, vivienda digna.	prolongado, abuso de sustancias y/o con problemas mentales. Desventaja socioeconómica, discriminación social y cultural, violencia y criminalidad en la zona de vivienda, condiciones inadecuadas de la vivienda, aislamiento social, etc.

Nota: Adaptado de Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018.

Los factores tanto protectores como de riesgo conforman el estilo de vida, el cual es considerado como un conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. En otras palabras, el estilo de vida engloba al conjunto de hábitos de comportamiento que constituyen factores de protección para la salud o factores de riesgo de enfermedad. Por lo tanto, se ve reflejado las decisiones que hace el individuo en su contexto socio-cultural, personal y biológico (Flórez, 2007).

1.1.2 Salud mental

La OMS (2013a) define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera. En este sentido la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Mientras que Ramalho (2009) en su trabajo de “Psiquiatría y salud mental” describe que el origen del concepto de salud mental surge a partir de los conceptos de estado de bienestar refiriéndose a la organización social e higiene mental vista como un proceso para el mantenimiento de la salud.

Para Houtman y Kompier en 1998 (como se citó en Gómez & Calderón, 2017) definen a la salud mental como un estado de bienestar psicológico y social del individuo en un entorno sociocultural dado, facilitando estados de ánimo y afectos positivos, como el placer, satisfacción y comodidad, así como la ansiedad, el estado de ánimo depresivo e insatisfacción. Así mismo, hacen referencia a la salud mental como proceso, cuando se dan conductas de afrontamiento, es decir, cuando la persona lucha, se esfuerza e insiste por conseguir independencia y autonomía. La salud mental puede asociarse también a características de la persona, es decir, competencias para resolver de forma eficaz las circunstancias de la vida cotidiana, para tener un adecuado dominio del entorno, en otras palabras, ser autoeficaz. Además, una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos.

Así pues, la salud mental se conceptualiza no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

1.2. Salud mental en la etapa adulta

El hecho de que la población adulta vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico.

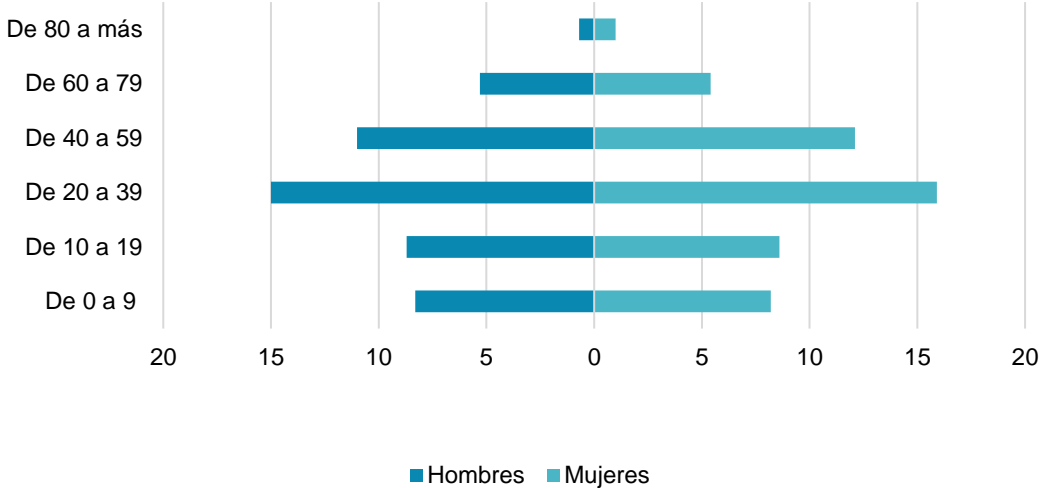
En América Latina, se evidencia un proceso de envejecimiento de la población, lo cual exige compromisos específicos en cuanto a políticas de salud para este grupo de edad, a programas de servicios sociales y médicos que atiendan las condiciones crónicas que acompañan la longevidad, entre otros. Cabe resaltar que el proceso de envejecimiento de la población afecta, no sólo a los adultos mayores, sino

también a la población joven, a través del sistema de seguridad social, del mercado laboral, de las transferencias intergeneracionales y de la distribución del ingreso (Todd, Rossi, & Triunfo, 2007).

Considerando el censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020) México se reconoce como población adulta mayor a quienes tiene 65 años o más de edad, en lo que respecta a la población con edades mayores de 65 años en el año 2020 representaba el 8.2% de la población total mexicana, es decir 10,321,914 personas mayores; de las cuales 46% son hombres y 54% mujeres (Ver Figura 3).

Figura 3

Pirámide de poblacional de México 2020



Nota: Elaboración propia con base en INEGI, 2020.

En los próximos años, la proporción de adultos mayores en el mundo se duplicará, pasando de representar el 12% en 2015 al 25% para el 2050; dicho cambio poblacional se acompañará también de una transición epidemiológica caracterizada por la preponderancia de enfermedades crónicas, entre las que ocupan un lugar importante las enfermedades mentales. Cerca del 20% de los adultos mayores padecen algún problema de salud mental y estos trastornos representan el 28.0%

del total de años de vida ajustados por discapacidad para este grupo de edad (Sosa, Austillo, & Acosta, 2017).

La enfermedad, las pérdidas sociales importantes y las características de personalidad suelen ser más relevantes que la edad por sí misma entre las causas de la depresión u otras enfermedades mentales. Es por ello que los profesionales de la salud mental muestran un interés con respecto a la necesidad de la valoración clínica de los adultos y adultos mayores (Papalia, Sterns & Camp, 2009).

Como se ha mencionado la salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye el tratamiento de padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, entre otros, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

Existen factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen significativamente a una variedad de problemas mentales o emocionales en esta fase del ciclo vital; los cuales pueden ser derivados de los procesos normales de envejecimiento, en donde se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo o dependiendo de enfermedades médicas diversas, eventos como la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación o alguna discapacidad. Los problemas más frecuentes afectan las esferas neurocognitiva, afectiva y onírica. Los trastornos neurocognitivos mayores reducen el rendimiento general del paciente y generan con ello exigentes necesidades de dependencia y cuidado cercano. Los trastornos afectivos pueden acentuarse por falta de apoyo familiar y disminución marcada de interacciones sociales que pueden dar lugar a un significativo aislamiento con conducta suicida resultante. La mayor frecuencia de trastornos del sueño como insomnio, somnolencia diurna y trastornos específicos como apnea

obstructiva alteran significativamente la calidad de vida de esta población (OMS, 2017; Tello-Rodríguez, Alarcón, & Vizcarra-Escobar, 2016).

De acuerdo con la OMS (2017) más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La depresión y el deterioro cognitivo son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Promover estrategias para mantener o recuperar la salud mental con respaldo científico es sin duda el camino a seguir, enfermería desde su ámbito de acción es responsable de la sensibilización sobre la importancia de la salud mental en adultos mayores, así como de informar sobre los servicios de salud disponibles haciendo énfasis en la importancia del distanciamiento social y el uso de la tecnología para contrarrestar sus efectos negativos, por ello es esencial capacitarse para la atención comunitaria de la salud mental, especialmente aquellos profesionales que se encuentran en localidades remotas (González-Soto, 2021).

1.2.1. Depresión

A medida que uno envejece, puede pasar por muchos cambios, tales como la muerte de seres queridos, la jubilación, acontecimientos estresantes de la vida o problemas médicos. Es normal sentirse intranquilo, estresado o triste por esos cambios, pero después de adaptarse, muchas personas mayores vuelven a sentirse bien; sin embargo, estos mismos acontecimientos pueden generar un problema aun mayor afecta la vida diaria y el funcionamiento normal y esto no tiene ver con debilidad ni un defecto de carácter.

De acuerdo con la OMS (2021b) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas; puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga

duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

La depresión es un padecimiento que se presenta en diferentes etapas a lo largo del ciclo vital. Se estimaba que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a escala mundial y la primera en países desarrollados. En las personas de la tercera edad, la depresión es uno de los padecimientos psicogeríátricos más frecuentes y en México, su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años (Flores-Pacheco et al., 2011).

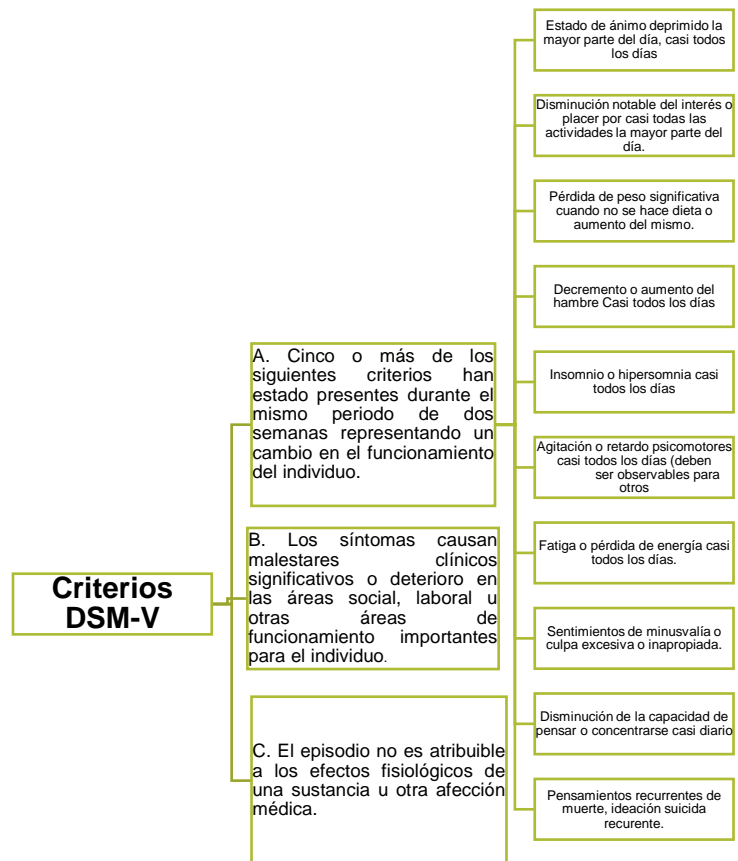
Se entiende por depresión aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. La persona con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas; junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida (González et al, 2018).

De acuerdo a la OMS (como se citó en Velasco & Martínez, 2018) la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

En este sentido se plantea que los tres síntomas distintivos de la depresión son ánimo depresivo, pérdida de interés/capacidad de disfrutar y aumento de la fatigabilidad (Pacheco & Cheskel, 2016), los síntomas característicos de la depresión se pueden observar en la Figura 4.

Figura 4

Criterios diagnósticos de la depresión



Nota: Adaptado de Black y Andreasen (2015).

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento, que puede afectar al funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y a la memoria, dificultando la evaluación.

Existen algunos factores que pueden predisponer la depresión en este grupo de edad como pueden ser: la familia, la presencia de enfermedades, algunos fármacos, alteraciones ambientales, y circunstanciales (IMSS, 2010). De igual forma dentro de los factores de riesgo incluyen: Sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades médicas asociadas, enfermedad medica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño (Insomnio), abatimiento funcional, duelo familiar, económico o funcional, deterioro cognoscitivo, institucionalización, dependencia a alcohol, benzodiazepinas, entre otras.

De acuerdo con Papalia, Sterns y Camp (2009) la depresión en los adultos es difícil de diagnosticar debido a que en muchas ocasiones los médicos atribuyen los síntomas a enfermedades físicas o al envejecimiento, o por siempre estereotipo de que los ancianos tienden a no quejarse de sentirse deprimidos. Las causas de la depresión pueden tener diversas vertientes que actúan en conjunto; algunas personas pueden hallarse genéticamente predispuestas por un desequilibrio biológico, el fracaso en el mantenimiento de un estilo de vida saludable junto con la falta de un ejercicio adecuado, puede fomentarla; de igual forma los eventos estresantes o la soledad pueden dispararla.

Así mismo, puede ser un efecto colateral del consumo de ciertos medicamentos, como tranquilizantes, sedantes, píldoras para dormir y drogas prescritas para presión arterial alta, en especial cuando se acompaña con ingesta excesiva de alcohol (Jefferson & Greist, 1993). Un anciano puede tomar una docena o más de diferentes medicamentos, algunos de ellos sin prescripción, aunado a esto con la edad existen cambios en el metabolismo.

1.2.2 Modelo teórico de síntomas depresivos en adultos

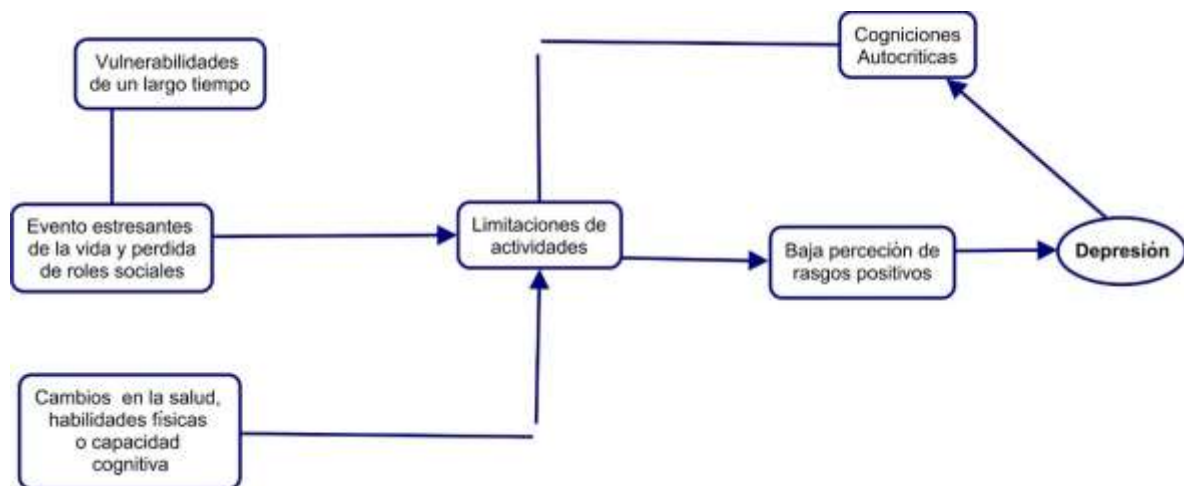
Como se ha mencionado, la aparición y mantenimiento de síntomas depresivos en personas mayores implica una interacción entre factores genéticos, cambios físicos y neurológicos asociados a la edad avanzada, factores psicológicos, alteraciones del sueño y factores sociales (Fiske et al., 2009).

Desde la perspectiva de la psicología, explicaciones conductuales de la depresión en adultos hacen énfasis en la falta de refuerzos positivos en la participación de actividades que a su vez genera menos oportunidades de interacción con el entorno, limitando sus resultados positivos.

Así mismo, los cambios en la salud, habilidades físicas y cognitivas, eventos estresantes de la vida, pérdida de roles sociales y determinados estilos cognitivos se vuelven en una limitación de las actividades de las personas, que a su vez genera una menor cantidad de refuerzos positivos que generan la depresión (Ver Figura 5).

Figura 5

Modelo conductual que describe el inicio y el mantenimiento de la depresión en adultos



Nota: Adaptado de Fiske (2009).

En este modelo se mencionan las cogniciones autocríticas debido a que tienen un efecto de castigo en los esfuerzos de la persona, es decir, una vez deprimida la persona, sus conductas a menudo le generarán pensamientos autocríticos teniendo un efecto negativo que resulta en distimia (disminución de actividades de su agrado) o, creando pensamientos rumiantes y, estos pensamientos son mantenidos por el alivio asociado a no correr el riesgo de fracasos posteriores (Fiske et al., 2009). La combinación de la falta de refuerzos positivos con la experiencia aversiva de pensamientos autocríticos intensifica y mantiene y refuerza un estado depresivo.

Como sabemos la salud mental y el bienestar emocional son condiciones importantes en todas las etapas de la vida, debido a que entendemos que no hay salud sin salud mental, es por ello que la depresión en el grupo de edad de adultos mayores es considerado un problema de salud pública por su alta prevalencia e importantes consecuencias, por lo que es imperativo identificar sus factores de riesgo y determinantes para diseñar intervenciones tempranas, preventivas y terapéuticas que incidan sobre los riesgos potencialmente modificables (Sosa, Austillo, & Acosta, 2017).

CAPÍTULO 2

PSICOLOGÍA POSITIVA

La relación entre salud, bienestar y estados psicológicos es indiscutible, debido a que la presencia de conductas saludables y de determinadas emociones adquieren un papel imprescindible en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

La Psicología Positiva es una rama de la psicología que estudia el funcionamiento psíquico óptimo tanto de las personas, de grupos y de instituciones, en el cual se ve al ser humano desde otra perspectiva, es decir centrándose principalmente en sus potencialidades, en sus recursos, su bienestar, su capacidad de reponerse frente a las adversidades, sus cualidades y sus aspectos positivos (Párraga, 2015).

La base de la Psicología Positiva reside en que un programa de intervención debe tener como objetivo generar un bienestar psicológico en la persona y no únicamente la desaparición de los trastornos psicológicos, a partir de hacer a las personas más felices, por medio del fomento de las emociones positivas, el disfrute, el bienestar, las fortalezas y las virtudes (Caruana, 2010; González-Arratia & Valdez, 2014).

2.1. Psicología de la salud

La psicología de la salud se enfoca en el Modelo Biopsicosocial de Engel, el cual se centra en los factores biológicos, sociales y psicológicos implicados en la salud (Morrison & Bennett, 2008).

La relación entre este modelo con la psicología de la salud se basa en las variables psicológicas del proceso salud-enfermedad, donde no solo se enfoca en la atención o curación de la enfermedad, sino también en la promoción de la salud y la

prevención de las enfermedades, actuando en todos los niveles de atención (Martín, 2003).

De acuerdo con Oblitas (2010) la psicología de la salud es una disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados para la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales dentro del proceso salud-enfermedad.

Matarazzo (como se citó en Cerezo-Reséndiz & Hurtado-Rodríguez, 2012) considera a la psicología de la salud como la suma de las contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades, la identificación de los diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y la mejora del sistema de atención de la salud y la formación de las políticas de salud.

De manera similar, Oblitas (2008a) menciona que la psicología de la salud aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales, así como cualquier otro comportamiento relevante para el proceso de la salud y de la enfermedad, en los distintos contextos.

De acuerdo con Oblitas (2008b) la Psicología de la Salud se centran en 4 principales objetivos (Ver Figura 6).

Figura 6

Objetivos principales de la Psicología de la Salud

Promoción de la salud	Prevención de las enfermedades	Evaluación y tratamiento de enfermedades específicas:	Evaluación y mejora del sistema sanitario
<ul style="list-style-type: none">• Se refiere a todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, fomentando los hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria.	<ul style="list-style-type: none">• Se entiende como la modificación de los hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, ya sea crónicas o agudas.	<ul style="list-style-type: none">• Se pretende trabajar junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.	<ul style="list-style-type: none">• Hace referencia a las propuestas dirigidas para mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados, estableciendo políticas de salud.

Nota: Elaboración propia basada en Oblitas, 2008b.

2.1.1. Atención de la salud

Se denomina atención de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se trabaja con los cuidados de salud de un individuo, un grupo o una comunidad; con el objetivo de contribuir a la conservación y la recuperación de la salud, así como también evitar el deterioro a partir de un diagnóstico oportuno y de recursos disponibles (Tobar, 2017).

De esta manera Villar (2011) menciona las cinco funciones básicas de la atención a la salud:

- 1. Protección de la salud:** son las acciones dirigidas en luchar contra factores que atenten contra la salud.
- 2. Promoción de la salud:** acciones de salud que proporcionan un mayor control sobre la salud para mejorarla.

- 3. Prevención de la enfermedad:** actividades destinadas a la prevención de las enfermedades en los individuos y en la comunidad.
- 4. Restauración de la salud:** acciones de los servicios de salud destinadas a recuperar la salud.
- 5. Rehabilitación:** son acciones de salud dirigidas a ayudar a las personas a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medio ambientales.

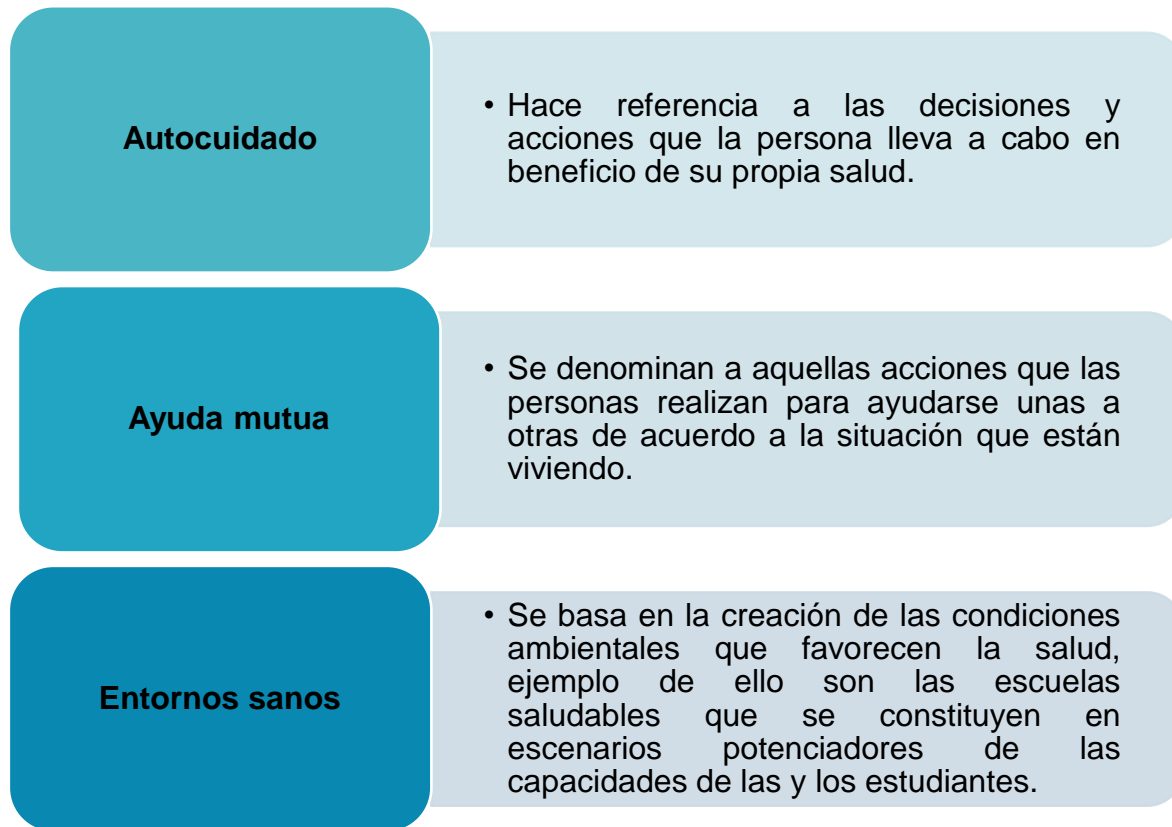
Dicho lo anterior, la importancia de la atención de la salud está dirigida hacia la resolución de las necesidades y de los problemas de salud, los cuales son abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, potenciando la autorresponsabilidad y la participación comunitaria (Martín, 2014).

Tomando en consideración las cinco funciones de atención a la salud, como parte de esta investigación se tomará en cuenta la promoción de la salud, toda vez que en esta función se toman en cuenta acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos permitiendo incrementar el control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla (Colomer & Álvarez-Dardet, 2001).

Basado en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio (2010) mencionan que la promoción de la salud se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas: autocuidado, ayuda mutua y entornos sanos (ver Figura 7).

Figura 7

Mecanismos dentro de la promoción de la salud de la Organización Panamericana de la Salud

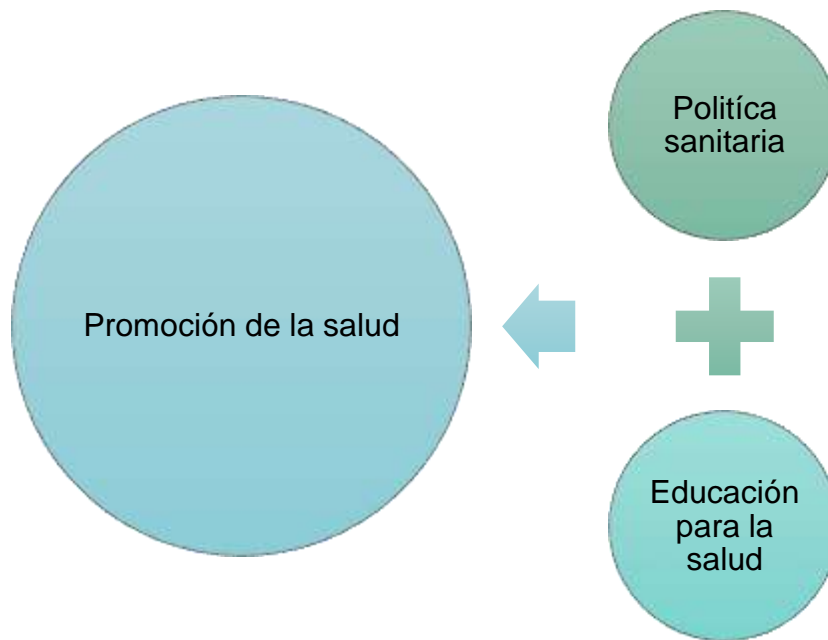


Nota: Basada en Giraldo et al., (2010).

De acuerdo con Green y Tones (2010) la promoción de la salud surge como respuesta a la necesidad de abordar comportamientos individuales, sociales y ambientales de la salud mediante herramientas (ver Figura 8). Estas herramientas están enfocadas a la educación, a la protección, al mantenimiento y a la mejoría de la salud en un nivel operativo (centradas en el individuo y/o en la comunidad) relacionadas con el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas (Fernandes et al., 2009).

Figura 8

Herramientas de la promoción de la salud



Nota: Elaboración propia

Por lo tanto, la promoción para la salud propone un marco de actuación en el cual se genera políticas públicas saludables, se crean ambientes favorables, se desarrollan habilidades personales, en donde facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas (Colomer & Álvarez-Dardet, 2001; Julio et al., 2011).

Así pues, dentro de la promoción de la salud los determinantes sociales, ambientales y personales de la salud, las herramientas y las estrategias son de suma importancia para la efectividad del desarrollo de políticas relacionadas con la salud y la educación para la misma. Puesto que las políticas repercuten en los

determinantes de la salud, modificando de forma positiva las condiciones de salud para la vida; por otro lado, la educación para la salud facilita la capacitación individual, familiar y colectiva que permite a los individuos y a las comunidades conocerse, conocer los factores que inciden en su salud y participar de manera directa en la mejora de las condiciones en las que viven (Basurto & Vergara, 2011).

Reyes, Abalo y Labrada (como se citó en Fernandes et al., 2009) se centran principalmente en la promoción con la educación, debido a que al promover la salud se educa, es decir, se enseña y se establece un comportamiento efectivo para una salud óptima; en donde se establecen nuevas conductas, se modifican actitudes y se fomentan creencias favorables mediante el conocimiento de la condición de salud, de formulaciones verbales, campañas, intervenciones, trabajos en comunitario, entre otros.

Dentro de los programas basados en la promoción de la salud es importante tener en cuenta las habilidades psicosociales y los conocimientos específicos que funcionan como factores de protección; dichos factores son entendidos como una actitud o comportamiento que genera resiliencia en el individuo o en un grupo. Así mismo se tiene los factores de riesgo los cuales son situaciones o actitudes que exponen a un individuo o grupo a tener conductas no deseables (Pick & Givaudan, 2004).

Como se ha comentado la promoción de la salud combina métodos de planeación en donde los profesionales de la atención primaria desempeñan un papel importante que apoya y facilita el control de un ambiente favorable.

2.2 Psicología positiva

Como se mencionó en el apartado de salud mental, se entiende que es más que la ausencia de trastornos mentales, para Vásquez y Hervás (2008) la salud mental

vista desde una óptica positiva conlleva un estado emocional positivo, y un modo de pensar más considerado sobre sí mismo y los demás, en el que se puede tener unas expectativas de un futuro positivo y más adaptativo para interpretar la realidad. De alguna manera, se trata de tener una perspectiva que se enfoque más en la posibilidad que en la limitación misma con la que se pueda contar. Supone que los seres humanos también pueden disponer de recursos para afrontar las adversidades y que, incluso, puedan lograr desarrollarse.

La psicología positiva es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, plantea mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional, prevenir la aparición de trastornos mentales y psicopatologías, desarrollando competencias emocionales que preparen para la vida, desarrollando un modelo centrado en la promoción de salud, tanto física como mental (Torró & Pozo, 2010; Vera, 2006).

Martin Seligman (como se citó en Castro, 2010) postula la existencia de tres pilares de la Psicología Positiva definiéndose como las vías de acceso a una vida plena, sinónimo de una vida feliz.

Emociones positivas: esta vía consiste en incrementar la mayor parte del tiempo la cantidad de emociones positivas y momentos agradables para ser feliz a lo largo de la vida. De acuerdo con Seligman estos momentos pueden alcanzarse a partir del *savoring* que implica la autorregulación de las emociones positivas en donde se generan, se mantienen o se aumentan a través de las experiencias positivas del pasado, del presente o del futuro; de igual forma se generan a través del *mindfulness*, que se entiende como un rasgo o estado mental que implica la focalización intencional de la atención plena a través de los pensamientos, acciones

y sensaciones (Castro, 2010; Cebolla, Enrique, Alvear, Soler, & García-Campayo 2017).

De acuerdo con Fredrickson (como se citó en Padrós, 2002) los estudios de las emociones positivas juegan un papel importante en la evolución de los humanos, favoreciendo el pensamiento creativo para la resolución de problemas y la toma de decisiones; siendo estos objetos de estudio de la Psicología Positiva, ya que funcionan como un marcador y como un medio para conseguir y/o mejorar el crecimiento y el bienestar psicológico por más tiempo.

Compromiso: se refiere a todas aquellas actividades, tareas y capacidades de experimentar *flow*, el cual se refiere a un estado de experiencia óptima que las personas expresan cuando están intensamente implicadas en lo que están haciendo y que les resulta divertido hacer, generando una sensación de que las propias habilidades son adecuadas para enfrentarse a los desafíos (Mesurado, 2010).

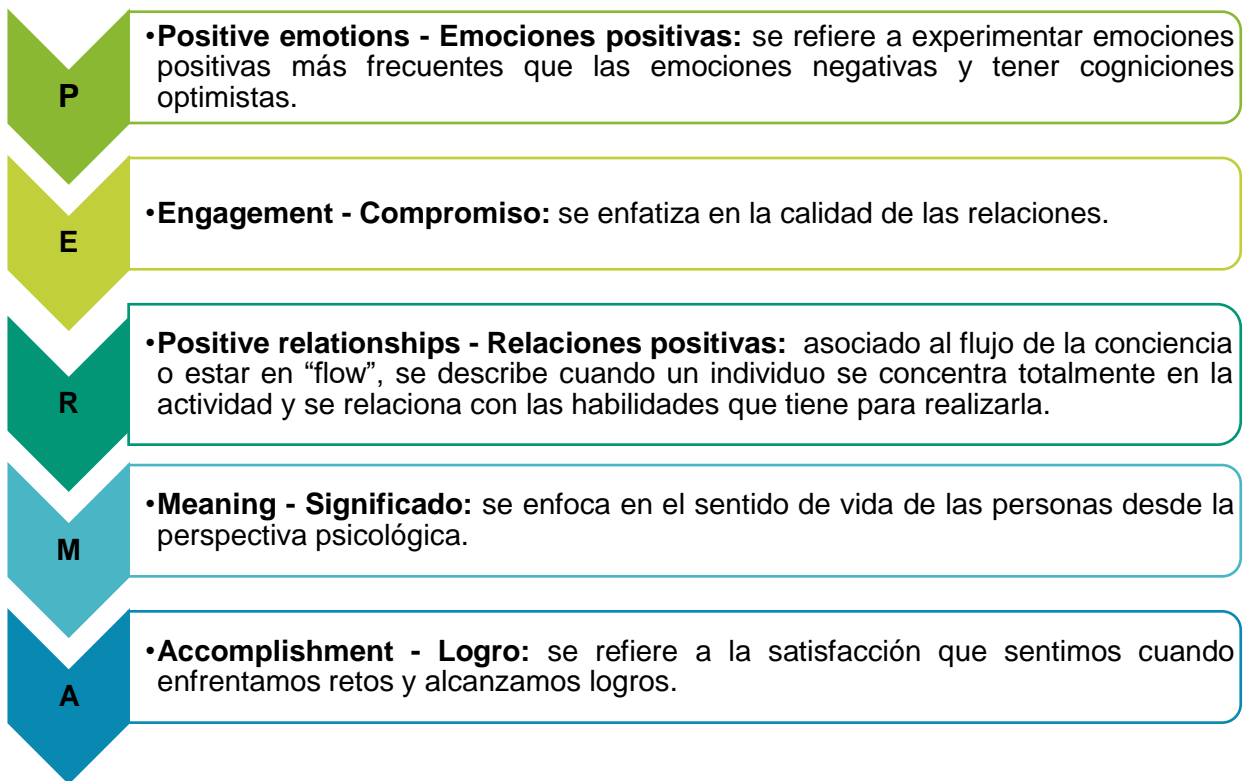
Vía de acceso o vida con significado: este pilar está relacionado con la búsqueda de sentido, en el cual se emplean las habilidades y fortalezas personales dirigidas a la ayuda de los demás para el desarrollo de sus propias potencialidades. Parte importante de esta vía son las gratificaciones, ya que en el proceso genera sentimientos positivos profundos, esta vía de acceso o con significado se da a través de las instituciones como lo son la familia, el trabajo, la escuela o la comunidad (Lupano & Castro, 2010).

2.2.1 Modelo de la Psicología Positiva

Seligman (2011) describió cinco pilares que conforman el Modelo PERMA por sus siglas en inglés, el cual contribuye al bienestar, ya que se basa en el uso de fortalezas y virtudes (ver Figura 9).

Figura 9

Modelo PERMA

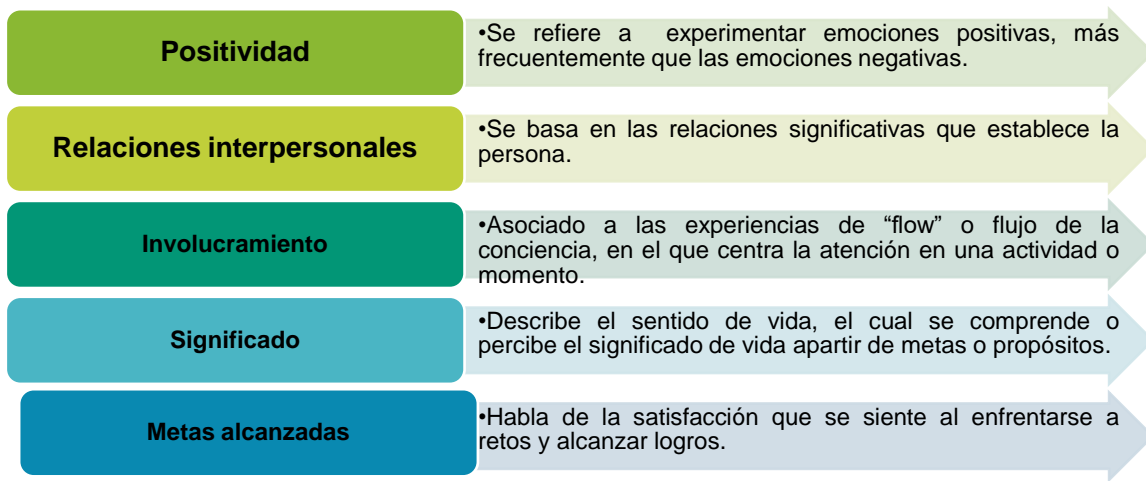


Nota: Adaptado de Seligman (2011).

De igual forma, Tarragona (2013) traduce en español la ideología de los pilares que contribuyen al bienestar de Seligman, a este modelo lo denominó como PRISMA (ver Figura 10).

Figura 10

Modelo PRISMA



Nota: Adaptado de Tarragona (2013).

Como conclusión podemos decir que la Psicología Positiva enriquece la promoción del bienestar, ya que impulsa las experiencias emocionales positivas como la felicidad, el placer, el bienestar con el pasado y la esperanza en el futuro, así mismo fomenta los rasgos positivos como las fortalezas de carácter.

2.2.1 Bienestar Subjetivo

El bienestar, desde la perspectiva psicológica es un componente de la calidad de vida, debido a que está compuesto por el bienestar percibido, la felicidad y la satisfacción.

El interés del estudio del bienestar y sus componentes desde la perspectiva de la Psicología Positiva surge a partir del interés de investigar sobre las fortalezas y virtudes humanas, los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Bajo esta línea, es entendido como la evaluación que cada individuo hace de su propia vida, incluyendo dos aspectos, el cognitivo y el afectivo; que por medio de la interacción producen en la persona percepciones con respecto a sus vivencias que van desde la agonía hasta el éxtasis, las personas que tienen alto bienestar manifiestan satisfacción con su vida y emociones positivas frecuentemente (González-Arratia & Valdez, 2014).

Se define el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia del afecto negativo; esto propone que el bienestar se refiere a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009). Siguiendo esta ideología el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad de placer y de felicidad.

El bienestar subjetivo se define por su naturaleza subjetiva vivencial y se relaciona con aspectos del funcionamiento psíquico, físico y social, de esta manera genera un sentir positivo y un pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo y esto es expresado (García-Viniegras & González, 2000).

Se considera que el bienestar subjetivo tiene tres componentes básicos: el afecto positivo, el afecto negativo y el componente cognitivo también conocido como satisfacción vital, en el cual las personas evalúan su vida (Castro, 2010).

- **Afecto positivo:** es un constructo que surge cuando el sentimiento provocado por la emoción se percibe como positivo, experimentando una emoción favorable (Ovejero & Velázquez, 2017).
- **Afecto negativo:** es concebido como constructo que incluye los estados afectivos negativos tales como tristeza, ira, miedo, ansiedad, etc. (Padrós, Soriano-Mas, & Navarro, 2012)

- **Satisfacción vital:** hace referencia a un juicio global sobre la propia vida, es decir, a la valoración que se realiza sobre si las condiciones de vida (Párraga, 2015).

A lo largo del tiempo las diversas investigaciones se han centrado en el desarrollo del bienestar subjetivo, ejemplo de ello es Warner Wilson quien en 1967 realizó una revisión del bienestar subjetivo, concluyendo que la persona feliz es “joven, saludable, bien educada, bien pagada, extrovertida, optimista, libre, religiosa, casada, con alta autoestima, moral de trabajo, aspiraciones modestas, de cualquier sexo y de una amplia gama de niveles de inteligencia” (Cuadra & Florenzano, 2003).

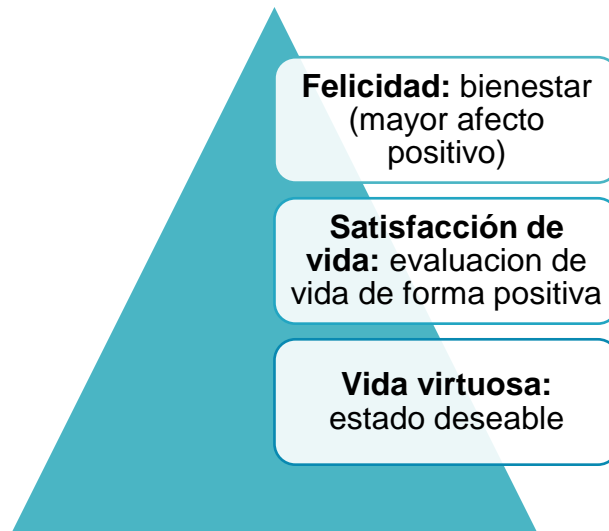
Para Díaz et al., (2006) el bienestar subjetivo fue considerado como un indicador de la calidad de vida determinado por la interrelación entre características del ambiente y grado de satisfacción mostrado por el individuo, enfatizando en la naturaleza vivencial y experiencial del propio bienestar.

Por otro lado, Díaz (2010) define el bienestar subjetivo como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, en la que se incluye una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.) y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas). Para estos autores, la persona con un bienestar psicológico adecuado posee una satisfacción con su vida, frecuentes emociones positivas.

Diener (1984) menciona que hay tres niveles clave en la naturaleza del bienestar subjetivo y lo que representa para las personas (Ver Figura 11).

Figura 11

Niveles en el bienestar subjetivo



Nota: Adaptación propia de Diener (1984).

Por lo tanto, el bienestar subjetivo que se experimenta está determinado por factores que afectan estrictamente a la vida de un individuo en particular (estado de salud, relaciones familiares y sociales, etc.) como por ejemplo los factores contextuales que influyen sobre el conjunto de la población (factores sociales, económicos, políticos, etc.), así mismo los factores genéticos, los cuales forman parte de los componentes de la personalidad, estos factores pueden conducir a diferencias en la reactividad de los centros emocionales del cerebro, los cuales predisponen a las personas a experimentar diferentes grados de emociones placenteras y displacenteras (Díaz, 2010; Moyano & Ramos, 2007).

2.2.2 Fortalezas de carácter

Se entienden como virtudes a los valores universales, características centrales del carácter (desde la perspectiva de la Psicología Positiva son rasgos positivos) las cuales han sido establecidas a partir de estudios de orden moral y filosófico. Las

virtudes son la sabiduría, el coraje, la humanidad, la justicia, la templanza y la trascendencia (Martínez, 2006).

Por otro lado, las fortalezas de carácter son las características, manifestaciones psicológicas, recursos positivos o estilos moralmente valorables de pensar, sentir y actuar de una persona, que al ser utilizadas favorecen y contribuyen al bienestar y a la vida en plenitud (Peterson & Seligman, 2004).

Niemiec (2019) considera que son el núcleo del individuo que proporciona una vía para desarrollar otras áreas de fortalezas, en otras palabras, las fortalezas de carácter se consideran como aquello que es y forman parte central de la identidad de la persona. Las fortalezas son: Valentía, Persistencia, Integridad, Vitalidad, Amor, Bondad, Inteligencia Social, Ciudadanía, Imparcialidad, Liderazgo, Creatividad, Curiosidad, Apertura Mental, Aprendizaje, Perspectiva, Clemencia Y Misericordia, Humildad-Modestia, Prudencia, Autocontrol, Apreciación de la belleza y excelencia Gratitude, Esperanza, Humor y Espiritualidad.

2.2.2.1 Clasificación de virtudes y fortalezas

Peterson y Seligman (2004) en su manual *Character Strengths and Virtues: A handbook and classification* plantean una clasificación del carácter moral, en la cual se sugiere las 6 virtudes que comprenden 24 fortalezas de carácter.

La definición de cada fortaleza de carácter implica el cumplimiento de doce criterios básicos:

Debe ser universal; debe contribuir a la satisfacción, felicidad y plenitud humana; debe ser susceptible de ser moralmente valorada; no implica desvalorizar a otros; debe tener antónimos negativos; debe poseer cierto grado de generalización y estabilidad; debe ser medibles; no debe ser

conceptual o empíricamente redundantes con otras fortalezas de carácter; debe ser un rasgo positivo intrínseco del individuo; su existencia se considera como prodigiosa al florecer en las etapas tempranas de niños y adolescentes; se encuentran ausentes en algunos individuos y, finalmente, existen instituciones que promueven de manera explícita prácticas dirigidas a cultivarlas (Ruvalcaba, Gallegos, & Morales, 2017, p.74).

La clasificación de Peterson y Seligman se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

Clasificación de virtudes y fortalezas de carácter.

Virtud	Fortaleza
Coraje	Valentía Persistencia Integridad Vitalidad
Humanidad	Amor Bondad Inteligencia social
Justicia	Ciudadanía Imparcialidad Liderazgo

Virtud	Fortaleza
Sabiduría y conocimiento	Creatividad Curiosidad Apertura mental Aprendizaje Perspectiva
Templanza	Clemencia y misericordia Humildad/ modestia Prudencia Autocontrol
Trascendencia	Apreciación de la belleza y excelencia Gratitud Esperanza Humor Espiritualidad

Nota: Adaptado de Peterson y Seligman en Niemiec, 2019.

Estas fortalezas de carácter incluyen rasgos positivos relacionados con la adquisición y el uso de información en beneficio a una buena vida. A continuación, se definen detalladamente las 6 virtudes y 24 fortalezas propuestas por Peterson y Seligman en el manual *“Character Strengths and virtues: a handbook and classification”* (Castro, 2010; Cosentino, 2010; Peterson & Seligman, 2004; Ruvalcaba et al., 2017).

2.2.2.1.1 Virtud: Coraje

Se refiere al aspecto emocional que involucra el ejercicio de la voluntad para alcanzar metas que afrontan adversidad, interna o externa.

- **Valentía:** Es una acción voluntaria llevada a cabo a pesar del riesgo, peligro o daño potencial, esta acción se destina para el bien común y suele ser coherente con los valores y creencias. Incluye la fuerza física, pero no se puede reducir únicamente a ese aspecto.
- **Persistencia:** Se define como la continuación voluntaria de un comportamiento activo dirigido a una meta a pesar de los obstáculos o dificultades con el objetivo de terminar lo que inició, sintiendo placer al terminar; es decir se obtienen satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito.
- **Integridad:** Se refiere a ser moralmente coherente consigo mismo, con los valores que defiende, ir siempre con la verdad y ser una persona genuina, no ser pretencioso, asumiendo la responsabilidad de los propios sentimientos y acciones emprendidas.
- **Vitalidad:** Se escribe un aspecto dinámico del bienestar marcado por la experiencia subjetiva de sentirse vivo y con energía. Ejemplo de esto es afrontar la vida con entusiasmo y energía; hacer las cosas con convicción, dando todo de sí mismo.

2.2.2.1.2 Virtud: Humanidad

Implica mejorar el bienestar del otro, en la cual se realizan acciones positivas por los demás.

- **Amor:** Representa una orientación emocional, comportamental y cognitiva hacia los demás, es decir tener relaciones interpersonales importantes y valiosas, donde el afecto y el cuidado son mutuos.
- **Bondad:** Indica una orientación de sí mismo hacia el otro con en que tiene un vínculo emocional o afectivo. Ejemplo de esto es hacer favores y buenas acciones para los demás, ayudar y cuidar a otras personas y disfrutar de ello.
- **Inteligencia social:** Incluye la capacidad de razonamiento sobre información emocional interna o externa. Es decir, ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de sí mismo como de los demás.

2.2.2.1.3 Virtud: Justicia

Se refiere al aspecto cívico, base de una comunidad saludable, se traduce en la noción de equidad, que incluye el bien de los demás, pero también el personal. Incluye las fortalezas cívicas que sustentan una vida social saludable entre los individuos.

- **Ciudadanía:** Representa un sentimiento de identificación con el bien común, que está guiado a uno mismo, de igual forma el sentimiento de pertenecer a una comunidad y se extiende más allá del interés propio, por ejemplo, trabajar bien dentro de un equipo o un grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él.
- **Imparcialidad:** Es el proceso por el cual el individuo determina lo que es moralmente correcto y lo moralmente incorrecto, esto quiere decir tratar a todas las personas como iguales de acuerdo con las nociones de equidad y justicia; no deja que sentimientos personales influyan en decisiones sobre los otros, dando a todo el mundo las mismas oportunidades.

- **Liderazgo:** Es una cualidad personal que se refiere a un conjunto de atributos temperamentales y cognitivos orientados a influenciar y ayudar a los miembros del grupo de uno. Por ejemplo, animar al grupo del que uno es miembro para hacer cosas, así como reforzar las relaciones entre las personas de dicho grupo.

2.2.2.1.4 Virtud: Sabiduría

Hace referencia al aspecto cognitivo que facilita la adquisición y el uso de conocimientos, en donde estos se utilizan con fines nobles y puede compartirse con los demás.

- **Creatividad:** Implica pensar en nuevos y productivos caminos y formas de hacer las cosas. Incluye la creación artística, pero no se limita exclusivamente a ella, ya que también se encuentra la capacidad para encontrar soluciones originales a los problemas del día a día.
- **Curiosidad:** Representa el deseo por experimentar y conocer. Significa el reconocimiento, la búsqueda y la regulación de la propia experiencia en respuesta a situaciones desafiantes. Por ejemplo, tener interés por lo que sucede en el mundo, encontrar temas fascinantes, explorar y descubrir nuevas cosas. Incluye la búsqueda de la novedad y el deseo intrínseco de aumentar el conocimiento.
- **Aprendizaje:** Describe el modo en que una persona se relaciona con habilidades e informaciones nuevas y el interés individual por el cual una persona se relaciona con contenidos específicos. Es decir, adquirir nuevas habilidades y llegar a dominar nuevos temas, por cuenta propia o a través del aprendizaje formal.

- **Apertura mental:** Es la voluntad de buscar evidencias en contra de las creencias, planes o metas preferidas de uno en donde se piensa sobre las cosas y se examina los significados adquiridos. Esta fortaleza se ve reflejada en no sacar conclusiones al azar, sino tras evaluar cada posibilidad, estar dispuesto a cambiar las propias ideas en base a la evidencia.
- **Perspectiva:** Se refiere a ser capaz de dar consejos sabios y adecuados a los demás y de esta forma hacer juicios precisos acerca de la conducta y el significado de la vida. Esta fortaleza le permite al individuo tratar preguntas difíciles e importantes sobre el desarrollo y significado de la vida.

2.2.2.1.5 Virtud: Templanza

Es la inhibición de los propios excesos, refleja la negación de sí mismo ante el beneficio para otros.

- **Clemencia y misericordia:** Representa un conjunto de cambios prosociales que ocurren en un individuo que ha sido dañado por alguien, en el que las motivaciones básicas o tendencias de acción hacia el transgresor se tornan más positivas. Esta fortaleza brinda la capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad y no mostrando sentimientos de venganza ni de rencor.
- **Humildad y modestia:** Se relaciona con la estimación precisa de los logros, talentos o méritos de propios, dejando que estos hablen por sí mismos ante los demás.
- **Prudencia:** Es una orientación cognitiva hacia el futuro personal, en la que la forma de razonamiento práctico y de autogestión guía para alcanzar los propios objetivos de largo plazo. La persona con esta fortaleza actúa de

forma cautelosa a la hora de tomar decisiones, así mismo piensa en los beneficios a largo plazo de una acción.

- **Autocontrol:** Se refiere a regular, controlar o gobernar las respuestas propias (acciones, expresiones, impulsos, pensamientos o emociones) con el propósito de adaptarse a un cumplir un objetivo, esto quiere decir tener capacidad para gestionar los propios sentimientos y acciones, reflejándose la disciplina y el control sobre los impulsos y emociones.

2.2.2.1.6 Virtud: Trascendencia

Proporciona un significado de vida y forja conexiones con un universo mayor.

- **Apreciación de la belleza y la excelencia:** Se refiere a la capacidad de encontrar, reconocer y sentir emociones autotranscendentes como el encanto y emociones relacionadas, es decir notar y saber apreciar la belleza de las cosas o interesarse por aspectos de la vida como la naturaleza, el arte, la ciencia, etc.
- **Gratitud:** Es un sentimiento de agradecimiento y alegría que surge como respuesta a reconocer que uno se ha beneficiado. Ser consciente y agradecer las cosas buenas que suceden y de igual forma tomarse tiempo para expresar agradecimiento.
- **Esperanza:** La fortaleza esperanza representa una actitud cognitiva, emocional y motivacional hacia el futuro. Por ejemplo, esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo.
- **Humor:** El humor implica el reconocimiento lúdico, el disfrute risueño y/o la creación de incongruencias. La persona con esta fortaleza tiene una visión alegre y serena que le permite ver el lado positivo de las cosas ante la adversidad y mantiene un buen estado de ánimo.

- **Espiritualidad:** Se relaciona con las creencias y prácticas que se basan en la convicción de que hay una dimensión trascendente de la vida. Las personas que tienen esta fortaleza piensan que existe un propósito o sentido en la vida.

2.3 Intervenciones clínicas basadas en Psicología Positiva

Las intervenciones desde esta perspectiva buscan el crecimiento del ser humano, a partir de una vida feliz, saludable, productiva y significativa por medio de estrategias de la Psicología Positiva, en donde la evaluación se amplía debido a que se incluye fortalezas, cualidades y capacidades (Jiménez, Izal, & Montorio, 2016; Guillén et al., 2017; Park et al., 2013).

Bohlmeijer, Bolier, Lamers y Westerhof (2017) clasifican tres tipos de intervenciones clínicas: terapia del bienestar, psicoterapia positiva y terapia de aceptación y compromiso.

La atención primaria a la salud se define como el enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad; tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar a través del cuidado de las necesidades, que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Dentro de este enfoque, se suma la salud pública para el trabajo con la comunidad la cual es generadora de salud y enfermedad; esto se da a través del análisis de los determinantes de la salud, de aquellos que no son modificables como la edad y el sexo, así como de los determinantes modificables para los cuales se utilizan diversas estrategias tales como las intervenciones; esto permite modificar determinantes negativos de enfermedad y generar positivos para una buena salud (Pasarín, Miller & Segura, 2008).

Bajo esta línea, el campo de la psicología contribuye a estos objetivos mediante el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y/o seguimiento de los

programas de intervención, las cuales se preocupan por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual, a la promoción de salud y prevención de la enfermedad, optimizando así el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población, del contexto familiar así como en el contexto social que lo rodea.

Es por ello que se ha buscado implementar nuevas estrategias en las que las intervenciones integren tanto el bienestar como el funcionamiento positivo. De esta manera, el surgimiento de la Psicología Positiva ha conseguido contrarrestar la visión tradicional de la intervención en promoción y prevención, en la que se propone un modelo de fortalezas asociadas al bienestar y al desarrollo del potencial (García-Alandete, 2014).

Para fines de este estudio se destacará la importancia de la salud mental en adultos, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP), se estima que los trastornos mentales afectan a casi el 30% de la población (OMS, 2018).

Bajo esta premisa, Medina-Mora, et al. (2003) manifiesta que la depresión constituye un problema importante de salud pública, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronosticaba que para el 2020 la depresión sería la segunda causa de mortalidad prematura y de discapacidad en el mundo, y la primera en países en vías de desarrollo como México.

A nivel mundial representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables, mientras que en México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, lo cual retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada (Carreño & Medina, 2018).

En este apartado se pretende reflexionar estudios sobre las aportaciones que han realizado diversos investigadores respecto a la temática de depresión y el funcionamiento cognitivo en adultos, para lo cual se ha revisado y analizado diversos artículos para conocer sus objetivos de investigación, métodos, enfoques teóricos, así como las principales aportaciones y conclusiones a las que han llegado (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Intervenciones enfocadas en el tratamiento de la depresión.

Título	Autores	Método	Principales aportaciones y conclusiones
Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores	Solano y Gallagher-Thompson (2001)	Se revisan recientes estudios de meta-análisis y de resultado en los que se documenta la utilidad de la TCC para la depresión en la vejez.	Se plantea cómo puede ser modificada la TCC para tratar las necesidades específicas de los adultos mayores y se proporcionan sugerencias para futuras líneas de trabajo.
Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults	Beutler et al. (como se citó en Solano & Gallagher-Thompson, 2001)	Se asignó aleatoriamente una muestra de 56 adultos mayores con un trastorno depresivo mayor	Encontraron que, tras un período de 20 semanas, los pacientes del grupo de terapia cognitiva mostraron una mejora en el estado de ánimo y en el sueño en comparación con los no participantes en el grupo.
Depresión en adultos mayores de cuatro hogares	Borda et al. (2013)	Su objetivo principal es establecer la prevalencia y factores de riesgo para	Como conclusión se dice que la depresión está en un tercio de la población

Titulo	Autores	Método	Principales aportaciones y conclusiones
geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo		depresión en adultos mayores de 65 a 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. Fue un estudio descriptivo-transversal, con análisis de casos y controles, en el cual participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	institucionalizada, afecto a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico, así como a los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a un salario mínimo, que tienen hipertensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.
Ejercicio físico y depresión de adultos mayores: una revisión sistemática	Patiño, Arango y Zuleta (2013)	revisión sistemática de ensayos clínicos. Utilizaron el método de estudio de caso donde se incluyeron los ensayos clínicos con asignación aleatoria	En los resultados se identificaron 11 estudios. En general, el ejercicio produce mejoría de la depresión en adultos mayores, con mayor evidencia a corto plazo (3 meses) y con trabajos de fuerza a alta intensidad, con base al resultado, se concluye que el ejercicio para las personas adultas mayores con depresión es

Titulo	Autores	Método	Principales aportaciones y conclusiones
Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal	Durán, et al. (2013)	Se planteó identificar la asociación entre la depresión y la función cognitiva de las personas mayores para orientar la planificación de las estrategias de intervención educativa; se utilizó el método descriptivo, transversal y correlacional con adultos mayores de una zona urbano-margina	benéfico, pero los estudios tienen una fuerte limitante ya que, son de baja calidad metodológica y heterogénea, haciendo necesario realizar ensayos clínicos que puedan vislumbrar con mayor efectividad la dosis de beneficios. Como resultado una correlación negativa entre depresión y función cognitiva ($z=-0.242$; $p=0.000$), a partir de estos resultados, se concluyó que no existe una correlación conforme a lo esperado y que posiblemente sus resultados se hayan visto afectados por el tipo de personas que asistieron en busca más bien de atención médica, el cual muestra que su actividad social puede ser mayor
Relación entre deterioro cognitivo	López-Trejo et al. (2015)	El objetivo de esta publicación fue conocer	Como resultados se muestra que existe una

Título	Autores	Método	Principales aportaciones y conclusiones
y depresión en pacientes mayores de 60.		la relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60 años que acuden a Unidad de Medicina Familiar no. 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, México. Fue un estudio transversal analítico, con un muestreo no probabilístico por conveniencia realizado en 217 pacientes previa firma de consentimiento informado mayores de 60 años que acudieron a la Unidad Médico Familiar 171. Se aplicó el test de Folstein para deterioro cognitivo y la escala de Yesavage para depresión	probabilidad de riesgo de presentar depresión y deterioro cognitivo en los ancianos de nuestra Unidad de Medicina Familiar además de una correlación positiva.
Ejercicio físico y depresión de adultos mayores:	Patiño, Arango y Zuleta (2013)	Su estudio tiene como objetivo determinar el efecto de diferentes tipos de ejercicio en la	En los resultados se identificaron 11 estudios. En general, el ejercicio produce mejoría de la

Titulo	Autores	Método	Principales aportaciones y conclusiones
una revisión sistemática		depresión de adultos mayores mediante una revisión sistemática de ensayos clínicos. Utilizaron el método de estudio de caso donde se incluyeron los ensayos clínicos con asignación aleatoria	depresión en adultos mayores, con mayor evidencia a corto plazo (3 meses) y con trabajos de fuerza a alta intensidad, con base al resultado, se concluye que el ejercicio para las personas adultas mayores con depresión es benéfico, pero los estudios tienen una fuerte limitante ya que, son de baja calidad metodológica y heterogénea, haciendo necesario realizar ensayos clínicos que puedan vislumbrar con mayor efectividad la dosis de beneficios.
Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia	Custodio, et al., (2014)	Tiene como objetivo saber cuáles son los riesgos o asociaciones que tiene la depresión y el deterioro progresivo cognitivo. Se aplicó seguimiento longitudinal y de caso-control dando como resultado después	Como conclusiones se manifestó que los investigadores no han logrado resolver las dudas sobre si la depresión está caracterizada como un riesgo o como pronóstico de demencia, sin embargo, otros estudios indican que

Titulo	Autores	Método	Principales aportaciones y conclusiones
		de un re-análisis en una cohorte que se usa para estudios sobre depresión y riesgos de desarrollar demencia de Cuerpos de Lewy (DCL) o enfermedad de Alzheimer (EA).	si está asociado como un factor de riesgo para la demencia.

Nota: Elaboración propia

2.3.1 Intervenciones basadas en Psicología Positiva en personas mayores

Como se mencionó al inicio de este apartado, durante los últimos años se han generado diversas intervenciones psicológicas en adultos, enfocadas en problemas y/o trastornos mentales tales como la depresión, la ansiedad o el funcionamiento cognitivo en las cuales se destaca el uso de la terapia cognitivo-conductual, la terapia de resolución de problemas, la terapia de estimulación, así como las intervenciones preventivas para su tratamiento.

Debido a que estas intervenciones integran el bienestar como elemento de la salud mental, han registrado en diversos estudios la mejora en la productividad, generando relaciones más significativas y una mayor aceptación en la atención a la salud (Bolier et al., 2013).

En España, en la Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social de Sevilla se realizó la investigación *Análisis del bienestar psicológico y calidad de vida en personas adultas mayores*, que tiene como objetivo describir el estado en el que se encuentran estas personas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Se analizó una muestra de 328 participantes de la Comunidad de Madrid,

para hacer la asociación entre el bienestar psicológico, estado de salud percibida y hábitos saludables que se encuentran directamente relacionados con la calidad de vida de los mayores. Los resultados obtenidos muestran la tendencia a que las personas que afirman que su estado de salud ha sido muy malo tienden a presentar resultados más altos en auto-aceptación y propósito de vida que aquellos que lo consideran bueno o muy bueno. Finalmente, los adultos que no salen con otras personas, tienen menos posibilidades de hablar con otras personas sobre sus problemas, se distraen menos de lo que desean y reciben menos elogios, generando puntuaciones más bajas para las dimensiones de bienestar psicológico (De Juanas, Limón, & Navarro, 2013).

De forma similar, en la investigación sobre *Ajuste psicosocial, bienestar subjetivo y ocio en adultos mayores jubilados mexicanos* el objetivo fue establecer la relación entre ajustes psicosocial en la jubilación, bienestar subjetivo, actividades de ocio y variables sociodemográficas en adultos mayores jubilados mexicanos. Participaron 181 adultos mayores. Los resultados indicaron que el ajuste psicosocial en la jubilación y el bienestar subjetivo se relacionan significativamente entre sí con las variables sociodemográficas de sexo, nivel de estudios, estatus de salud y estado civil y a su vez, se relacionan con la frecuencia de actividades de ocio. Estas variables deben tenerse en cuenta para fomentar un mayor ajuste psicosocial y bienestar subjetivo en adultos mayores jubilados. Al tener este ajuste de manera positiva funciona como protector para patologías mentales tales como depresión o ansiedad (Acosta, Vales, & Palacio, 2015).

Aunado a la evidencia de los estudios antes mencionados, Trew y Alden en 2013, así como, Santos en 2009 (como se citó en Bohlmeijer et al., 2017) demostraron que existe una evidencia de que las intervenciones desde un enfoque positivo reducen sintomatología depresiva, debido a que están dirigidas a la mejora de una vida agradable, comprometida y con sentido.

Ejemplo de esto, se observa en el trabajo de Pintado y Castillo (2017) quienes realizaron la propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión, dicha intervención constaba de 8 sesiones en las que se trabajaban el uso de fortalezas, la expresión de gratitud, la atención plena y el trabajo del optimismo y la esperanza; y como principal resultado se destacó la eficacia de este programa en la reducción de los síntomas de depresión y del afecto negativo, así como en el aumento de la satisfacción vital y el afecto positivo.

El artículo de Quintero, Henao, Villamil y León (2015) presenta como objetivo evaluar el impacto de la terapia de la risa sobre el grado de depresión y el sentimiento de soledad, en un grupo de adultos mayores internados en centros gerontológicos. Se hizo una investigación exploratoria con diseño cuasi-experimental, en la cual se aplicaron la escala de depresión de Yesavage que mide el sentimiento de soledad. Se llevaron a cabo ocho sesiones semanales de terapia de la risa a cargo del grupo “Payaso Hospitalarios” de la Fundación MediciLaun de Medellín. Se registró un descenso significativo en el grado de depresión, especialmente en aquellos con depresión inicial establecida.

Así mismo, Cuadra-Peralta, et al. (2012) en su estudio sobre impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital aplicado en 43 adultos mayores con un diseño cuasiexperimental, consideraron que es una forma de intervención eficaz para disminuir los síntomas depresivos y aumentar la satisfacción vital en la población de adultos mayores, debido a que la intervención se focaliza, principalmente, en aumentar los tres grandes aspectos de la felicidad: la vida comprometida, una vida con significado y las emociones positivas, siendo estas últimas incompatibles con las emociones negativas, lo cual sugiere un efecto protector contra la depresión.

De forma similar, Jiménez, Izal y Montorio (2016) elaboraron un programa piloto basado en la psicología positiva, destinado a incrementar el bienestar emocional de las personas mayores; los temas incluyeron fortalezas de carácter, emociones positivas y regulación emocional, así mismo se evaluó el afecto, el nivel de felicidad, el nivel de preocupación, el optimismo y la presión arterial. Los resultados indicaron que los participantes del programa incrementaron significativamente su nivel de felicidad y disminuyeron el nivel de preocupación y la presión arterial sistólica. El incremento del nivel de felicidad en personas mayores favorece la construcción de recursos personales y la implicación con objetivos y proyectos que les acercan al envejecimiento activo y saludable.

Por otro lado, las intervenciones para la mejora del funcionamiento cognitivo que son implementadas a través del uso de las TICs implican la práctica guiada de un conjunto de tareas diseñadas para estimular o entrenar de manera particular funciones cognitivas tales como la memoria, la atención o las capacidades ejecutivas, que puede realizarse en una variedad de formatos y procedimientos. De esta manera una intervención con pacientes que presentan algún tipo de deterioro cognitivo se basa en la estimulación cognitiva, la cual incluye técnicas de la terapia de orientación a la realidad, la reminiscencia, la psicoestimulación mediante las artes o la consulta de logopedia, así como los talleres de entrenamiento de la memoria, con el uso de diversas técnicas a manera de reeducación neuropsicológica y las propuestas de adaptación al entorno físico y humano (Díaz & Sosa, 2010; García-Alberca, 2015).

Olazarán et al. (2010) encontraron evidencias de que sesiones de entrenamiento o de estimulación de habilidades cognitivas llevadas a cabo tanto en pequeños grupos como de manera individual consiguen mejorar específicamente dichas destrezas cognitivas. Los entrenamientos en grupo de habilidades cognitivas específicas

generan una mejoría en el aprendizaje verbal y visual después de la enseñanza de estrategias de memoria llevadas a cabo diariamente.

Ante el panorama de salud mental en que nos encontramos definido como un problema de salud pública, se proponen diversas acciones en beneficio de la atención y eficiencia de los servicios de salud, con el propósito de reducir la brecha de atención en la salud mental y generar una participación colectiva para disminuir los estigmas de las enfermedades mentales.

A partir de las aportaciones mencionadas en este apartado se han visualizado el crecimiento y el esfuerzo de investigadoras e investigadores por demostrar la eficacia de intervenciones no farmacológicas, destacando características positivas y de funcionalidad relacionadas con trastornos, esto debido a que se emplean estrategias que afectan positivamente al bienestar, tales como el repetir experiencias agradables, practicar habilidades que lleven a experimentar emociones positivas y favorecer la aceptación.

CAPÍTULO 3

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Cuando pensamos en las personas adultas mayores, pensamos en todas esas vidas con un pasado que tienen que aceptar, un presente con el que tienen que aprender a vivir y sobre todo un futuro en el que, como todo ser humano, se aspira alcanzar el bienestar y la felicidad. El mundo del adulto mayor debe ser considerado como un periodo normal del ciclo vital, con fortalezas y debilidades, con tareas propias y oportunidades en las que se puede disfrutar de bienestar y satisfacción, aunque conlleve cambios biopsicosociales y espirituales; por ello, esta fase suele asociarse a una crisis de desarrollo y a un proceso de pérdidas, lo que torna a algunos adultos mayores más vulnerables y dificulta su adaptación; otros logran un desarrollo psicológico permanente, asociado con la adopción de nuevos roles y varios contextos sociales interrelacionados; debido a estas variantes, la vejez puede ser un periodo de bienestar subjetivo (OMS, 2015).

Ante este panorama, se necesitaba urgentemente una acción integral de salud pública para hacer frente al envejecimiento. El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud¹ respondió a estos desafíos; en él se considera que se requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención basada en el concepto de «envejecimiento saludable», entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, por medio del fomento y mantenimiento de la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales), o permitir que alguien con una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes (Bertranau, 2006).

3.1. Envejecimiento saludable

El concepto de envejecimiento saludable u óptimo, en contraste con la antigua idea de que el envejecimiento es el resultado de los inevitables procesos intrínsecos de pérdida y deterioro, y esto representa un gran cambio en el enfoque gerontológico, debido a que surge en respuesta al creciente número de adultos activos y saludables. Rowe y Kahn en 1988 (citado en Papalia, Sterns & Camp, 2009) identificaron tres componentes en un envejecimiento exitoso:

1. Evitar la enfermedad o la discapacidad relacionada con la enfermedad.
2. El mantenimiento de un alto funcionamiento físico y cognitivo.
3. El involucramiento activo y sostenido en las actividades sociales y productivas.

De acuerdo a la OPS (2023) el *envejecimiento saludable* es un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida.

El envejecimiento saludable es relevante para todos y consiste en crear las oportunidades para que las personas sean y hagan aquello que valoran a lo largo de su vida, es por ello que para lograr la optimización de oportunidades se trabaja en 3 aspectos (OMS, 2020):

- **Capacidad funcional:** es la capacidad de las personas de: satisfacer sus necesidades básicas para asegurarse un nivel de vida adecuado, aprender, crecer y tomar decisiones, tener movilidad, establecer y mantener relaciones, así como contribuir a la sociedad.
- **Capacidad intrínseca:** comprende todas las capacidades físicas y mentales de las que puede disponer una persona, incluida su capacidad locomotora (movimiento físico), su capacidad sensorial (visión y audición), su vitalidad (energía y equilibrio), y su capacidad cognitiva y psicológica (OMS, 2021b)

- **Entornos:** son los contextos en que las personas viven y se desarrollan. Los entornos determinan lo que las personas mayores con un determinado nivel de capacidad intrínseca pueden ser y hacer. Incluyen el hogar, la comunidad y la sociedad en general, y se relacionan con los productos, el equipamiento y la tecnología que facilitan las capacidades y habilidades de las personas mayores; el entorno natural o construido; el apoyo emocional, la asistencia y las relaciones proporcionadas por otras personas y animales; las actitudes, ya que éstas influyen en el comportamiento, tanto negativa como positivamente; y los servicios, sistemas y políticas que pueden contribuir (o no) a mejorar el funcionamiento a edades avanzadas.

En el año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la década que estaba por iniciar sería considerada como la Década del Envejecimiento Saludable.

La Década del Envejecimiento Saludable es considerada como la principal estrategia para construir una sociedad para todas las edades a nivel mundial; esta iniciativa suma los esfuerzos de los gobiernos, de la sociedad civil, de los organismos internacionales, de los equipos de profesionales, de el mundo académico, de los medios de comunicación y del sector privado encaminados a mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades.

3.1.1. Líneas de acción para un Envejecimiento Saludable

Para poder lograr esta estrategia se toman en cuenta cuatro líneas de acción (Ver Figura 12) las cuales se basan en los determinantes de entornos físicos, sociales y económicos contribuyendo a que las personas envejezcan de manera segura y continúen su desarrollo personal con participación social, potenciando la autonomía y su salud.

Figura 12

Líneas de acción para un Envejecimiento Saludable



Nota: Elaboración propia basada en OPS, 2021.

A continuación se describen las 4 líneas de acción (OPS, 2021):

Acción I: Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento.

Con esta línea se pretende contribuir a partir de generar acciones en donde las comunidades y familias, modifiquen los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad. Con esto se busca garantizar en los adultos:

- Independencia y autonomía
- Consentimiento informado en la materia de salud
- Reconocimiento igualitario ante la ley

- Seguridad social, accesibilidad y movilidad personal

Acción II: Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores.

Se busca contar con entornos físicos, sociales y económicos, tanto rurales como urbanos que ofrezcan un envejecimiento lleno de oportunidades, a través de entornos amigables con la edad en donde puedan crecer, vivir, trabajar, jugar y envejecer.

Acción III: Ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores.

En esta línea se busca que los sistemas de salud deben de estar preparados para ofrecer atención sanitaria de buena calidad a las personas mayores, en donde se integre una prestación de atención sostenible a largo plazo. Además, se requiere implementar servicios impulsados por el mantenimiento y la mejora de la capacidad funcional siendo esto esencial para lograr un envejecimiento saludable.

Acción IV: Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan.

Como se sabe la disminución de la capacidad física y mental puede limitar la capacidad de las personas mayores para cuidarse a sí mismas y participar en la sociedad; es por ello que muchas de las personas necesitan de este tipo de atención y en la mayoría de las ocasiones no se cuenta con servicios y atenciones adecuadas.

El acceso a los cuidados a largo plazo de buena calidad es esencial para mantener la capacidad funcional, disfrutar de los derechos humanos básicos y vivir con dignidad. Además, es fundamental apoyar a los cuidadores, para que puedan brindar la atención adecuada y también cuidar su propia salud.

3.2 Calidad de vida

De acuerdo con Tonon en 2022 (como se citó en Santana-Cárdenas & López-Uriarte, 2022) la calidad de vida es un concepto que comprende diversas dimensiones que hacen valorar de manera diferente en cada persona su vida, en donde implica una mirada tanto objetiva como subjetiva de la vida quedando diferenciada de las nociones de condiciones de vida, de bienestar social y de bienestar psicológico.

Bajo esta conceptualización se hace un reconocimiento de la calidad de vida basada en una estructura social, en donde se consideran características demográficas, rasgos culturales, características psicosociales de la comunidad y de las instituciones que la componen.

Así mismo, Tonon (2003) considera que la calidad de vida ofrece la posibilidad de una nueva mirada teórica que apunta a trabajar en las potencialidades de las personas y de las comunidades, sin olvidar el contexto sociopolítico.

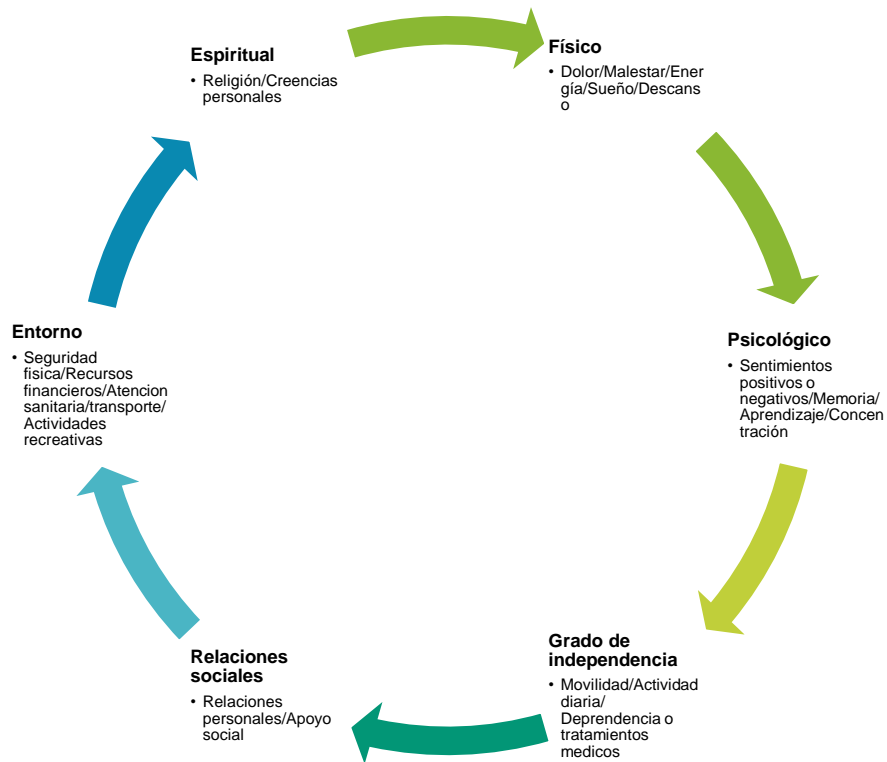
La OMS en 1994, (citado en Lemus, Parrado y Quintana, 2014) describe a la calidad de vida como:

“Percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”.

Este un concepto afecta de una manera compleja a la salud de la persona en un nivel físico, en su estado psicológico, en las creencias personales, en sus relaciones sociales y en su relación con las características más destacadas de su entorno. Por lo tanto, aporta a tener en cuenta la percepción de calidad de vida basado en el bienestar físico, psíquico, social y espiritual de la persona. En la Figura 13 se muestran las esferas para evaluar la calidad de vida con base a esta perspectiva (OMS, 1997).

Figura 13

Esferas para evaluar la calidad de vida

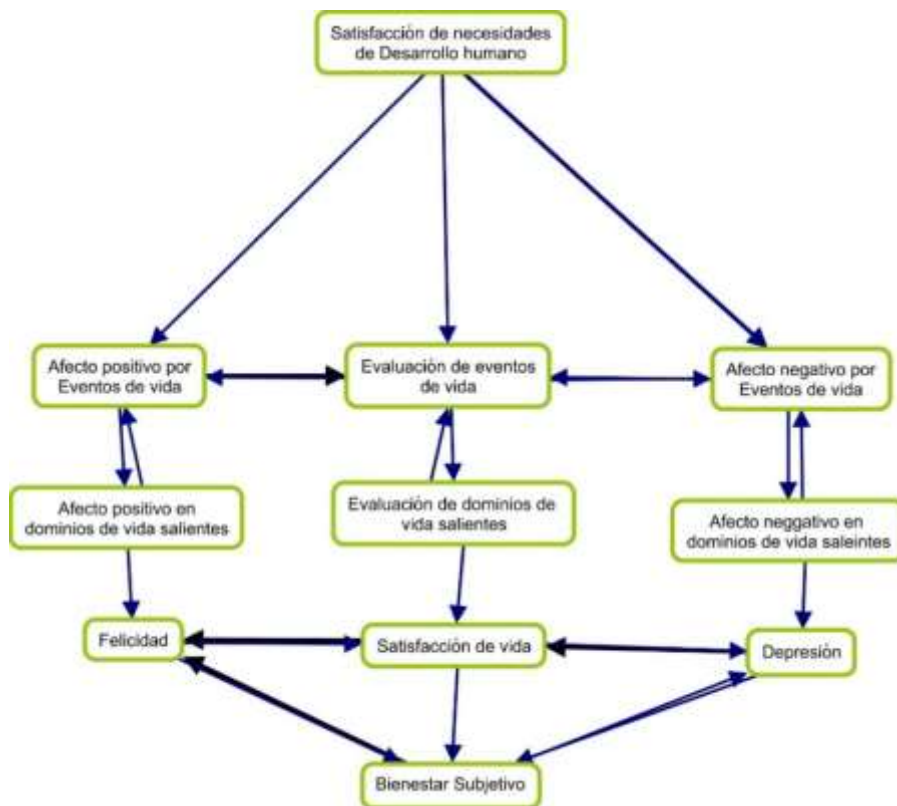


Nota: Elaboración propia basada en OMS, 1997.

En diversos estudios se ha demostrado que, para tener una buena percepción de calidad de vida, es fundamental la parte psíquica de la persona, dentro del campo de la psicología positiva se aborda el bienestar y el florecimiento que brindan una vida con sentido, a partir de cultivar las virtudes y fortalezas. De esta manera existe una gran relación con los componentes de la calidad de vida (Ver Figura 14).

Figura 14

Componentes de la calidad de vida con la Psicología Positiva



Nota: Adaptación a partir de Sirgy, 2021.

3.2.2 Calidad de vida en adultos

La calidad de vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; en donde lo podemos percibir como “elegible” en la medida en que los factores que interfieren son individuales, es decir las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos, por lo tanto, resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos.

Como se ha mencionado la calidad de vida se conforma por una serie de aspectos que se definen como objetivos, subjetivos y sociales (Montoya-Arce & Soria-Romero, 2017).

- **Aspectos objetivos:** aquellos que tienen que ver con las condiciones materiales de la persona adulta, como el nivel de ingresos, vivienda, alimentación, vestido, seguridad social, educación (estos elementos son parte de los derechos humanos)
- **Aspectos subjetivos:** tienen que ver con elementos psíquicos de la persona como: la autoestima, el auto concepto, la intimidad, la expresión emocional y la salud percibida.
- **Aspectos sociales:** se integran por las políticas públicas, programas sociales, servicios institucionales, pensiones no contributivas, así como cualquier otro servicio procurado por el gobierno a través de las instituciones para satisfacer de manera integral las diversas necesidades de las personas adultas.

Y al tener un equilibrio entre estos tres aspectos es vital para garantizar una favorable calidad de vida en la adultez y durante todo el proceso de envejecimiento.

3.3 Curso de vida

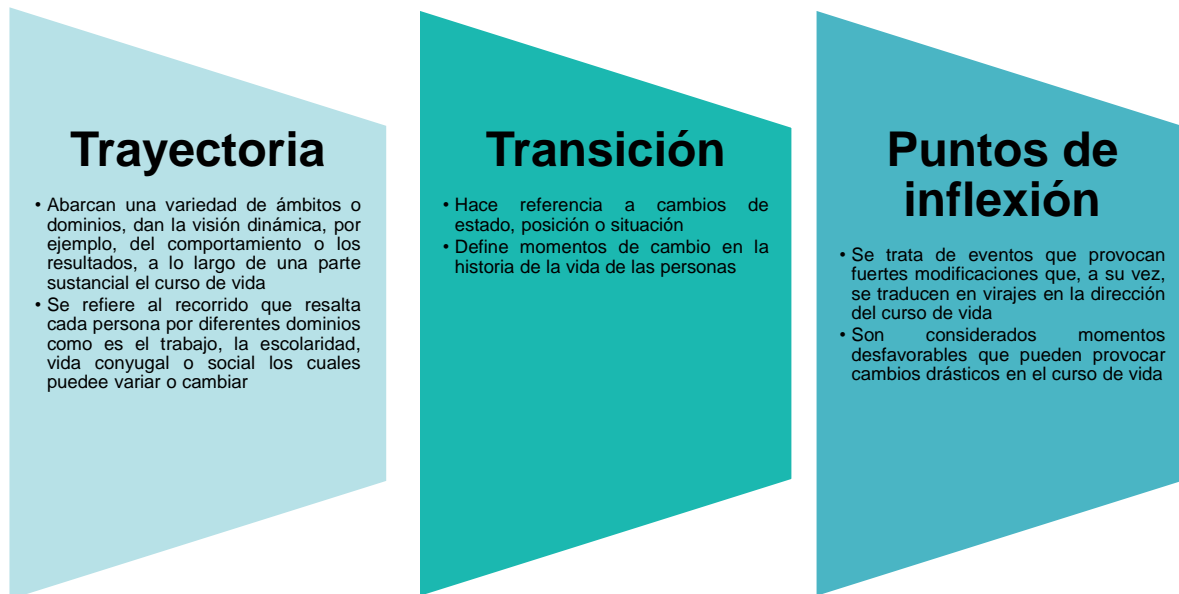
De acuerdo con la OMS, Se entiende como la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población (OMS, 2016).

Este enfoque permite comprender como se vinculan y transmiten las inequidades sociales en salud, y cómo se pueden mitigar o aliviar a través de las generaciones;

es decir reconoce que la salud y el desarrollo humano depende de la interacción de factores familiares, sociales, económicos y culturales, a lo largo de la vida desde la gestación, niñez, adolescencia, adultes y hasta la vejez. En la Figura 15 se muestra tres conceptos en los que se basa el modelo de ciclo vital.

Figura 15

Conceptos en el que se basa el Ciclo vital



Nota: Elaboración propia.

Estos tres conceptos representan las herramientas básicas del enfoque del curso de vida, reflejan la naturaleza temporal de las vidas y captan la idea del movimiento a lo largo de los tiempos históricos y biográficos (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006)

Thomas (citado en Glen, Patrick, y Crosnoe, 2003.) enfatizaba en la necesidad vital de un enfoque longitudinal de la historia de vida, utilizando registros de vida. Bajo esta perspectiva se considera el curso de vida como una orientación teórica, de particular relevancia para los estudios sobre el desarrollo humano y el

envejecimiento. En este marco el curso de vida consiste en patrones calificados por edad que están involucrados en las instituciones sociales y de la historia.

Así mismo, el enfoque del curso de vida se sustenta en cinco principios básicos fundamentales (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Principios básicos del enfoque del curso de vida

Principios	Características
Principio del desarrollo a lo largo del tiempo	<p>Se refiere a la necesidad de tener una perspectiva de largo plazo en la investigación y el análisis, ya que el desarrollo humano es un proceso que abarca del nacimiento a la muerte. Además, responde a la idea general de que para entender un momento o etapa específica resulta relevante conocer aquello que lo precedió.</p> <p>Este principio es que estudiando las vidas a lo largo de períodos sustanciales de tiempo incrementamos el potencial del interjuego entre cambio social y desarrollo individual</p>
Principio de tiempo y lugar	<p>Apunta directamente a la importancia de lo contextual, considera el curso de vida de los individuos está generado y es moldeado por los tiempos históricos y los lugares que le toca experimentar a cada persona.</p>
Principio del timing	<p>Refiere al momento en la vida de una persona en el cual sucede un evento. De esta manera, un mismo acontecimiento (por ejemplo, la muerte de los</p>

Principios	Características
	padres) repercutirá de manera muy diferente en la vida de un individuo dependiendo de la edad (y de las circunstancias) que tenga al ocurrir dicho suceso. Además, el momento en el que se presentan las transiciones puede tener consecuencias a largo plazo por los efectos que cause tanto en las propias transiciones subsecuentes como en las de otras personas.
Principio de vidas interconectadas	Afirma que las vidas humanas siempre se viven en interdependencia, o sea, en redes de relaciones compartidas, y que es precisamente en estas redes donde se expresan las influencias histórico-sociales (las transiciones individuales frecuentemente implican transiciones en las vidas de otras personas)
Principio del libre albedrío	Lo que se destaca es que los individuos no son entes pasivos a los que solamente se les imponen influencias y constreñimientos estructurales, sino que hacen elecciones y llevan a cabo actividades y de esta manera, construyen su propio curso de vida. <i>“las personas pueden moldear sus vidas, pero lo hacen dentro de límites socialmente estructurados, como se refleja en las oportunidades y las limitaciones que, a su vez, van cambiando históricamente”</i>

Nota: Elaboración propia basada de Blanco (2011) y Elder (2002).

3.4 Salud digital

El uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el ámbito de la salud ocupan un lugar importante para el desarrollo de investigaciones y aplicaciones en esta rama, es por ello que se han generado nuevos términos, como lo es e-Health (e- Salud).

De acuerdo con García (2017) e-Health es la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación en un entorno médico o sanitario en prácticamente todos sus niveles: gestión, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

La OMS (como se citó en Sainz et al., 2011) la define como el uso en el sector de la salud, de información digital, transmitida, almacenada u obtenida electrónicamente para el apoyo al cuidado de la salud tanto a nivel local como a distancia.

Como se mencionó en el capítulo anterior la OMS utiliza el término “envejecimiento activo” para hacer referencia al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; y parte de esta mejoría puede encontrarse en las nuevas tecnologías, que se están convirtiendo cada día más en la clave fundamental de la integración social (Padilla-Góngora, & Padilla-Clemente, 2008).

En los últimos años se ha buscado contribuir al diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención, que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual, a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad (Rodríguez, Valderrama, Molina, 2010).

Para conseguir la participación de las personas mayores, necesitamos, además, de un cambio de mentalidad a través de acciones educativas y sociales; y para ello hay

que acercarlos más y mejor el mundo de las ofertas tecnológicas, adecuándolo a sus demandas, expectativas y necesidades, se requiere que las administraciones faciliten los medios, equipos y servicios convenientes en cada caso, mediante programas destinados a favorecer el uso de las telecomunicaciones y las ayudas técnicas.

3.4.1 Tecnologías digitales en la adultez

El mundo moderno ha generado una capacidad tecnológica sin precedentes, lo cual brinda grandes oportunidades, no sólo para que se llegue a la vejez con mejor salud y disfrutando de un bienestar más pleno, sino con una mayor participación en la sociedad y con una mayor calidad de vida.

Tal circunstancia trae como consecuencia la aparición de un nuevo sector tecnológico dirigido a usuarios de un nivel físico y mental medio-alto, pero también a un buen número de personas con discapacidad y personas mayores

Las tecnologías digitales tienen un papel fundamental en los esfuerzos por aprovechar todo el potencial de las personas mayores, debido a que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) podrían facilitar que todos, en especial las personas mayores, tengan acceso a productos y servicios en el ámbito de la información digital y los utilicen (OPS, 2023).

Las TIC son herramientas y procesos que permiten acceder, recuperar, guardar, organizar, manipular, producir, intercambiar y presentar información por medios electrónicos (Sunkel, 2006). De esta forma las garantizan la creación de entornos digitales en los que todas las personas se beneficien y estén empoderadas por las tecnologías para contribuir a la sociedad en general.

En particular, las “tecnologías para mayores”, es decir, todos los productos y servicios tecnológicos diseñados con las personas mayores y para ellas, tienen el potencial de ayudar a impulsar el desarrollo y la inclusión

CAPITULO 4

MÉTODO GENERAL

4.1 Planteamiento del problema

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. En México de acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) se calcula una población de 15.4 millones de personas de 60 años o más, de esta manera se prevé que para el año 2030, la población mayor de 60 años será de más de 20 millones de individuos y para el 2050 se estima que esta población de adultos mayores constituirá el 27.7% de la población mexicana.

De esta manera, es posible afirmar que el envejecimiento poblacional será uno de los grandes desafíos que afronte México en los próximos años, además de las consecuencias que esto genera tanto en lo personal como en lo familiar. El envejecimiento de la población tendrá múltiples consecuencias económicas y sociales, sobre todo en materia de salud pública, en general requerirá de un aumento y mejora de servicios sociales específicamente dirigidos a este grupo de población (Choreño-Parra, De la Rosa-Arredondo, & Guadarrama-Ortiz, 2020).

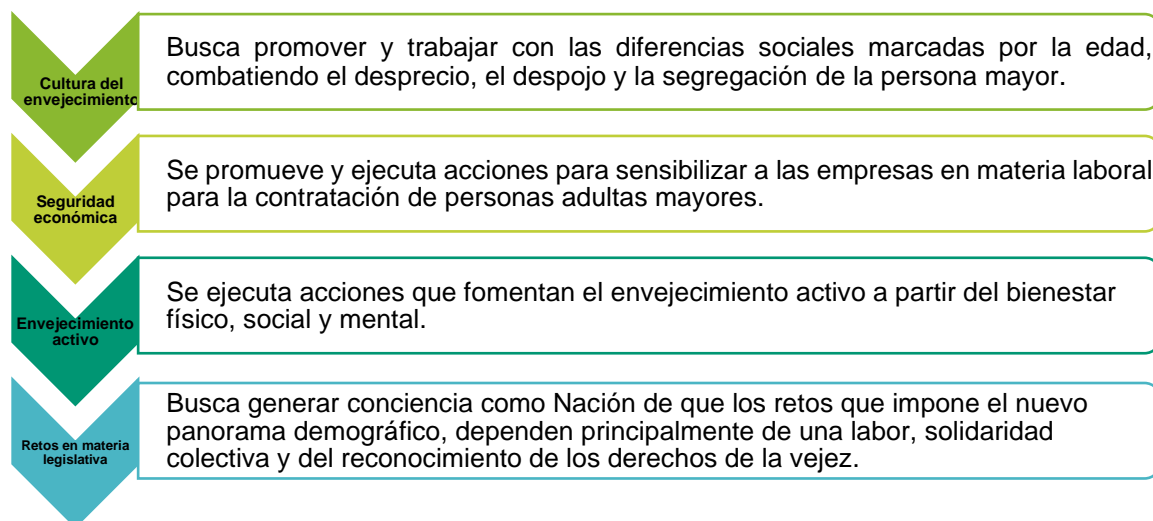
Referente, al ámbito de salud mental en esta población, las enfermedades mentales representan el 31% de los años de vida perdidos por discapacidad, es por ello que, dentro de las principales demandas y necesidades de salud de los adultos se encuentran relacionadas con los trastornos neuropsiquiátricos, en los que destacan la depresión y la presencia de deterioro cognitivo, debido a que tienen una relación directa con el incremento de la demanda de los servicios de salud, sus costos, los servicios sociales y la pérdida en la calidad de vida (Sanchez-Garcia et al,2012). Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y que 1 de 4 personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida, sin

importar su edad o condición social, siendo considerada como la principal causa de discapacidad a nivel mundial. En México señalan que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento en su vida (Corea, 2021).

A partir de lo anterior y basado en las estadísticas como en las necesidades sociales, se ha considerado un asunto de preocupación para los responsables políticos. En México uno de los principales retos consiste en adoptar políticas públicas que se adecúen y respondan al nuevo panorama demográfico, es por ello que se han determinado 4 ejes en temas de políticas públicas a favor de las personas adultas mayores (ver Figura 16). El eje 3 referente al envejecimiento activo responde a algunas de las necesidades, debido a que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar, siendo esto esencial para el desarrollo sostenible, lo que genera un significativo ahorro para los sistemas de salud y una mejora en la calidad de vida (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2012).

Figura 16

4 ejes en temas de políticas públicas a favor de las personas adultas mayores



Nota: Elaboración propia basada del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2012).

Si bien, como se sabe varios de los problemas de salud que padecen los adultos mayores son atribuibles a la edad, muchos de ellos se deben también a los malos hábitos durante las etapas previas de su vida y que se potencializan por la edad.

Se ha hablado de las estrategias que se han implementado para brindar independencia, participación, autorrealización, dignidad y cuidados en adultos mayores, sin embargo, aún hay mucho por realizar, principalmente en donde se priorice el autocuidado a partir de intervenciones para prevenir los problemas de salud mental dirigidas a contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores a lo largo de la vida, con el fin de modificar los procesos que contribuyen a la enfermedad mental.

Por lo tanto, este proyecto busca aportar en esta problemática de salud a partir de generar medidas preventivas por medio de acciones individuales que formen parte de una intervención basada en componentes de Psicología Positiva, enfatizando los aspectos positivos y las fortalezas, con la finalidad de reforzar el concepto de salud desde el bienestar humano en el aumento de la felicidad y la prevención de patologías, mejorando así la calidad de vida de este grupo de la población; y a partir del desarrollo de este proyecto responder a la pregunta de investigación que es: ¿Cuáles son los efectos de una Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas validada por jueces expertos?

4.2 Justificación

La psicogerontología se centra principalmente en la patología, el declive y el déficit de las personas mayores, en donde se resaltan aspectos asociados al bienestar emocional en la vejez. Actualmente se mantiene un interés por ejercer el *envejecimiento saludable* en el cual se promueve la adopción de conductas, actividades físicas y cognitivas que favorecen el mantenimiento de la salud (Diener & Chan, 2011).

Aunado a lo anterior y bajo la misma línea de favorecer el mantenimiento de la salud, surge la Psicología Positiva la cual pretende mejorar la calidad de vida y reducir la aparición de trastornos mentales a través de la prevención y la promoción; la primera se refiere a la modificación de los hábitos que constituyen riesgos de enfermedad, mientras que la promoción se da a través del fomento de hábitos que protegen y mejoran la salud a partir de las cualidades positivas de las personas. Por lo tanto, la psicología positiva puede enriquecer la promoción del envejecimiento saludable al favorecer la adaptación a los cambios que ocurren en la vejez e impulsar experiencias emocionales positivas (felicidad, placer, bienestar con el pasado, esperanza en el futuro), rasgos positivos (fortalezas de carácter) y el fomento de vínculos positivos (Ruch, Proyer, & Weber, 2010).

Hoy en día, cada avance tecnológico es parte del progreso social, el uso de las tecnologías en la atención de la salud constituye una herramienta para mejorar el impacto de las intervenciones en la comunidad, debido a que permite un acceso más equitativo y eficiente de los servicios, mejorando así la oportunidad de atención (Herrera & Gascón, 2012).

Como se ha mencionado la enseñanza de problemas de salud a partir de la identificación y prevención es el principal objetivo de la atención primaria de la salud, es así como dentro de las estrategias para llevar a cabo una atención primaria se

recurre a el uso de medios electrónicos, debido a que permiten tener un mayor alcance a la población. El uso de la tecnología han generado nuevos términos como el de m-Health (salud móvil) que hace referencia a la atención médica o práctica de la Salud Pública a través de dispositivos móviles; y estos dentro del campo de la salud han sido considerados como herramientas para mejorar la asistencia inmediata a la salud, en donde se destaca el desarrollo de intervenciones para diversas problemáticas, tales como dejar de fumar, depresión, ansiedad, vigilancia, cuidado y control de diversas enfermedades crónicas, así como acceso a la información (Derek et al., 2020; González, Cabrera, Méndoza, Montero, & Ortiz, 2019).

Es por ello que las intervenciones que utilizan esta herramienta de comunicación son capaces de mejorar el apoyo social y la comunicación de salud, logrando una mayor aceptación, debido a que resulta ser un método eficaz para realizar intervenciones de comportamiento de salud de manera rentable, teniendo la capacidad de interactuar con el individuo con mayor frecuencia (Derek et al., 2020; Riley et al., 2011).

De esta manera, la presencia de las TIC y sus impactos reconocidos en nuestras vidas diarias, las convierten en aliados estratégicos de la salud pública, ya que, si se usan los medios electrónicos para la educación, la promoción de la salud y la enseñanza de nuevos comportamientos saludables fortalecen las capacidades del primer nivel de atención para resolver problemas de salud (OPS, 2013).

A medida que las tecnologías continúan evolucionando a un ritmo exponencial, las plataformas en línea se están convirtiendo en un contexto social cada vez más destacado; esto no solo crea nuevas vulnerabilidades, sino que también presenta nuevas oportunidades de impacto positivo, en particular, el uso de la tecnología para promover el aprendizaje y la adaptación de conductas saludables, enfocándose en

tres variables: calidad emocional, compromiso y conectividad, que sirven para promover comportamientos adaptativos y el funcionamiento positivo (Giovanelli, Ozer, & Dahl, 2020).

Como se ha mencionado la escasez de intervenciones basadas en la psicología positiva y principalmente dirigidas a personas mayores enfatiza la necesidad de estudiar su aplicación con este grupo de edad por tres razones:

- La vejez ha estado asociada a estereotipos de pérdidas y declive, sin prestar atención a las ganancias y áreas de crecimiento.
- Dado que la psicología positiva puede mejorar la salud mental y física, también puede conllevar una reducción de la dependencia y los costes de los cuidados asociados a la vejez.
- Debido al incremento de la longevidad en la población, se espera también un aumento en la demanda de los servicios de salud y principalmente de atención psicológica, por lo que es importante anticipar el potencial y las limitaciones del desarrollo y aplicación de intervenciones basadas en la psicología positiva con personas mayores.

4.3 Objetivo general

Conocer el efecto de una Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas en la Asociación por una Vejez con Bienestar para los Jubilados y Pensionados A.C.

4.4 Objetivos específicos

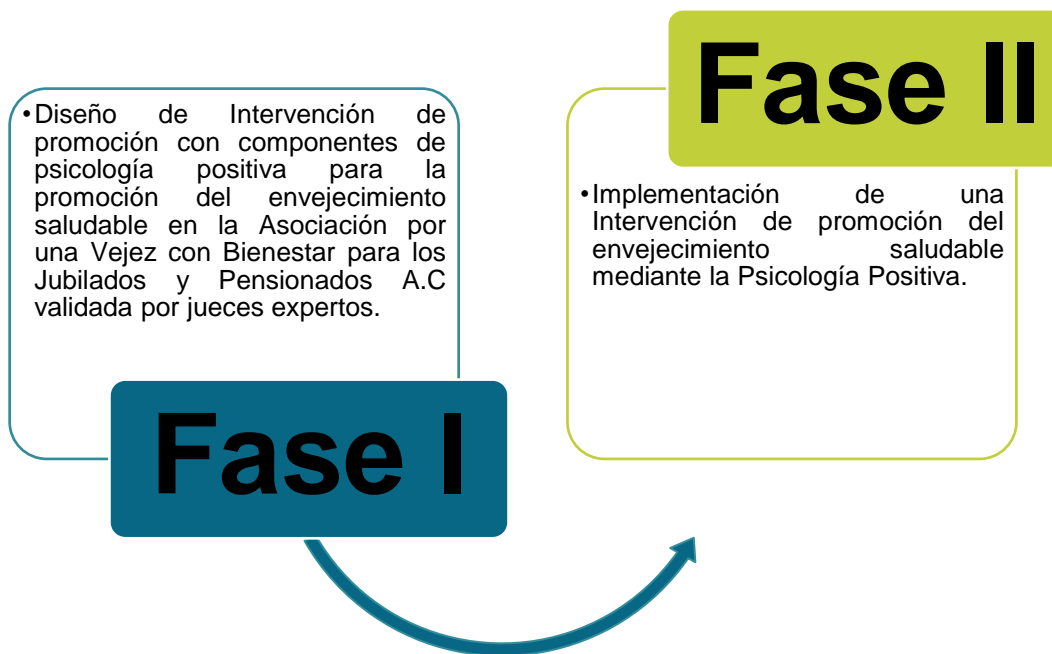
- Desarrollar una Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas en la Asociación por una Vejez con Bienestar para los Jubilados y Pensionados A.C. validada por jueces expertos.

- Implementar una de Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva en una asociación para la vejez en Hidalgo.

Para lograr esto, la presente investigación se encuentra dividida en dos fases (Ver Figura 17).

Figura 17

Esquema general de investigación



Nota: Elaboración propia.

MÉTODO

Fase I: Diseño de Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas validada por jueces expertos.

Pregunta de investigación

¿Es posible desarrollar una Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas validada por jueces expertos?

Objetivo general

Diseñar una propuesta de Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Objetivos específicos

- Diseñar una propuesta de Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas.
- Someter a validación por jueces expertos las actividades desarrolladas en la intervención de promoción del envejecimiento saludable desde una visión de la Psicología Positiva en personas adultas con el fin de determinar si cumple con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Tipo de estudio

Descriptivo

Variables

Tabla 6

Variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva.	Conjunto de cuestionarios de evaluación y actividades digitales basadas en Psicología Positiva.	Cuestionarios de evaluación de la sintomatología depresiva, el bienestar subjetivo y fortalezas de carácter. Actividades diseñadas para una Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva (satisfacción con el pasado, satisfacción con el presente, optimismo en el futuro, practica de aficiones y relaciones sociales).

Tabla 7

Variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Validación de Jueces	Opinión que otorgan expertos con conocimiento en el tema, estos brindan información, evidencia, juicios y/o valoraciones (Escobar-Pérez, & Cuervo-Martínez, 2008).	Puntuación obtenida en el <i>Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención basada en psicología positiva.</i>

Hipótesis de trabajo

H: Diseñar una Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Participantes

Muestra

La muestra estuvo conformada por 11 jueces expertos en la práctica clínica en el campo de Gerontología y Psicología Positiva

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión

- ✓ Aceptar participar en la validación por jueces expertos.

- ✓ Contar con práctica clínica en el campo de Gerontología.
- ✓ Contar con práctica clínica en el campo de la Psicología Positiva.

Criterios de exclusión

- ✓ No aceptar participar en la validación por jueces expertos.
- ✓ No contar con práctica clínica en el campo de Gerontología.
- ✓ No contar con práctica clínica en el campo de la Psicología Positiva.

Criterios de eliminación

- ✓ No terminar de contestar *Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención basada en psicología positiva.*

Instrumento

Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención basada en psicología positiva

Es una lista de criterios que evalúan las características de la intervención con el propósito de determinar si cumple con las normas éticas, los objetivos son los adecuados, así como las técnicas y los materiales son los apropiados para la población objetivo (Ver Anexo 2).

Análisis de datos

Análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los jueces expertos en el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención basada en psicología positiva.

Procedimiento Fase I

Se realizó una revisión teórica para identificar los componentes y las técnicas de Psicología Positiva que son adecuadas para la implementación en una intervención de promoción para el logro del objetivo establecido. Seguidamente, se diseñó la propuesta de taller “**Yolitia: Camino de Vida**” el cual es una Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva que se

compone de 21 sesiones (10 sesiones virtuales y 11 sesiones presenciales). Posteriormente, para someter la propuesta a validación por jueces expertos, se realizó una presentación de video donde se incluyeron los objetivos y las características de la intervención, así mismo, los objetivos específicos, actividades, técnicas, procedimientos y resultados esperados de cada sesión.

Se continuó con el diseño de un formulario digital, donde se incluía un consentimiento informado en el cual se especificaba la finalidad de la validación y donde se obtenía la aceptación de participación del experto, también se incluyó el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención basada en psicología positiva (Ver Anexo 2).

Posteriormente, se envió por correo electrónico a los jueces expertos el video, se les pidió que contestaran el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención basada en psicología positiva y finalmente se analizaron los datos utilizando estadística descriptiva utilizando el Paquete de Datos Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 25.

Resultados Fase I

Validación por jueces expertos

En la validación de la Intervención de Promoción del Envejecimiento Saludable en Adultos, mediante componentes de psicología positiva, denominada “*Yolitia: Camino de vida*” participaron 11 jueces, con experiencia en práctica clínica en terapia Cognitivo-Conductual, en práctica clínica en terapia Psicología Positiva y experiencia en el trabajo con adultos mayores (ver Tabla 8).

Tabla 8

Grado académico que participaron como jueces expertos

Grado académico	Porcentaje
Licenciatura (2)	18.2%
Maestría (4)	36.4%
Doctorado (5)	45.6%

Como puede observarse en la Tabla 9, el 54.5 % de los jueces tienen más de 10 años de experiencia en práctica clínica en el campo de psicología.

Tabla 9

Años de práctica clínica de jueces expertos en el campo de la Psicología

Años de experiencia	Porcentaje
Dos años o menos (4)	36.4%
Menos de cuatro años (1)	9.1%
Más de diez años (6)	54.5%

Referente al campo de Gerontología, como se puede mostrar en la Tabla 10, el 45.5% tienen de dos años o menos de experiencia en el campo de Gerontología.

Tabla 10

Años de práctica clínica de jueces expertos en el campo de la Gerontología

Años de experiencia	Porcentaje
Dos años o menos (5)	45.5%
Menos de cuatro años (2)	18.2%
De cuatro a seis años (2)	18.2%
De seis a nueve años (1)	9.1%
Más de diez años (1)	9.1%

Los datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención de Promoción del Envejecimiento Saludable en Adultos, mediante componentes de la Psicología Positiva, se presentan en tres áreas evaluadas:

- Objetivos
- Procedimiento
- Resultados esperados

Objetivos

Los objetivos de la Intervención de Promoción del Envejecimiento Saludable en Adultos, mediante componentes de la Psicología Positiva son claros el 81.8% contestó estar totalmente de acuerdo y el 18.2% están de acuerdo.

Al preguntar a los jueces si el objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo de activación conductual el 63.6% contestó estar totalmente de acuerdo, el 18.2% están de acuerdo y el 18.2% manifestó estar ni desacuerdo ni acuerdo.

Se preguntó si el objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo de Psicología Positiva el 81.8% contestó estar totalmente de acuerdo y el 18.2% están de acuerdo.

También se preguntó si los temas a trabajar en cada sesión favorecerán al logro del objetivo, el 81.8% contestó estar totalmente de acuerdo y el 18.2% están de acuerdo. Por otro lado, se les preguntó si la secuencia de las sesiones es adecuada para el logro del objetivo el 81.8% contestó estar totalmente de acuerdo, el 9.1% están de acuerdo y el 9.1% manifestó estar ni desacuerdo ni acuerdo.

Al preguntar si consideraban que el número de sesiones de la intervención era apropiado para el logro de los objetivos el 72.7% contestó estar totalmente de acuerdo, el 18.2% están de acuerdo y el 9.1% manifestó estar ni desacuerdo ni acuerdo.

Procedimiento

Al preguntar a los jueces si la duración de la intervención es apropiada para el logro de los objetivos de cada sesión, el 45.5% contestó estar totalmente de acuerdo, el 36.4% están de acuerdo y el 18.2% manifestó estar ni desacuerdo ni acuerdo.

Referente a las técnicas de activación conductual seleccionadas son las adecuadas para alcanzar el logro de objetivos el 63.6% contestó estar totalmente de acuerdo, el 27.5% están de acuerdo y el 9.1% manifestó estar ni desacuerdo ni acuerdo.

También, se les preguntó si los componentes de Psicología Positiva son adecuados para el logro de objetivos 81.8% contestó estar totalmente de acuerdo y el 18.2% están de acuerdo.

Por otra parte, se les preguntó si las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades el 54.5% contestó estar totalmente de acuerdo, el 36.4% están de acuerdo y el 9.1% manifestó estar ni desacuerdo ni acuerdo. Se preguntó

sobre las tareas y los registros tenían facilidad para usarse y realizarse por parte de las y los participantes de la intervención, el 81.8% contestó estar totalmente de acuerdo y el 18.2% están de acuerdo.

De igual forma, se preguntó si las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de las y los participantes de la intervención el 54.5% contestó estar totalmente de acuerdo, el 36.4% están de acuerdo y el 9.1% manifestó estar ni desacuerdo ni acuerdo.

Resultados esperados

Al preguntar a los jueces si los objetivos del tratamiento se relacionan con los resultados esperados el 72.7% contestó estar totalmente de acuerdo, el 18.2% están de acuerdo y el 9.1% manifestó estar ni desacuerdo ni acuerdo.

Finalmente, se preguntó de acuerdo a la experiencia de los jueces si consideraban que con esta propuesta de intervención las y los participantes se verán beneficiados el 90.9% contestó estar totalmente de acuerdo y el 9.1% están de acuerdo.

Descripción de las sesiones

La revisión teórica tuvo como resultado una Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva, fue diseñada para aplicarse de manera híbrida, es decir sesiones virtuales y presenciales, la cual consto de 21 sesiones, con actividades basadas en estrategias de Psicología Positiva. En la Tabla 11 se muestra la organización de las sesiones.

Tabla 11

Objetivos generales de las sesiones de la Intervención

Sesión	Título	Tema	Objetivo	Modalidad
1	Caminando juntos	Introducción al tema de	Introducir al participante al trabajo que se	Presencial

Sesión	Título	Tema	Objetivo	Modalidad
		Psicología Positiva	realizará durante la intervención *Aplicación de Pre	
2		Introducción al tema de emociones positivas		Virtual
3	Así se siente vivir	Emociones positivas	Fomentar la identificación de las emociones de sí mismos. *Regulación y expresión de emociones	Presencial
4		Introducción al tema de la importancia del disfrute		Virtual
5	La vida con color	Gaudibilidad	Potenciar la gaudibilidad a través de la realización de una actividad de disfrute en las y los participantes	Presencial
6		Introducción al tema de pensamientos negativos		Virtual
7	Tu mente, tu barrera, tu salida	Pensamientos negativos	Fomentar la identificación de la barrera emocional	Presencial
8		Introducción al tema de autoconcepto		Virtual
9	Reconociéndome	Autoconcepto	Identificar los logros personales de las y los participantes	Presencial
10		Introducción al tema de fortalezas		Virtual
11	Mis raíces	Fortalezas	Identificar virtudes, fortalezas y áreas de oportunidad de las y los participantes	Presencial
12		Introducción al tema de pérdida		Virtual
13	Lo que perdí	Pérdida	Evocar experiencias personales del pasado para revivir el recuerdo y las emociones que lo acompañan en las y los participantes	Presencial
14	Sobre el duelo	Introducción al tema de duelo		Virtual

Sesión	Título	Tema	Objetivo	Modalidad
15		Duelo	Identificar la importancia de establecer relaciones positivas en su círculo social de las y los participantes	Presencial
16		Introducción al tema de afrontamiento a los cambios		Virtual
17	Lo que fui y lo que soy	Afrontamiento a los cambios	Evocar experiencias personales del pasado para revivir el recuerdo y las emociones que lo acompañan en las y los participantes	Presencial
18		Introducción al tema de atención plena		Virtual
19	Esto me hace sentir bien	Atención plena	Identificar y reconocer aquellas actividades que nos proporcionan experiencias agradables.	Presencial
20			Generatividad	Virtual
21	Hacerse bien, haciendo el bien	Cierre	Facilitar el aprendizaje y el conocimiento obtenido en el grupo *Aplicación post	Presencial

En el Anexo 6, se describen las actividades de cada sesión de la intervención preventiva de activación conductual con componentes de Psicología Positiva.

MÉTODO

Fase II: Implementación de una Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva.

Pregunta de investigación

¿Qué efecto tiene una Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas?

Objetivo general

Evaluar el efecto de una Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas.

Objetivos específicos

- Describir la sintomatología depresiva de las personas adultas.
- Describir el bienestar subjetivo de las personas adultas.
- Describir las fortalezas de carácter que poseen las personas adultas
- Implementar la Intervención preventiva de activación conductual con componentes de Psicología Positiva para la sintomatología depresiva y el bienestar subjetivo en personas adultas.
- Describir a partir de un enfoque cuantitativo y cualitativo la Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas.
- Analizar los resultados tras la aplicación de una Intervención de promoción del envejecimiento saludable desde la Psicología Positiva en personas adultas.
- Determinar si existen un cambio clínico objetivo en los adultos, posterior a la implementación de la intervención.

Tipo de estudio

Cuasiexperimental, longitudinal, descriptivo, exploratorio

Tipo de diseño

El tipo de diseño de esta fase fue Cuasiexperimental (*Pretest - Postest*) de dos grupos, un grupo experimental y otro de réplica.

Variables

Tabla 12

Variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva.	Conjunto de cuestionarios de evaluación y actividades digitales basadas en Psicología Positiva.	Cuestionarios de evaluación de la sintomatología depresiva, el bienestar subjetivo y fortalezas de carácter. Actividades diseñadas para una Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva (satisfacción con el pasado, satisfacción

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
		con el presente, optimismo en el futuro, practica de aficiones y relaciones sociales).

Tabla 13

Variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Depresión	Se entiende por depresión a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. La persona con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas; junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido	<i>Escala de Depresión Geriátrica (GDS)</i> explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor. El puntaje máximo de la escala es de 15 puntos, sumando un punto por cada respuesta afirmativa. Para la interpretación se considera los siguientes puntos de corte (0-4 puntos se considera normal, sin síntomas depresivos; 5-8 puntos síntomas depresivos leves; 9-10 síntomas

pensamiento y síntomas depresivos moderados y **12-15** corporales, que interfieren puntos síntomas depresivos gravemente con la calidad de graves). Consistencia interna vida (González et al, 2018). aceptable ($\alpha=0.80$) (Acosta, García, & Echeverría, 2020) (Anexo 3).

**Bienestar
subjetivo**

El bienestar subjetivo se define por su naturaleza subjetiva vivencial y se relaciona con aspectos del funcionamiento psíquico, físico y social, de esta manera, genera un sentir positivo y un pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo y esto es expresado (García-Viniegras & González, 2000).

Escala de Bienestar Subjetivo de Filadelfia (PGC) (Lawton, 1972; 1975). Se fundamenta en la multidimensionalidad del bienestar subjetivo y está diseñado para la población adulta. Cuenta con 19 ítems distribuidos en tres subescalas: "Agitación", "Actitud hacia su propio envejecimiento" y "Soledad/Insatisfacción". Se codificarán los puntajes de los ítems de manera que, a mayor puntuación, mayor bienestar subjetivo, (0 a 7, bienestar subjetivo bajo; 8 a 14, bienestar subjetivo medio y 15 en adelante, bienestar subjetivo alto). La escala muestra una

consistencia interna de α
=.0.77 (Gutiérrez, 2017) (Anexo
4).

**Fortalezas
de carácter**

Se definen como aquellas características, manifestaciones psicológicas, recursos positivos o estilos moralmente valorables de pensar, sentir y actuar de una persona, que al ser utilizadas favorecen o contribuyen al bienestar y a la vida en plenitud (Peterson & Seligman, 2004).

Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS por sus siglas en inglés), esta versión consta de 240 reactivos, mide las 24 fortalezas del carácter propuestas por Peterson y Seligman (2004), cada subescala del cuestionario cuenta con 10 reactivos. Cuenta con cinco opciones de respuesta tipo Likert del 1 al 5 donde 1 = muy parecido a mí y 5= muy diferente a mí (Anexo 5)

Participantes

Muestra

En este estudio participaron adultos en la Asociación por una Vejez con Bienestar para los Jubilados y Pensionados A.C.

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

Criterios de Inclusión

- Adulto de la Asociación por una vejez con bienestar para los jubilados y pensionados A.C.
- Aceptar participar en la intervención
- Sexo indistinto

Criterios de Exclusión

- No aceptar participar en la intervención
- Contar con algún diagnóstico de depresión

Criterios de Eliminación

- No contestar alguno de los instrumentos antes y/o después de la intervención.

Escenario

La intervención se realizó de manera híbrida, teniendo sesiones virtuales a través de la aplicación Google Meet y presenciales en la Asociación por una Vejez con Bienestar para los Jubilados y Pensionados A.C. en la ciudad de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

Instrumentos

Escala de Depresión Geriátrica

La GDS-15 consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor. El puntaje máximo de la escala es de 15 puntos, sumando un punto por cada respuesta afirmativa. De acuerdo con Acosta et al., (2020), un puntaje mayor o igual a los 5 puntos indica presencia de síntomas depresivos. Para la interpretación se considera los siguientes puntos de corte (**0-4 puntos** se considera normal, sin síntomas depresivos; **5-8 puntos** indica la presencia de síntomas depresivos leves; **9-10**

puntos presencia de síntomas depresivos moderados y **12-15 puntos** la presencia de síntomas depresivos graves). Cuenta con 5 cinco dimensiones: *Percepción* (1,10,12,15), *Estado emocional* (4,5,6,7,11), *Desesperanza* (3,8,14), *Interés* (2,9), *Anergia* (13). Esta versión es la que cuenta con mejores propiedades psicométricas, pues ajusta significativamente presenta una consistencia interna aceptable ($\alpha=0.80$) (Ver Anexo 3).

Escala de Bienestar Subjetivo

La *Escala de Bienestar Subjetivo* o *Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia* (*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC*; Lawton, 1975), instrumento traducido y adaptado al español de México (González-Celis, 2002; González-Celis y Sánchez-Sosa, 2003), con 19 ítems distribuidos en tres sub-escalas: “*Agitación*”, “*Actitud hacia su propio envejecimiento*” y “*Soledad/Insatisfacción*”. Se codificarán los puntajes de los ítems de manera que, a mayor puntuación, mayor bienestar subjetivo, (**0 a 7**, bienestar subjetivo bajo; **8 a 14**, bienestar subjetivo medio y **15** en adelante, bienestar subjetivo alto). La lógica del instrumento es que, a más puntos, mayor percepción de bienestar. Codifica los ítems de manera que en los ítems que hacen alusión a aspectos negativos de la vida, la opción Si tenga el valor de cero y la opción No tenga el valor de 1. Viceversa, los ítems que hagan alusión a aspectos positivos de la vida, la opción de Si tenga el valor de 1 y la opción No el valor de cero. La escala muestra una consistencia interna de $\alpha = .0.77$ (Gutiérrez, 2017) (Ver Anexo 4).

Escala de Fortalezas de carácter

El cuestionario de fortalezas VIA-IS es un instrumento autoadministrado de 240 ítems, que mide las 24 fortalezas del carácter propuestas por Peterson y Seligman, utiliza una escala Likert de 5 puntos para medir el grado en que los sujetos se refieren a sí mismos donde 1 = muy parecido a mí y 5= muy diferente a mí. El VIA-

IS mide 24 fortalezas de carácter y cada una es valorada mediante 10 ítems, cada una pueden alcanzar valores entre 10 y 50, siendo más representativas de cada persona aquellas fortalezas con puntuación más elevada. En cuanto a las características psicométricas de validez y fiabilidad se puede decir que los estudios muestran que las escalas tienen alphas mayores de $\alpha = .70$ (Peterson & Seligman, 2004) (Ver Anexo 5).

Procedimiento

Para la aplicación de la Intervención de promoción, en primer momento se contactó con la Asociación por una vejez con bienestar para los jubilados y pensionados A.C. para presentar y solicitar la autorización de aplicación del Proyecto-Investigación. Una vez autorizado se realizó la presentación del proyecto a las y los adultos inscritos en la Asociación por una vejez con bienestar para los jubilados y pensionados A.C.

En la aplicación de la Intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante Psicología Positiva, participaron adultos captados en la Asociación por una Vejez con Bienestar para los Jubilados y Pensionados A.C., los cuales firmaron un consentimiento informado adaptado en Formularios de Google®. (Anexo 1), una vez aprobado el consentimiento se aplicaron la *Escala de Depresión Geriátrica (GDS)* (Anexo 3), la *Escala de Bienestar Subjetivo de Filadelfia (PGC)* (Anexo 4) y la Escala de Fortalezas de carácter (VIA-IS) (Anexo 5) adaptadas en Formularios de Google®. Los datos obtenidos fueron analizados en el SPSS versión 25 que formarán parte de la evaluación Pre.

Posterior a la aplicación de pruebas psicométrías se llevó a cabo el taller “Yolitia: Camino de Vida” con la finalidad de describir los efectos y determinar si existen diferencias estadísticamente significativas. Una vez finalizadas las actividades, se realizó la evaluación Post siguiendo el mismo procedimiento en la evaluación Pre.

Finalmente, se analizaron los datos obtenidos en la batería de pruebas y se complementaron con las respuestas de las actividades contestadas por las y los participantes con el objetivo de identificar diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención.

Análisis de datos propuesto

Para el análisis de la intervención se realizará un análisis de los datos cuantitativos se con el SPSS versión 25, mientras que para el análisis cualitativo se usaran diarios de campo de las actividades presenciales y el software MAXQDA 2020.

Consideraciones éticas

La presente investigación en todo momento se apegará a los principios establecidos en el *Código ético del psicólogo*, ya que su diseño e implementación se basarán en las normas reconocidas de competencia científica e investigación ética. Este protocolo de investigación será aprobado y supervisado por expertas y expertos del tema y a la población de estudio. Se trabajará siempre de manera competente y con respeto en beneficio de la dignidad y el bienestar de las y los participantes. Se elaborará un consentimiento informado en el cual se destaca el mantenimiento del anonimato lo que implica la protección de los datos e información brindada, la participación voluntaria y la duración del proyecto. Así mismo para evitar algún daño en este caso psicológico se invitará a las y los participantes a comunicar aquellas dudas que les surgieran antes, durante y después de la intervención.

De igual forma se sustentará en el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* en donde se menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. De acuerdo con el Art. 17 de este reglamento se considera una investigación con riesgo mínimo ya que se utilizará procedimientos psicológicos de diagnósticos y tratamientos.

Resultados Fase II

Análisis descriptivos de la población

Se contó con 10 participantes de los cuales 9 fueron de sexo femenino representando el 90 % y 1 fue de sexo masculino representando el 10%, como se muestra en la Figura 18.

Figura 18

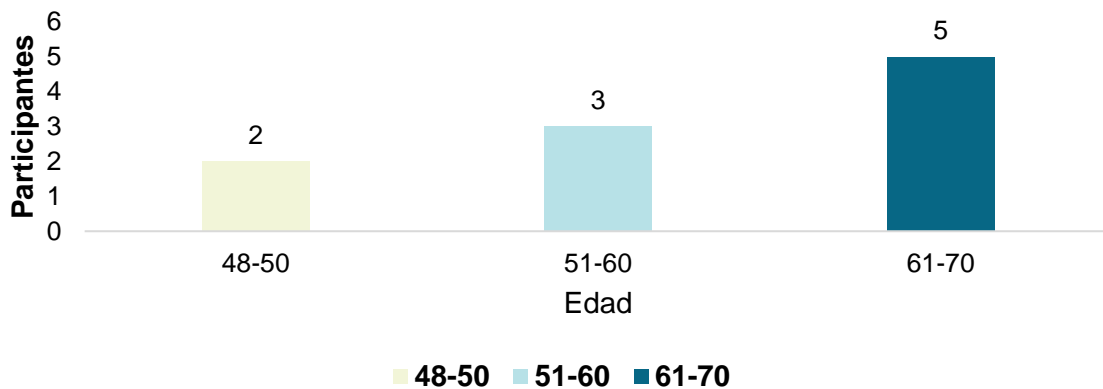
Distribución de participantes por sexo



La edad de las y los participantes osciló entre los 48 a 69 años, teniendo una media de 60 años. En la Figura 19 se muestra los participantes divididos por grupo de edad, el grupo edad de mayor frecuencia es de 61 años ($n=2$).

Figura 19

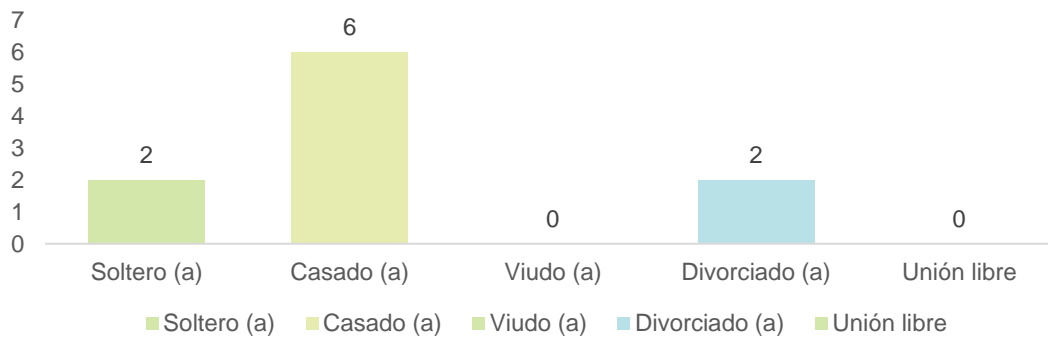
Distribución de participantes por edad



En la Figura 20 se muestra el estado civil de las participantes en donde la mayoría de las participantes se encuentran casados (as) ($n=6$), seguidos de solteros (as) ($n=22$) y 2 participantes se encuentran divorciados.

Figura 20

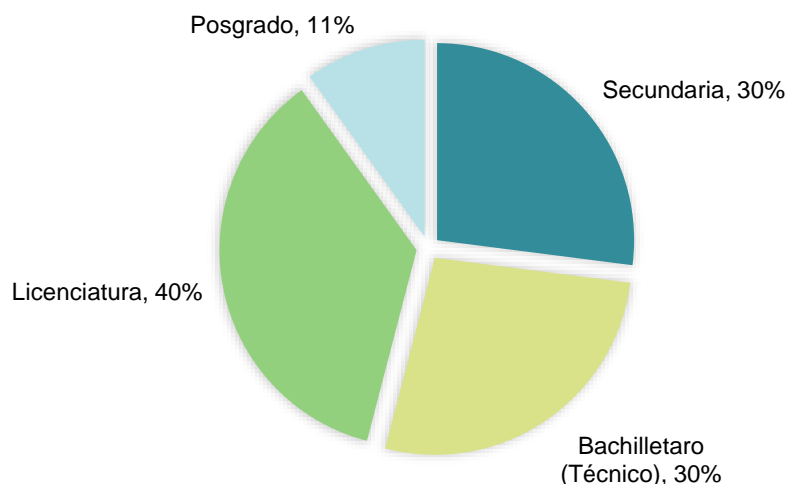
Estado Civil de participantes



De acuerdo al grado de estudios el 40% de los participantes termino la licenciatura, mientras que el 30% realizo estudios de bachillerato y el 30% de los participantes termino la secundaria (ver Figura 21).

Figura 21

Grado de estudios de participantes



Características específicas de cada uno de los participantes

Como se ha especificado la media de edad de la población estudiada es de 60 años, y todos son jubilados. El Tabla 14 se muestra las características específicas de cada uno de los participantes.

Tabla 14

Curso de vida de los participantes

Nombre	Edad	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Enfermedad que padece	Actividades que realiza en su tiempo libre
Estrella	1	Femenino	Divorciada	Secundaria	Jubilada	Diabética e hipertensión	Tomar cursos en la asociación

Nombre	Edad	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Enfermedad que padece	Actividades que realiza en su tiempo libre
Jose	6	Femenino	Soltera	Secundaria	Jubilada	Ninguna	Tomar diferentes cursos
Lau	9	Femenino	Casada	Licenciatura	Jubilada	Diabetes tipo 2	Ninguna
Mari	9	Femenino	Casada	Bachillerato	Jubilada	Presión alta, diabetes	Hago pizzas, vendó dulces, tomo cursos
Enriqueta	9	Femenino	Soltera	Secundaria	Jubilada	Secuelas de poliomielitis	Orar y meditar
Tere	8	Femenino	Casada	Licenciatura	Jubilada	Hernia hiatal y osteopenia	Leer, tomar cursos, viajar, caminar, ver series y convivir con la familia
Nora	8	Femenino	Casada	Licenciatura	Jubilada	Neuropatia post quirúrgica tx neuríticos	Meditar
Paty	3	Femenino	Casada	Preparatoria	Jubilada	Ninguna	Ninguna
Roger	6	Masculino	Casada	Preparatoria	Jubilado	Problemas en Columna	Caminata
Sara	1	Femenino	Soltera	Licenciatura	Jubilada	Ninguna	Convivencia familiar y convivencia con amigos

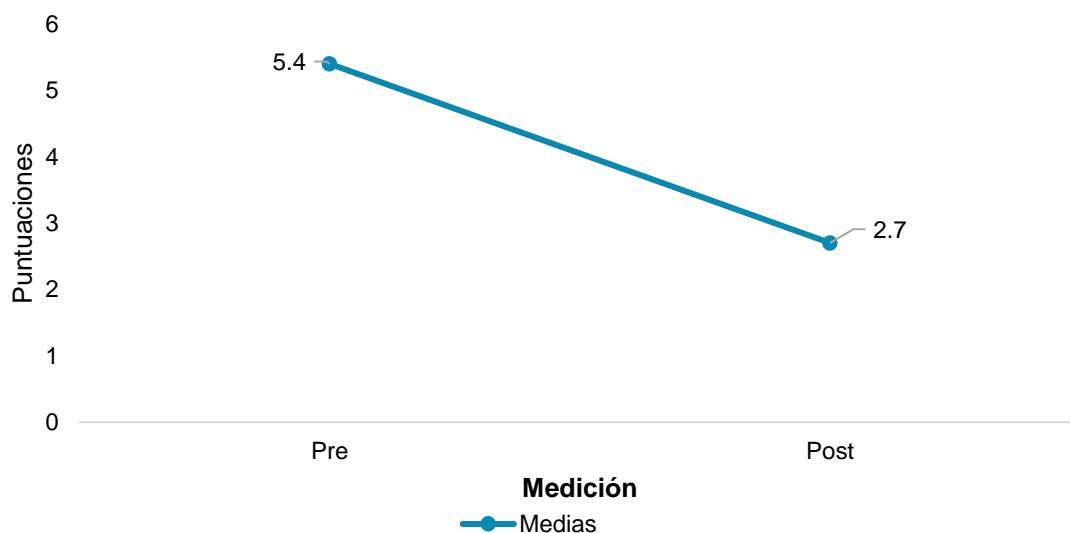
Una vez describiendo a la población se realizó el análisis de las variables a analizar en la investigación.

Análisis estadístico de la Escala de Depresión Geriátrica

Para medir la presencia de sintomatología depresiva se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica, las medias obtenidas del Bienestar Psicológico en la evaluación **Pre** del puntaje total es $\bar{X} = 5.40$ ($DE = 3.098$) y para la evaluación **Post** $\bar{X} = 2.70$ ($DE = 1.889$) lo que indican que se produce una disminución significativa, así mismo se considera que la población no muestra la presencia de sintomatología depresiva (ver Figura 22).

Figura 22

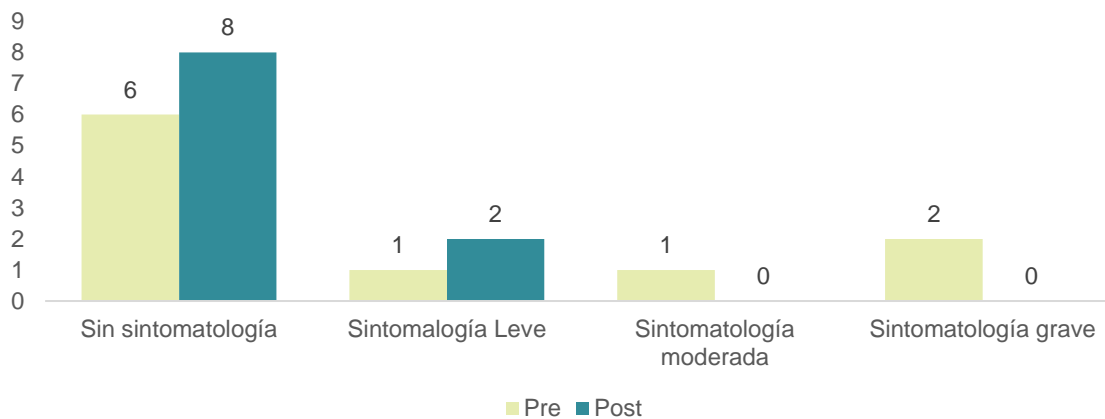
Medias del puntaje total de la Escala de Depresión Geriátrica en el pre y post.



Atendiendo a las puntuaciones de corte de la escala, donde puntuaciones de 0 – 4 se considera sin síntomas depresivos, 5-8 indica la presencia de síntomas depresivos leves, de 9-10 indica la presencia de síntomas depresivos moderados y la puntuación de 12 -15 indica la presencia de síntomas depresivos graves (ver Figura 23), se puede observar que los participantes disminuyeron la presencia de depresión que presentaban al inicio de la intervención

Figura 23

Nivel de sintomatología depresiva en el pre y post.



Para comparar las medianas del pre y post se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon para muestras relacionadas, la Tabla 15 se identifican que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención ($z = -2.527, p = .012$).

Tabla 15

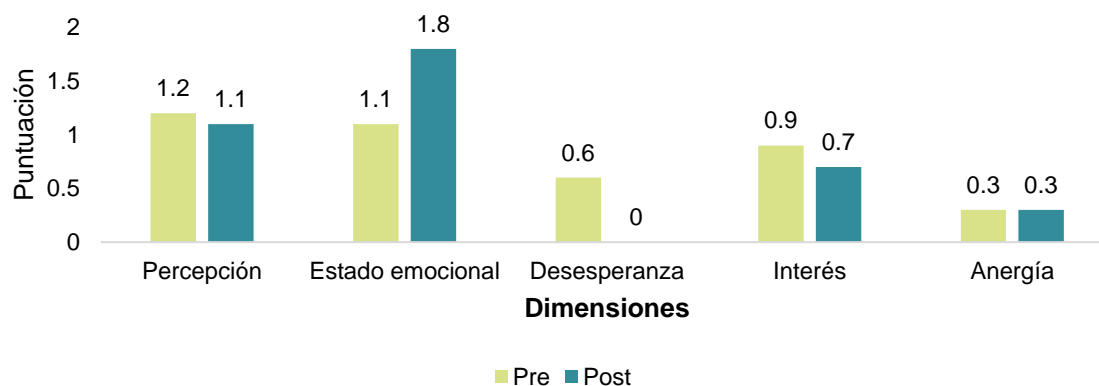
Prueba de Wilcoxon para las diferencias entre el Pre y Post de la Escala de Depresión Geriátrica

	Pre		Post		<i>z</i>	<i>p</i>
	\bar{X}	<i>DE</i>	\bar{X}	<i>DE</i>		
Puntaje total	5.40	3.098	2.10	1.889	-2.527	.012

Con respecto a las medianas obtenidas en las dimensiones de Depresión en la evaluación **Pre** se obtuvieron los siguientes resultados: *Percepción* ($\bar{X}= 1.20$), *Estado emocional* ($\bar{X}=1.10$), *Desesperanza* ($\bar{X}=0.60$), *Interés* ($\bar{X}=0.90$), y *Anergia* ($\bar{X}=0.30$). Para la evaluación **Post** se obtuvieron: *Percepción* ($\bar{X}=1.10$), *Estado emocional* ($\bar{X}=1.80$), *Desesperanza* ($\bar{X}=0.00$), *Interés* ($\bar{X}=.70$) y *Anergia* ($\bar{X}=0.30$) (ver Figura 24).

Figura 24

Medias en el pre y post de las dimensiones de Depresión.



A partir de estas características y la normalidad de las puntuaciones se empleó la prueba no paramétrica Wilcoxon para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención. En la Tabla 16 se identifican que no existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de depresión antes y después de la intervención.

Tabla 16

Prueba de Wilcoxon para las diferencias entre el Pre y Post dimensiones de Depresión.

Virtudes	Pre		Post		z	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Percepción	1.20	1.229	1.10	.316	.000	1.000
Estado emocional	1.10	1.197	1.80	.789	-1.207	.227
Desesperanza	.60	1.075	.00	.000	-1.604	.109
Interés	.90	.994	.70	.675	-.513	.608
Anergia	.30	.483	.30	.483	.000	1.000

Análisis estadístico de las diferencias Pre- Post de Bienestar Subjetivo

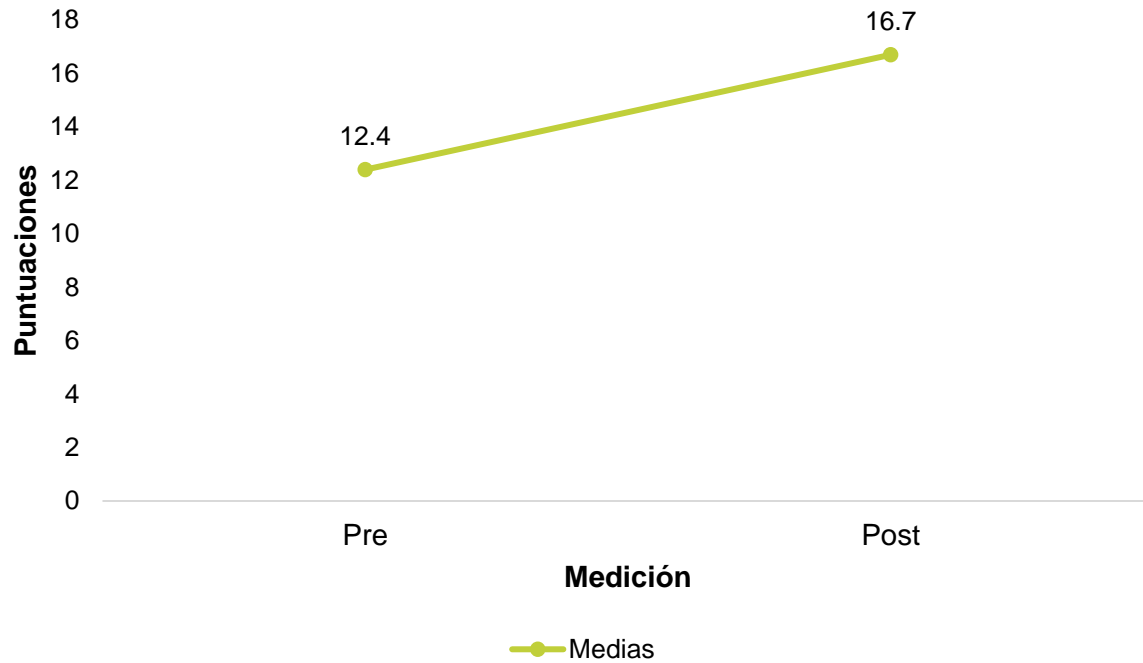
Para medir el bienestar subjetivo se utilizó la *Escala de Bienestar Subjetivo* o *Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia* (*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC*; Lawton, 1975), instrumento traducido y adaptado al español de México (González-Celis, 2002; González-Celis y Sánchez-Sosa, 2003), con 19 ítems distribuidos en tres sub-escalas: “*Agitación*”, “*Actitud hacia su propio envejecimiento*” y “*Soledad/Insatisfacción*”.

En la evaluación **Pre** se obtuvo una \bar{X} = 12.40 (DE = 5.502), respecto a la evaluación **Post** se obtuvo una \bar{X} = 16.70 (DE = 1.252) lo que indica un aumento en una mejor

percepción de bienestar. En la Figura 25 se muestra las medias obtenidas en el pre y post.

Figura 25

Medias del puntaje total de Bienestar en el pre y post



Para comparar las medianas del pre y post se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon para muestras relacionadas, la Tabla 17 se identifican que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención ($z = -2.254, p = .024$).

Tabla 17

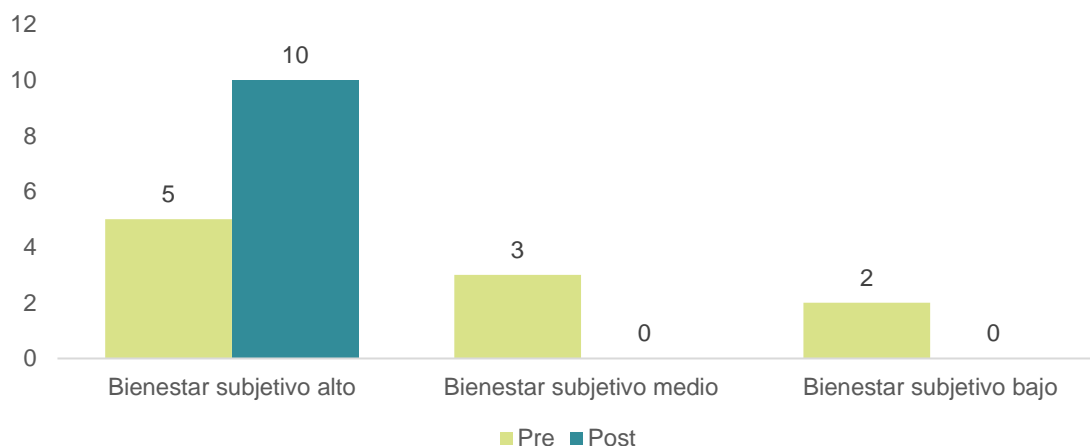
Prueba de Wilcoxon para las diferencias entre el Pre y Post de la Escala de Bienestar subjetivo

	Pre		Post		<i>z</i>	<i>p</i>
	\bar{X}	<i>DE</i>	\bar{X}	<i>DE</i>		
Puntaje total	12.40	5.502	16.70	1.252	-2.254	.024

Atendiendo a las puntuaciones de corte de la escala, donde puntuaciones de 0 – 7 se considera bienestar subjetivo bajo, 8 - 14 indica la presencia de un bienestar subjetivo medio y la puntuación de 15 – en adelante indica la presencia de un bienestar subjetivo alto, en la Figura 26 se muestra un aumento en la percepción de bienestar después de la intervención.

Figura 26

Nivel de Bienestar subjetivo



Con respecto a las medias obtenidas en las dimensiones del Bienestar subjetivo en la evaluación **Pre** se obtuvieron los siguientes resultados: *Agitación* ($\bar{X}= 5.10$), *Actitud* ($\bar{X}=3.90$), y *Soledad/Insatisfacción* ($\bar{X}=3.40$); mientras que en la evaluación **Post** se obtuvo *Agitación* ($\bar{X}= 7.00$), *Actitud* ($\bar{X}=5.20$), y *Soledad/Insatisfacción* ($\bar{X}=4.50$). Como se puede observar en la Figura 27 las dimensiones que mayor prevalencia presentaron fue *Agitación* y *Actitud*, en ambas se presentó un aumento después de la intervención.

A partir de estas características y la normalidad de las puntuaciones se empleó la prueba no paramétrica Wilcoxon para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención. En la Tabla 18 se identifican que no existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de depresión antes y después de la intervención.

Figura 27

Medias en el pre y post de las dimensiones del Bienestar Subjetivo.

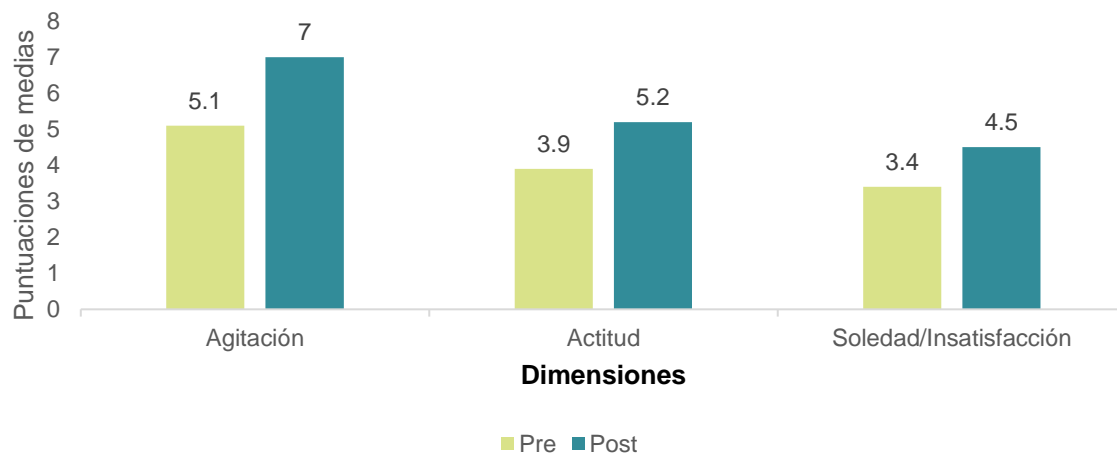


Tabla 18

Prueba de Wilcoxon para las diferencias entre el Pre y Post dimensiones de bienestar subjetivo.

Dimensiones	Pre		Post		z	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Agitación	5.10	2.685	7.00	1.155	-1.628	.103
Actitud	3.90	2.025	5.20	.632	-1.845	.065
Soledad/Insatisfacción	3.40	3.40	.4.50	.527	-1.980	.048

Análisis estadístico de las diferencias Pre- Post de Fortalezas de carácter

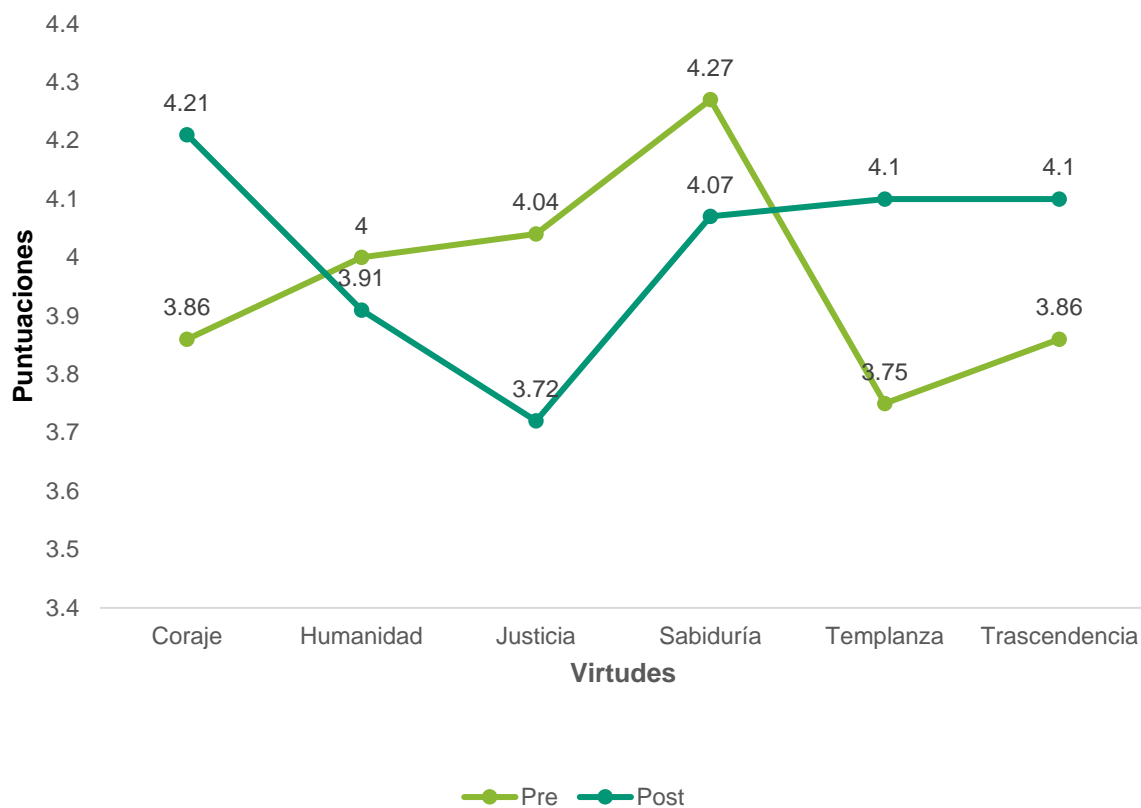
Para evaluar las fortalezas de carácter se utilizó el Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) que mide las 24 fortalezas del carácter propuestas por Peterson y Seligman (2004) en donde en cada fortaleza se puede alcanzar valores entre 10 y 50, siendo más representativas de cada persona aquellas fortalezas con mayor puntuación, las virtudes que más preponderan en este estudio son *Justicia*, *Coraje* y *Sabiduría* y *Conocimiento*.

Las medias obtenidas de la medición **Pre** de las virtudes se obtuvieron los siguientes resultados: *Coraje* \bar{X} =3.86 (DE= .565), *Humanidad* \bar{X} =4.00 (DE= .533), *Justicia* \bar{X} =4.04 (DE=.527) *Sabiduría* y *Conocimiento* \bar{X} =4.27 (DE= .567), *Templanza* \bar{X} =3.75 (DE=.637) y *Trascendencia* \bar{X} =3.87 (DE=.565). Para la evaluación **Post** de las virtudes se obtuvo lo siguiente: *Coraje* \bar{X} =4.21 (DE= .724), *Humanidad* \bar{X} =3.91 (DE= .715), *Justicia* \bar{X} =3.72 (DE=1.26) *Sabiduría* y *Conocimiento* \bar{X} =4.07 (DE= .719), *Templanza* \bar{X} =4.10 (DE=.512) y *Trascendencia* \bar{X} =4.18 (DE=.512). A partir de los datos anteriores y como se observa en el Figura 28 todas las medias

de las virtudes quedaron ubicadas por encima de la media teórica de 3, con un rango de 3.72 a 4.27.

Figura 28

Medias de las virtudes del grupo Pre y Post de la intervención.



Con base a las características y la normalidad de las puntuaciones se empleó la prueba no paramétrica Wilcoxon para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención. En la Tabla 19 se identifican que no existen diferencias estadísticamente significativas en las virtudes.

Tabla 19

Prueba de Wilcoxon para las diferencias entre el Pre y Post de las virtudes.

Virtudes	Pre		Post		z	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Coraje	3.86	.55	4.21	.72	-1.581	.114
Humanidad	4.00	.53	3.91	.71	-.255	.799
Justicia	4.04	.52	3.72	1.26	-.255	.799
Sabiduría y conocimiento	4.27	.56	4.07	.71	-.889	.374
Templanza	3.75	.63	4.10	.51	-1.718	.085
Trascendencia	3.87	.56	4.18	.51	-.408	.683

En la Figura 29 se observa que todas las medias de las fortalezas quedaron ubicadas por encima de la media teórica de 3, indicando una tendencia positiva en las puntuaciones de las fortalezas. De igual forma se observa un incremento del uso de fortalezas en la medición post.

En la Tabla 20 se identifican diferencias estadísticamente significativas en las fortalezas de carácter *Aprendizaje* ($z= -2.144$, $p=.032$), *Humildad* ($z= -2.173$, $p=.030$), *Autocontrol* ($z= -2.703$, $p=.007$) y *Espiritualidad* ($z= -2.547$, $p=.011$), dichas fortalezas corresponden a las virtudes de, Sabiduría y Conocimiento, Templanza y Trascendencia.

Figura 29

Medias de las fortalezas del grupo Pre y Post de la intervención.

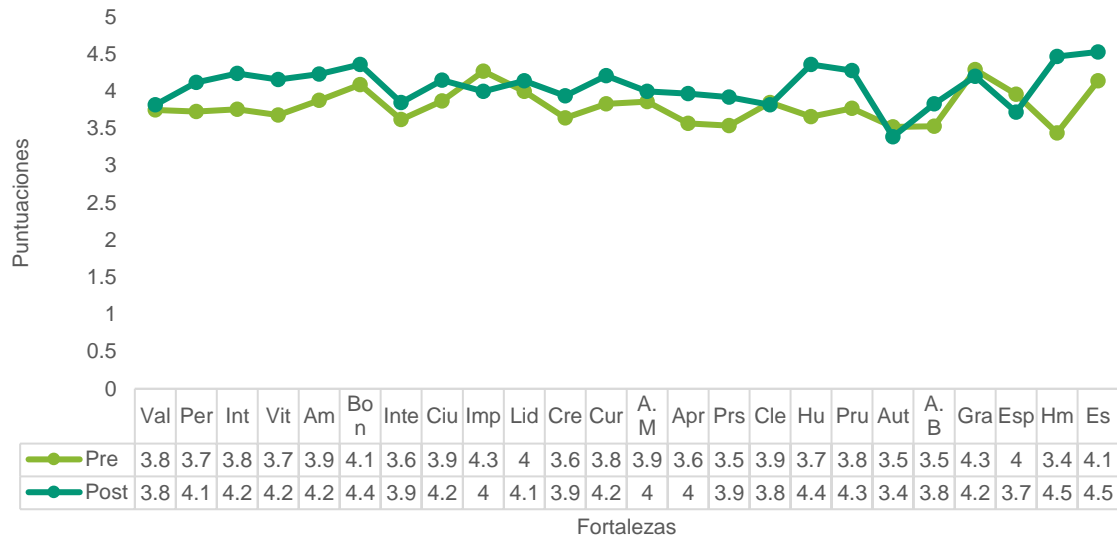


Tabla 20

Prueba de Wilcoxon para las diferencias entre el Pre y Post de las Fortalezas de carácter.

Fortalezas	Pre		Post		Z	P
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Valentía	3.75	.685	3.82	.660	-1.192	.233
Persistencia	3.73	.773	4.12	.896	-1.120	.263
Integridad	3.76	.760	4.24	.598	-.356	.722
Vitalidad	3.68	.756	4.16	.575	-1.886	.059
Amor	3.88	.654	4.23	.512	-1.304	.192
Bondad	4.09	.636	4.36	.488	-1.122	.262
Inteligencia social	3.62	.590	3.85	.753	-1.067	.286

Fortalezas	Pre		Post		Z	P
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Ciudadanía	3.87	.586	4.15	.523	-.463	.643
Imparcialidad	4.27	.567	4.00	.683	-1.734	.083
Liderazgo	4.00	.533	4.14	.530	-1.067	.286
Creatividad	3.64	.623	3.94	.797	-1.067	.286
Curiosidad	3.83	.656	4.21	.572	-1.491	.136
Apertura mental	3.86	.618	4.00	.797	-.593	.553
Aprendizaje	3.57	.847	3.97	.769	-2.144	.032
Perspectiva	3.54	.678	3.92	.672	-1.844	.065
Clemencia y misericordia	3.85	.796	3.82	.911	-.204	.838
Humildad/ modestia	3.66	.573	4.36	.611	-2.173	.030
Prudencia	3.77	.648	4.28	.642	-.296	.767
Autocontrol	3.52	.813	3.39	.504	-2.703	.007
Apreciación de la belleza	3.53	.510	3.83	.751	-.712	.476
Gratitud	4.29	.613	4.20	.514	-.237	.812
Esperanza	3.96	.658	3.72	.559	-.663	.507
Humor	3.44	.842	4.47	.462	-1.542	.123
Espiritualidad	4.14	.589	4.53	.462	-2.547	.011

Análisis Cualitativo de la intervención

La estructura de la intervención fue híbrida con el objetivo de reducir las desigualdades y hacer frente a la brecha digital que favorece la accesibilidad de los recursos digitales, beneficiando un intercambio intergeneracional.

Fue desarrollada durante mayo – julio 2023 con un total de 10 semanas, la cual consta de 21 sesiones (10 sesiones virtuales y 11 sesiones presenciales) basadas en estrategias de Psicología Positiva dirigidas a fomentar un envejecimiento saludable, trabajando en las áreas de las emociones, el autoconcepto, las habilidades sociales, la atención plena y la salud mental para reconceptualizar el significado del envejecimiento.

La propuesta metodológica con enfoque cualitativo tuvo la intención de dar respuesta a las variables de la investigación:

- Depresión
- Bienestar subjetivo
- Fortalezas de carácter

Con esta propuesta se busca obtener información a partir de la expresión, de los conceptos, las percepciones, las creencias, emociones, pensamientos, experiencias y las vivencias manifestadas en el lenguaje de las y los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Para el análisis de la intervención se tomó en cuenta la información obtenida por medio de diarios de campo que fueron llenados en las sesiones presenciales, así como los comentarios, experiencias o vivencias manifestadas en las sesiones virtuales. Como complemento del análisis se utilizó el software para Análisis de Datos Cualitativos MAXQDA 2020.

Depresión:

Como se hizo mención en el Capítulo II, dentro de los factores de riesgo que pueden predisponer la depresión en este grupo de edad se encuentra el sentirse aislados socialmente o sentirse solo, el haber tenido acontecimientos estresantes en su vida, el sufrir alguna enfermedad crónica o el tener alguna discapacidad. Así mismo se encuentra la pérdida de su vitalidad, el cambio en su ritmo de vida, la disminución de sus funciones y capacidades, las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales.

Por ejemplo, en el caso de Jose, quien es mamá soltera en donde el trabajar era la prioridad para el cuidado y protección de su única hija, el hecho de jubilarse lo tomo de manera positiva, ya que fue una oportunidad para convivir más con su hija y pasar más tiempo con ella, sin embargo, menciona que al casarse su hija fue una perdida muy grande:

“Siempre me dediqué a mi trabajo, en todo momento estuve pendiente de mi hija, me siento muy afortunada por el vínculo que tenemos, somos muy unidas y cuando me jubilé para mí fue padrísimo, porque iba a pasar más tiempo con ella... Cuando se casó mi hija me sentí muy triste, por ver ahora mi casa vacía, pero también estoy feliz porque tiene a un buen hombre a su lado. Mi hija intenta estar conmigo todos los fines de semana y cuando llega viernes me siento muy feliz porque sé que ella va a venir”.

Caso contrario para Estrella, el jubilarse la llevo a padecer depresión:

“Cuando me jubilé me sentí muy triste, sentí que ya no tenía nada que hacer y ya no servía para nada. Tuve que ir con un psicólogo y tomé medicamento para la depresión y ansiedad, ya que, no le encontraba

sentido a mi vida, porque ya estaba acostumbrada a una rutina y ahora me tuve que adaptar a otra”.

En diversos estudios se han encontrado que la persona que se jubila le cuesta aceptar este cambio vital, ya que implica un cambio de rol importante, en donde no solo implica una modificación en la rutina sino también en la identidad de la persona. Al llegar a esta etapa, sufren una transición en donde se presentan cambios físicos (malestares o enfermedades), cambios emocionales (tristeza, apatía, ansiedad o estrés) y cambios en las relaciones sociales.

Para Laura el jubilarse y la pandemia del Covid -19, la orillo a aislarse, por un lado, fue por el miedo a la enfermedad, ya que fallecieron dos hermanos, y por otro debido a que ya no tenía un trabajo fue perdiendo la interacción con otras personas.

“Durante la pandemia, me sentí muy sola, me daba mucho miedo salir y enfermarme, perdí a mis dos hermanos por esta enfermedad. Y pues también antes de la pandemia comencé a sentirme así, porque ya no convivía con mucha gente”.

Para el trabajo con esta variable las actividades se enfocaban a las cinco dimensiones de la escala GDS-15 (Percepción, Estado emocional, Desesperanza, Interés y Anergia). En donde se trabajó el reconocimiento de las emociones y la gratitud.

Reconocimiento de emociones:

Con relación a las actividades enfocadas a el reconocimiento de las emociones se enfatizó en la conciencia de la emoción a partir de sus componentes (fisiológico, cognitivo y conductual).

Se realizó un mapeo simbólico de las emociones de alegría, miedo, enojo y tristeza. En la Figura 30 se muestra el mapeo general de las y los participantes en donde

indican que parte del cuerpo se expresa la emoción y así mismo la sensación que les genera (pesadez, presión y energía), es importante mencionar que estas sensaciones las manifiestan con emociones diferentes, es por ello que se identifican con el color de la emoción.

Con relación a la alegría, las participantes expresaron sentir esta emoción en la boca, en la zona del pecho, el estómago, en manos y pies, con una sensación de energía.

“Cuando siento mucha alegría me dan muchas ganas de platicar y reír, me siento muy feliz”- Tere.

“Cuando estoy alegre, siento como mi pecho se llena de energía, mi corazón comienza a palpar muy fuerte, siento mucha felicidad y ganas de llorar, pero de tanta felicidad”- Jose.

“Yo siento la alegría en mis piernas, me dan ganas de caminar o brincar, me siento con ganas de hacer muchas cosas” – Roger.

El miedo lo manifiestan en piernas y estómago, con la sensación de pesadez y presión.

“El miedo lo siento en mis piernas, como que siento que no puedo caminar”- Nora.

“Yo siento el miedo en el estómago, y siento que me paralizó, que no puedo correr”- Sara.

“Yo expreso el miedo con una sensación de frío en las manos, porque siento que me paralizó” - Paty

La emoción de enojo la representaron en la zona de la cabeza y manos.

“Cuando estoy enojada, me duele la cabeza, siento que no puedo pensar y como que me arde el cerebro”- Enriqueta.

“El enojo lo siento como en las manos, me dan ganas de pegar o algo así, siento como mucha energía y calor”- Roger.

“La emoción del enojo la represento en las manos, siento como calambres o presión en los brazos y manos” - Lau

La tristeza la representaron en la zona de la cabeza, garganta, pecho y estómago, con una sensación de presión.

“Si siento mucha tristeza, siento como un nudo en la garganta, con muchas ganas de llorar, dolor en el pecho”- Nora.

“La tristeza la represento en mi cabeza, porque a veces tengo mucho malos pensamientos, que no me dejan tranquila, y por eso mismo lo represento con frío porque siento como congelado mi cerebro”- Estrella.

“Cuando estoy triste, no me da hambre, siento un nudo, por eso lo pinto en el estómago y también lloro” – Mari.

Figura 30

Mapeo simbólico de las emociones de las y los participantes



Simbología de Emociones		Simbología de Sensaciones	
	Alegria		Pesadez
	Miedo		Presión
	Enojo		Energia
	Tristeza		Lagrimas
			Frio
			Calor

Nota: *Elaboración propia*

Gratitud

Para trabajar la gratitud se llevó a cabo un diario de gratitud, este diario permite reconocer los aspectos pasados y presentes positivos que ha beneficiado de algún modo y ha otorgado un significado agradable a la existencia.

A partir del análisis de los diarios de gratitud, se identificaron 182 palabras, de las cuales se seleccionaron 48 palabras en donde la frecuencia era igual o mayor a dos, para crear la nube con las palabras más representativas con relación a la gratitud (Figura 31).

En la nube de gratitud se puede observar que la Familia es la principal fuente de agradecimiento encontrándose en un primer nivel, seguida de Salud y Dios estando en un segundo nivel, en el tercer nivel se encuentra, Respirar, Vivir, Alimentos Caminar, el tener un Hogar o una casa. Dentro de la descripción del diario se encuentra frases como: *“Estoy agradecida por mi familia, las personas que están a mi lado y me quieren”* *“Agradezco por tener la familia que tengo”*, *“Agradezco por tener a mi familia conmigo, por los amigos”*, *Me siento agradecido por estar vivo”*, *“Hoy me siento agradecida por un nuevo despertar”*, *“Agradezco el seguir vivo”* *“Le agradezco a dios por todo lo que me ha dado”*.

Figura 31

Nube de gratitud



Nota: Elaboración propia.

Bienestar subjetivo:

Para analizar esta variable se tomó en cuenta una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.). Para trabajar el bienestar subjetivo se basó en **Flourishing** que dentro de la psicología positiva se centra en el crecimiento y la mejora continua.

El **Flourishing** permite cultivar el bienestar en nuestros propios términos y de acuerdo con nuestros valores, creencias, condiciones y recursos con los que contamos o podemos desarrollar.

Durante la intervención se trabajó el tema de autoconcepto y logros, debido a que al presentar algún trastorno del estado del ánimo se llega a ver alterada las percepciones que se tiene de sí mismo, teniendo juicios de valor cada vez más negativos y desgastantes.

Es importante mencionar que este constructo influye en la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo se valora y cómo se relaciona con los demás; y el poder reconocer los logros es una forma de verse a sí mismo y admitir el esfuerzo que se ha realizado para conseguir algo que se desea, así como se es consciente de las capacidades de sí mismo; esto permite mantener la motivación y la autoconfianza.

En las actividades de autorreflexión de los logros, Lau compartió:

“De mis logros, de los más importantes creo que es tener una carrera universitaria, haber tenido un trabajo, tener una casa, tener un carro, y lo logre con grandes esfuerzos, ir a esperar el autobús con el aguacero (mi mamá acompañándome) con respuestas negativas y después de tanto iniciar el trabajo con un solo uniforme, llegar a casa descansar un poco y levantarme para ir al trabajo; pero esos y muchos esfuerzos más sirvieron para valorar ese bendecido trabajo porque gracias a eso se desprendió todo lo demás y obviamente todo esto fue gracias a Dios”.

De la misma forma, Nora manifestó:

“Ser médico cirujano a los 23 años, mi sueño era ser enfermera militar porque admiraba a mi tía que en un pueblo pequeño en contra de que la mujer estudiara ella logro sobresalir. Mi padre me apoyo para estudiar medicina.... Terminando carretera de Médico Cirujano General quedé embarazada, y no pude realizar especialidad médica. Por lo que aplace mi sueño hasta que mis hijos estuvieron en la universidad..... Muchos años ahorré pensando en estudiar Ultrasonido Médico, conseguí adiestramiento en Ultrasonido en el Hospital General de Pachuca, lo que me ayudó a pasar el examen para ingresar a AMUSEM”.

Cuando reconocemos nuestros logros, nos recordamos a nosotros mismos que somos capaces de lograr lo que nos proponemos y que nuestras acciones tienen un impacto positivo en nuestra vida y en la de los demás. Además, el reconocimiento

de los logros personales nos ayuda a mantener una perspectiva positiva y a disfrutar del proceso de alcanzar nuestras metas.

Edgar Morin (2004) pensaba que la complejidad no es la clave del mundo, sino un desafío a afrontar, el pensamiento complejo no es aquel que evita o suprime el desafío, sino aquel que ayuda a revelarlo e incluso, tal vez a superarlo. Para comprender a la persona mayor, debemos hacerlo desde un pensamiento complejo, en el que podamos incluir todo aquello que hace a su persona, a su esencia y a su existir.

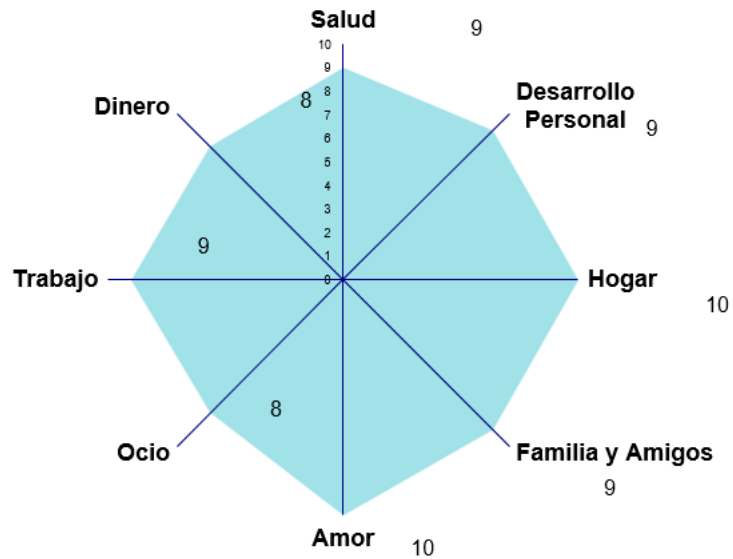
Entonces el cómo uno se encuentre va a implicar los frutos o el legado que se quiere dejar, teniendo una redificación personal al identificar cuáles son esas áreas de oportunidad en la rueda de vida para que tenga una correlación con lo que se quiere compartir con los demás; eso marca la autosatisfacción y se genera una satisfacción compartida con lo que dejas en la sociedad y en las futuras generaciones.

De acuerdo con Keyes (citado en Hone, Jarden, Schofield, & Ducan, 2014) el **Flourishing** incluye la satisfacción de vida y el bienestar social, en el cual se ve reflejadas las relaciones, la autoestima, el propósito y optimismo. Para poder dimensionar estos aspectos, se analizó *la rueda de vida*, con 8 áreas (salud, desarrollo personal, hogar, familia y amigos, amor, ocio, trabajo y dinero) esta actividad permite reflexionar en el lugar en el que se encuentran, en donde ellos han trabajado y las áreas que pueden reforzar.

En la Figura 32 se muestra la rueda de vida de Roger, él comenta *“Durante mi vida he sido muy bendecido por todo lo que Dios me ha dado, creo que me he desarrollado bien todas las áreas de mi vida. Ahora que soy jubilado quiero mejorar en mis actividades de ocio, ya que por mi trabajo descuido esa área al igual que mi familia y amigos. Creo que puedo mejorar al tener más actividades y cursos, ahora puedo estar más con mis hijos, aunque ellos ahora tienen otras actividades”*.

Figura 32

Rueda de vida de Roger



Nota: Elaboración propia.

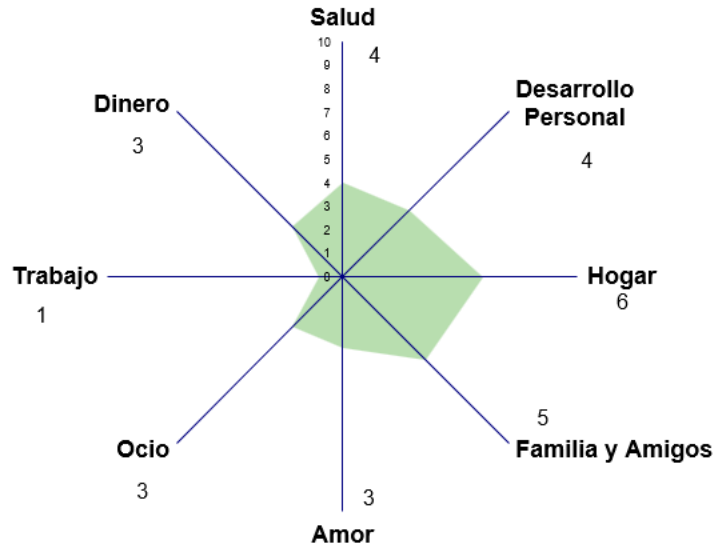
En la Figura 33 se muestra la rueda de vida de Enriqueta, que de acuerdo a su historia de vida y a los resultados de las pruebas aplicada se pueden asociar la perspectiva que tiene con relación a su vida.

“Durante mi vida he sufrido mucho, con mi enfermedad y ahora que soy jubilada no siempre puedo solventar mis gastos, en el aspecto familiar si convivo con ellos, pero en los últimos años he tenido problemas, mi hijo vive lejos y muchas veces no puedo verlo, intento mantenerme ocupada en los cursos y en la asociación”

El poder visualizar estas áreas y como las califican permite generar estrategias para mejorar aquellas áreas que consideran que tienen deficiencia.

Figura 33

Rueda de vida de Enriqueta.



Nota: Elaboración propia

Fortalezas:

Respecto al análisis del uso de virtudes y fortalezas, se trabajó con el tema de crecimiento personal, en donde las participantes reconocen y expresan aquellas áreas de oportunidad que desean mejorar; se identificaron 27 palabras diferentes, de las cuales se seleccionaron 23 palabras en donde la frecuencia era igual o mayor a dos, para así crear la nube con las palabras más representativas con relación a las áreas de oportunidad (Figura 34).

En este análisis de las áreas de oportunidad, **tolerancia**, **hábitos** y **creatividad** son las áreas que les gustaría mejorar e implementar estrategias para lograr cambios

en su vida. “Creo que tengo muy poca tolerancia, me gusta que las cosas se hagan rápido, a veces eso genera discusiones con mi esposo” – Nora, “A mí me gustaría mejorar mis hábitos, a veces intento hacer ejercicio o comer más saludable pero no tengo fuerza de voluntad” – Estrella.

Figura 34

Nube de áreas de oportunidad



Nota: Elaboración propia.

Respecto a las fortalezas en la Figura 35; se identificaron 83 fortalezas diferentes, de las cuales se seleccionaron 15 palabras en donde la frecuencia era igual o mayor a tres, para así crear la nube con las fortalezas más representativas. Se muestra que la fortaleza con mayor frecuencia es *Espiritualidad*, esta fortaleza, relaciona con la creencias y prácticas que se basan en la convicción de que hay

una dimensión trascendente de la vida, seguida de *Bondad* en donde muestra una orientación de sí mismo hacia el otro con en que tiene un vínculo emocional o afectivo. Ejemplo de esto es hacer favores y buenas acciones para los demás, disfrutando de ello. Las fortalezas que puntuaron menos son *Templanza*, *Vitalidad* y *Tolerancia*, estas fortalezas en encuentran en las virtudes de *Coraje* donde se refiere al aspecto emocional que involucra el ejercicio de la voluntad para alcanzar metas que afrontan adversidad, interna o externa y la fortaleza de *Templanza* en donde la inhibición de los propios excesos refleja la negación de sí mismo ante el beneficio para otros.

Figura 35

Nubes de fortalezas.



Nota: Elaboración propia.

Efectividad de la Intervención

Para realizar el análisis estadístico del impacto que tuvo la intervención en el uso de fortalezas, se seleccionó “Técnica de División en Mitades” (Split-Middle-Technique, Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006). Es un método mediante el cual se describe la tasa de cambio conductual a lo largo del tiempo para un solo individuo. Evalúa la tendencia a la pendiente dentro de una fase y compara las pendientes a lo largo de las fases, para así determinar si hay cambios significativos entre los datos de la línea base y la implementación de la intervención, por lo tanto, nos permite conocer la efectividad de la intervención.

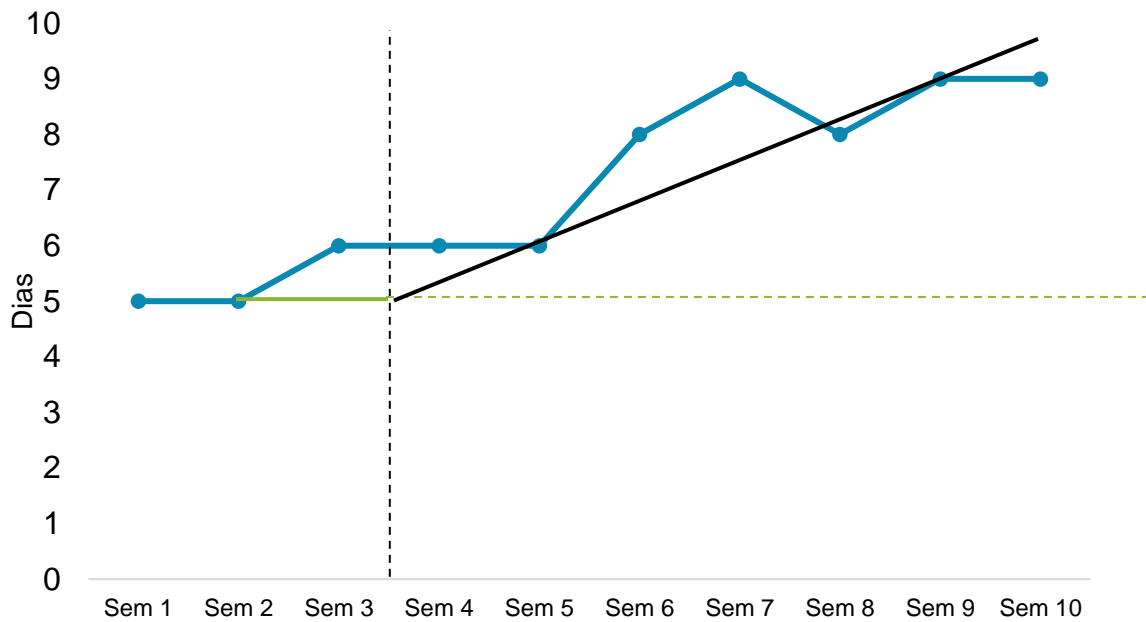
Esta estrategia considera el análisis de los datos recabados a través del Análisis Funcional de la Conducta, mismos que se recopilaron mediante el uso de los “Tabla de monitoreo” (autorregistro), en esta actividad se basó en identificar las emociones y aquellas actividades que les genera bienestar.

Se realizó la recopilación para identificar las emociones, en donde se puntuaba con respecto a los 8 días de la semana durante las 10 semanas, es importante mencionar que durante las primeras sesiones a la participante se le dificultaba y se sentía incomoda al analizar sus emociones. Al finalizar la sesión compartió que ahora le es más fácil identificar sus emociones a nivel físico, conductual y cognitivo.

De la misma forma se realizó un análisis de Roger, el promedio de realización de actividades que la hicieran sentir bien durante la línea base fue de 76.19%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 95.91%, obteniendo un incremento de 19.72.%. Existió un cambio tanto en el nivel como en la pendiente, se obtuvo una significancia de 0.00018 (Figura 36).

Figura 36

Split Bienestar de Roger



Nivel: 6

Pendiente: 1.2

Nivel= 9

Pendiente: 1.8

Significancia:

0.00018

Cambio de nivel: 1.8

Cambio de pendiente: 1.5

Nota: Elaboración propia.

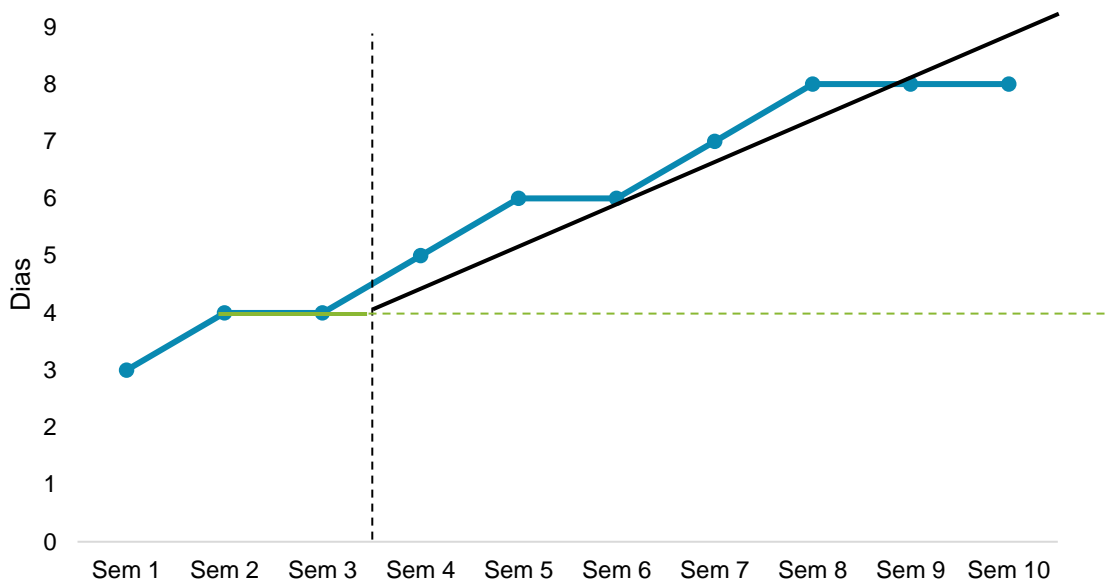
Se buscó identificar si experimentaba actividades positivas por lo que se puntuaba con respecto a los 8 días de la semana durante las 10 semanas. La participante al inicio de la intervención manifestó que no realizaba actividades que la hicieran sentir bien, describiendo que es muy aburrida su vida. Al concluir la intervención la

paciente tuvo una mejor identificación de situaciones que la hicieran sentir bien, por lo que su reporte de disfrute mejoro realizando actividades de bienestar (Figura #).

El promedio de realización de actividades que la hicieran sentir bien durante la línea base fue de 52.38%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 97.95%, obteniendo un incremento de 45.57%. Existió un cambio tanto en el nivel como en la pendiente, se obtuvo una significancia de 0.00023 (Figura 37).

Figura 37

Split Bienestar de Enriqueta



Nivel: 4

Pendiente: 1.33

Nivel= 8

Pendiente: 2.66

Significancia:

0.00023

Cambio de nivel: 2.66

Cambio de pendiente: 1.22

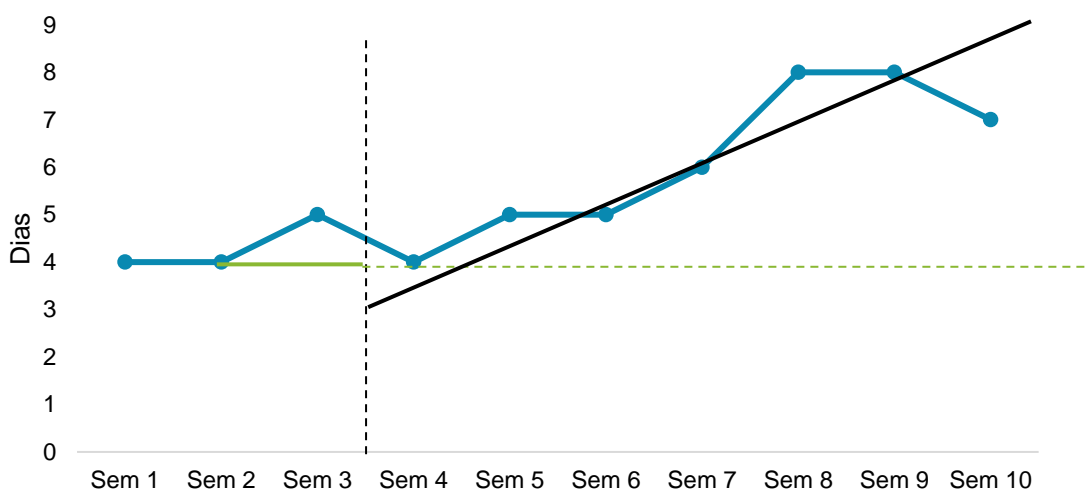
Nota: Elaboración propia.

Finalmente se realizó un análisis con relación a la fortaleza de Gratitude, para ello se trabajó con el *Diario de gratitud*, en donde se buscó identificar el uso de esta fortaleza. De igual forma se puntuaba con respecto a los 8 días de la semana durante las 10 semanas que duro la intervención.

El promedio de uso de fortalezas durante la línea base fue de 61.90%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 87.75%, obteniendo un incremento de 25.85%. Existió un cambio tanto en el nivel como en la pendiente, se obtuvo una significancia de 0.00068 (Figura 38).

Figura 38

Split Bienestar de Nora



Nivel: 4

Pendiente: 1.25

Nivel= 8

Pendiente: 1.75

Significancia:

0.00013

Cambio de nivel: 2.66

Cambio de pendiente: 1.22

Nota: Elaboración propia.

Análisis de la Significancia Clínica

Para confirmar la significancia clínica al finalizar la intervención se realizó un cuestionario para evaluar los comentarios y así identificar cambios clínicos después de la intervención. Las y los participantes de la asociación expresaron cambios en su comportamiento y sus pensamientos a partir de la aplicación de la intervención. En la Tabla 21 se presentan algunas de las respuestas.

Tabla 21

Comentarios de las participantes de la asociación al finalizar la intervención.

Comentarios al finalizar la intervención
<p>¿Qué opinión les daría a las actividades aplicadas en este taller?</p> <p>¿Qué recomendaciones nos harían?</p>
<p>Lau: <i>Nos ayudó a valorar y saber lo importante que tenemos en la vida.</i></p> <p>Jose: <i>Fueron de mucha ayuda ya que algunas eran aplicadas en el momento exacto donde estaba pasando por alguna situación difícil, triste, etc....y me hacían reflexionar mucho las cosas hasta el punto quizá de verlas de otra manera más positiva.</i></p> <p>Nora: <i>Algunas actividades fueron de gran interés puesto que me hicieron recordar aspectos buenos de mi vida.</i></p>
<p>¿Considera que lo aprendido puede ser útil para tu desarrollo personal o profesional?</p>
<p>Estrella: <i>Fue algo que nos ayudó mucho, tal vez a muchas personas no en el momento, pero hubo muchas personas que sí pudieron y aprendieron a valorarse a sí mismos y también a conocer, como dice uno de mis compañeros a perdonar, a conocer nuestras fortalezas y debilidades que no conocíamos y a mí me gustó mucho la actividad.</i></p>

Roger: *A mí me pareció los temas fueron algo nuevo y algo que nos va a servir para siempre y nos puede servir en todos lados.*

Mari: *Claro, ya que nos ayudan a ser conscientes de nosotros mismos, para después priorizar problemáticas a resolver y ver fortalezas.*

**¿Qué conocimientos adquiriste en este taller *Yolitia: Camino de vida*
¿Pudo desarrollar y aplicar el conocimiento?**

Paty: *Tal vez a conocerme mejor y aprender más de mis sentimientos.*

Enriqueta: *Que debo concentrarme más en mí misma, y buscar que es lo que me hace feliz y ya no preocuparme por cosas que no puedo modificar.*

Sara: *En general el reconocimiento de nuestras emociones experimentadas o que podemos llegar a experimentar, la importancia de expresarlas o regularlas, nuestras fortalezas de carácter y cómo pueden influir en nuestra percepción de la vida.*

**Durante o después de finalizar el taller *Yolitia: Camino de vida*
¿Pudo desarrollar y aplicar el conocimiento?**

Lau: *Mejorar la autoestima en algunos adultos mayores, afrontar los problemas en la vida profesional y educativa y proyección de mi autoestima.*

Jose: *Un poco, creo que de forma indirecta es algo que he tenido presente en mi día a día.*

¿Qué cambiarías o harías diferente para mejorar del taller *Yolitia: Camino de vida*?

Roger: *Que a algunas actividades se les dé más seguimiento.*

Sara: *Trabajar más temas de duelo y resiliencia*

Tere: *Me gustaría que se siguieran implementando y también que se pueda hacer todo virtual porque tengo una hermana que le hubiera gustado estar en las sesiones*

Comentarios u observaciones generales

Nora: Me gusto descubrir que mi discapacidad fue una perdida

Lau: Me gusto descubrir cosas que, aunque se de mí, necesitaba sacar a la luz, y poder expresarme con todo el grupo

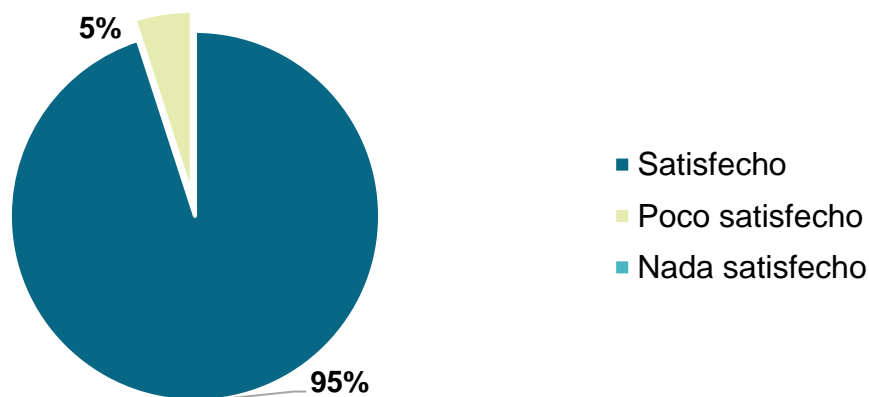
Tere: Yo honestamente, no quería venir, me daba pena llorar por los temas que se iban a trabajar. Pero conforme pasaban las actividades me gustó mucho compartir con todas.

Estrella: Este tipo de actividades nos ayuda para saber que tanto nos conocemos, como nos sentimos y cuestiones aún más personales pero la verdad me gustó mucho pues son diversos los temas que se tratan.

Finalmente se preguntó ¿Qué tan satisfechos se sintieron con el taller *Yolitia: Camino de vida*? En donde 95% de las respuestas considera sentirse satisfecho, mientras que 5 % se siente poco satisfecho (ver Figura 39). En el Anexo 17 Se muestran las fotografías tomadas durante la intervención.

Figura 39

Nivel de satisfacción de la Intervención Yolitia: Camino de vida



DISCUSIÓN

El envejecimiento poblacional es un evento demográfico que lleva implícito una mayor demanda de servicios de salud por parte de las personas mayores, este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad, en donde destacan discapacidades motrices, visuales, auditivas y mentales.

Como ya se ha señalado la depresión es un problema con estadísticas alarmantes a nivel mundial, por lo que es indudable el uso de estrategias de promoción para la Salud Pública, esto es por el impacto que tiene esta enfermedad en la pérdida de años saludables. De esta manera, es posible afirmar que será uno de los grandes desafíos que afronte México en los próximos años, además de las consecuencias que esto genera tanto en lo personal como en lo familiar.

Los trastornos mentales tendrán múltiples consecuencias económicas y sociales, sobre todo en materia de Salud Pública, ya que, en general requerirá de un aumento y mejora de servicios sociales específicamente dirigidos a este grupo de población (Choreño-Parra, De la Rosa-Arredondo, & Guadarrama-Ortiz, 2020).

Las difíciles condiciones de vida de las personas de edad avanzada se agravan en un país como México donde la falta de políticas públicas de largo plazo impide anticiparse a escenarios que requieren un conjunto de esfuerzos públicos y privados, pero sobre todo la transformación cultural y de paradigmas de la sociedad en su conjunto. La creación de políticas públicas o intervenciones representan una posibilidad de una mejora de calidad de vida para las personas mayores.

Es por eso que los esfuerzos de los profesionales en el campo de la salud se dirigen a la disminución de factores de riesgo, en particular la reducción de los síntomas que afectan el estado de ánimo, la motivación y la autoeficacia (Sánchez-Hernández, Méndez, & Garber, 2014).

Así mismo, se ha observado que las estrategias de prevención y promoción son la clave para mantener la salud y disminuir los costos asociados con los efectos secundarios de las enfermedades mentales, así como los asociados con la comorbilidad con otros trastornos.

Morin (2004) comenta *“es necesario abandonar los programas, hay que inventar estrategias para salir de la crisis. Es necesario, a menudo, abandonar las soluciones que solucionaban viejas crisis y elaborar soluciones novedosas”*. El mundo se encuentra en evolución permanente sumado al aumento de la población anciana, lo que obliga a estar abiertos mentalmente para que desde nuestro rol podamos ampliar el horizonte en lo que hace a la comprensión del adulto mayor.

Enfocarse en la promoción de la salud y el mantenimiento de conductas que favorecen un envejecimiento saludable, permiten el desarrollo de habilidades que funcionan como protectores a lo largo de la vida (Ybarra, Valencia & Orozco, 2015).

La Psicología Positiva es una rama científica que busca propiciar el desarrollo de bienestar y felicidad a través de los recursos individuales, grupales e institucionales, permitiendo promocionar la atención a la salud mental y reduciendo la presencia de trastornos mentales (Párraga, 2015). Algunas investigaciones han mostrado la importancia de la Psicología Positiva, no solo porque brinda bienestar, sino también por la capacidad que tiene para brindar resultados exitosos en los distintos aspectos y áreas de la vida. Las intervenciones de Psicología Positiva definen la felicidad como facilitador del desempeño y la productividad de las personas.

Desde una perspectiva psicológica el envejecimiento es el resultado de la acción del tiempo vivido y percibido, en donde se relacionan los procesos y funciones psicológicas, así como los comportamientos en esta etapa de la vida.

Las personas llegan a esta etapa de su vida con distintas experiencias y vivencias debido al estado de su organismo, así como con las circunstancias que les ha

tocado vivir y su propia historia de aprendizaje, lo cual condiciona su estado de salud físico y mental.

De acuerdo con De Beauvoir, (2011) la vejez no es un hecho estadístico, es la conclusión y la prolongación de un proceso. Esta idea está ligada a la del cambio. Lo que caracteriza al envejecimiento es en cierto tipo de cambio irreversible y desfavorable.

Ante la incertidumbre de la vida podemos estar seguros de una sola cosa: viviremos momentos muy felices, pero también habremos de enfrentar pérdidas: y la forma en como las manejamos determinará la calidad de nuestra vida y de cómo aceptamos el hecho de nuestra fragilidad mortal, dependerá el tener o no un proyecto de vida. Nuestra existencia actual, agitada y cambiante, nos exige movernos rápidamente y ajustarnos a nuevas circunstancias.

FASE I

En esta fase se realizó una propuesta de Intervención de Promoción del Envejecimiento Saludable en Adultos, mediante componentes de Psicología Positiva, denominada **“Yolitia: Camino de vida”** validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia, ya que, de acuerdo con White y Murray (como se citó en López & López, 2017) una intervención basada en evidencias permite fortalecer y promover más estudios que sigan este método para establecer su validez y confiabilidad.

La estructura de la intervención fue híbrida con el objetivo de reducir las desigualdades y hacer frente a la brecha digital que favorece la accesibilidad de los recursos digitales, beneficiando un intercambio intergeneracional, así como la accesibilidad para su ejecución.

Fue desarrollada con un total de 10 semanas, la cual consta de 21 sesiones (10 sesiones virtuales y 11 sesiones presenciales) basadas en estrategias de Psicología Positiva en donde se destaca el “Modelo PERMA”. De acuerdo al estudio de Schueller y Parks (2012) las intervenciones breves que incorporan múltiples estrategias de Psicología Positiva conducen a aumentos fiables y moderados del bienestar y mejoras en los síntomas depresivos, de esta forma se dirigió a fomentar un envejecimiento saludable, trabajando en las áreas de las emociones, el autoconcepto, las habilidades sociales, la atención plena y la salud mental para reconceptualizar el significado del envejecimiento.

Una vez diseñada la intervención, se desarrolló la propuesta conforme a la literatura para posteriormente someterla a un jueceo. Esta estrategia permitió contactar a once expertos en el área de la Psicología Positiva y Gerontología (la mayoría con entre uno a cuatro años de experiencia) y/o que contaran con experiencia en el trabajo con personas mayores (la mayoría con más de cinco años de experiencia).

La propuesta fue validada por los jueces en cuanto a los objetivos, procedimientos y resultados esperados conforme a lo señalado por Wolpe donde se explica que se debe contar con la revisión de los materiales, metas claras y concisas destinadas a la mejora del participante y cumplir con los lineamientos éticos correspondientes (Wolpe, 1958; Wolpe, 1977). Los jueces consideraron que era una intervención respaldada teóricamente, la cual estaba orientada al logro de objetivos en cada sesión y que contaba con actividades y técnicas que permitirían a los y las participantes involucrarse.

La validación a la intervención permitió identificar áreas de oportunidad que no habían sido consideradas al momento del diseño, esto respaldó las acciones desarrolladas en este proyecto. Por otra parte, se buscó contribuir a la mejora de la

salud mental de las y los participantes, muchos de ellos, jamás habían tenido cercanía con una intervención de Psicología Positiva.

Fase II

En esta fase se buscó identificar efectos de una intervención de promoción del envejecimiento saludable mediante la Psicología Positiva, la cual conto con 10 participantes (9 de sexo femenino y 1 de sexo masculino). Se realizo la aplicación tres pruebas psicológicas: Escala de depresión Geriátrica, Escala de bienestar subjetivo y VIA- IS; a partir de esto se identificó que la población era psicológicamente saludable pues contaron con niveles elevados de bienestar, un uso elevado de Fortalezas de carácter y no puntuaron niveles elevados de presencia de sintomatología depresiva.

Tras la aplicación de la intervención se produce una disminución significativa, al aplicar la prueba de Prueba de Wilcoxon para las diferencias entre el Pre y Post de la Escala de Depresión Geriátrica se identifican que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención, así mismo con la Escala de Bienestar Subjetivo se identifican que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención y finalmente con el análisis de Fortalezas de carácter se identifican diferencias estadísticamente significativas en las fortalezas de carácter *Aprendizaje, Humildad, Autocontrol y Espiritualidad* dichas fortalezas corresponden a las virtudes de, Sabiduría y Conocimiento, Templanza y Trascendencia. De acuerdo a la revisión literaria en un estudio realizado por Hills, Argyle y Reeves (como se citó en Padrós, 2002) consideran que algunos factores importantes para aumentar los moduladores del disfrute o de bienestar son la motivación social, la percepción de capacidades para realizar una actividad, la anticipación de un logro que será alcanzado y la frecuencia

de exposición a reforzadores positivos. A partir de lo anterior y con relación a este estudio, el incremento en la motivación expresada por las y los participantes puede ser consecuencia tanto de la intervención aplicada como de las actividades realizadas dentro de la Asociación.

Acorde a Sin y Lyubomirsky (2009), las intervenciones positivas, son relativamente recientes. No obstante, en los últimos años se ha profundizado su estudio y aplicación, buscando nuevas estrategias con un enfoque científico y aplicado el uso de la tecnología para mejorar la calidad de estas intervenciones, mejorando la experiencia personal con la meta de incrementar el bienestar y generar fortalezas.

Estos programas están dirigidos a cultivar la presencia de sentimientos positivos, cogniciones y comportamientos que fomenten el bienestar humano. El análisis cualitativo de la intervención resulta un aspecto esencial para la investigación, ya que permite interpretar los efectos de ésta a partir de las respuestas de los sujetos de estudio, mismas que muestran la actitud de las y los participantes a lo largo de la intervención, pudiendo así identificar cambios respecto a su forma de pensar y actuar.

Haciendo uso de la “Técnica de División en Mitades” (Split-Middle-Technique, Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006), se identificó el impacto que generó la intervención sobre las actividades de bienestar en donde se destaca el disfrute y la gratitud, encontrando que se obtuvo un incremento en el uso de las mismas en todos los participantes, en algunos casos del 45.57%, lo que nos permite determinar que la intervención generó cambios a nivel conductual individual en las y los participantes, lo que demuestra que se cumplió su objetivo principal.

Cabe mencionar que muchos estudios (Cristea & Cuijpers, 2017; López- Gómez, Chaves, Hervas & Vazquez, 2017; Remor & Amoros, 2009) resaltan que en muchas

ocasiones los resultados significativos de las intervenciones se pierden cuando simplemente se utilizan pruebas estadísticas para determinar la eficacia de una intervención y que es importante considerar la significancia clínica que se puede dar a nivel individual más que a nivel grupal, por tal motivo, la “Técnica de División en Mitades” permitió identificar las diferencias clínicas obtenidas por las y los participantes. Además, se complementó con las verbalizaciones de los y las participantes donde reportaron haber tenido cambios positivos tanto en su comportamiento como en sus relaciones sociales lo que reafirma lo encontrado.

Como parte de este estudio se identifican otros factores que son importantes y que deben ser considerados en futuras réplicas de esta intervención para incrementar su efectividad. Uno de ellos es que esta intervención no permite de manera directa la modificación de las habilidades sociales, por lo que valdría la pena que se agreguen componentes de técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, como comunicación asertiva.

LIMITACIONES

Para el desarrollo de esta investigación se presentaron las siguientes limitaciones.

1. Existe aún poca evidencia de intervenciones implementadas a través de aplicaciones híbridas en América Latina y en especial en México en población de adultos.
2. Baja participación y la falta de percepción de riesgo para su salud emocional.

Con relación a las limitaciones metodológicas que incidieron en los resultados obtenidos de la presente investigación se presentaron los siguientes puntos.

1. Ausencia de un grupo de control.
2. Falta de seguimiento a las y los participantes

CONCLUSIONES

El desarrollo de este estudio visibilizó la importancia de trabajar y crear programas dirigidos a cultivar la presencia de sentimientos positivos, cogniciones y comportamientos que fomenten el bienestar.

Las actividades basadas en Psicología Positiva desarrolladas en esta intervención permitieron destacar el perdón como un recurso psicológico, ver la resiliencia como una capacidad de soportar situaciones difíciles, y saliendo más fortalecido de ellas; trabajar la gratitud y la satisfacción con la intención de sentirse bien con respecto a lo que se ha vivido; ver el optimismo y la esperanza de un futuro prometedor manteniendo una actitud positiva ante la vida. Estos recursos generados permiten conseguir una nueva visión de la vejez, consiguiendo así un envejecimiento saludable, ya que favorece la participación y soporte social lo cual implica la participación en actividades sociales previniendo la soledad y el aislamiento, así como la salud mental proporcionando herramientas para mejorar la calidad de vida a través de un rol activo, así como el desarrollo de fortalezas que destacan los recursos personales generando el crecimiento de las cualidades naturales.

Es importante destacar que resulta indispensable contar con programas que busquen el bienestar psicológico, además de asegurar la igualdad de oportunidades, en cuanto al desarrollo de emociones y de la felicidad subjetiva como un acompañamiento continuo a lo largo de la vida. Esta intervención se generó a partir de una inversión económica y de recursos humanos mínimos en comparación con los resultados positivos a obtener, se sabe que la atención a la salud mental es prioritaria, por lo que requiere de esfuerzos significativos que sin duda serán superados por los beneficios para el desarrollo personal.

La sociedad solo se preocupa del individuo en la medida en que produce. Los jóvenes lo saben. Su ansiedad en el momento en que abordan la vida social es simétrica a la angustia de los viejos en el momento en el que quedan excluidos. Entretanto la rutina enmascara los problemas. El joven teme esa máquina que va atraparlo, trata a veces de defenderse a pedradas: el viejo, rechazado por ella, agotado, desnudo no tiene más ojos para llorar, cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos no es posible confrontarse con reclamar una “política de la vejez” más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos más sanos. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede ser radical; cambiar la vida (De Beauvoir, 2011).

Al hablar de vida, hablamos de vivirla con intensidad, con sentido y con responsabilidad, y sobre todo con la motivación de que cada día puede ser el último

No hay una manera correcta de vivir, no existe un manual de pasos a seguir, solo hay que dejarse sentir y pasar a través del dolor.

-Simone Beauvoir,

RECOMENDACIONES

Finalmente, es importante considerar las recomendaciones que se enlistan a continuación para obtener mejores resultados de los obtenidos por este trabajo:

A continuación, se enlistan una serie de recomendaciones para obtener mejores resultados en la investigación:

1. A pesar de que se no se realizó un estudio de factores de riesgo es posible hacer un monitoreo y brindar un seguimiento en los casos necesarios.
2. Fortalecer las actividades.

3. Retroalimentar las actividades implementadas.

4. Se recomienda contar con un grupo control.

5. Capacitar a los coordinadores de programa para replicar las actividades

A modo de conclusiones finales consideramos que el presente trabajo cumplió con los objetivos establecidos y brinda una propuesta de intervención eficaz que permite ser replicada, haciendo adecuaciones, en contextos y poblaciones similares.

REFERENCIAS

- Acosta, C., García, R., & Echeverría, S. (2020). La Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15): Validación en México y Desorden en el Estado del Conocimiento. *La revista internacional sobre el envejecimiento y desarrollo humano*. DOI: 10.1177/0091415020957387
- Acosta, C., Vales, J., & Palacio, R. (2015). Ajuste psicosocial, bienestar subjetivo y ocio en adultos mayores jubilados mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20 (3), 316-325. https://www.academia.edu/29036914/Ajuste_psicosocial_bienestar_subjetivo_y_ocio_en_adultos_mayores_jubilados_mexicanos
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinaria Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107.
- Basurto, S., & Vergara, I. (2011). Estrategias y herramientas de promoción de la salud. ELSEVIER, 214-230.
- Bertranou, F.(2006). Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Black, D. & Andreasen, N. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. México: El Manual Moderno.
- Blanco, M., (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Lamers, S., & Westerhof, G. (2017). Positive Clinical Interventions: Why are they important and how do they work? *Psychologist Papers*, 38(1), 34-41. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2819>

- 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(119), 1–20. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Borda, M., Anaya, M. P., Pertuz, M. M, Romero de León, L., Suárez, A., y Suárez, A. (2013). “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo”. *Salud Uninorte*, 29 (1), 64-73. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/3397/3262>
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En BriceñoLeón, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24).
- Carreño, S. & Medina M. (2018). Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familiar. *Imss.gob.mx*. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/static/s/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>
- Castro, A. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva* (Primera edición). Argentina: Paidós.
- Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler, J., & García-Campayo, J. (2017). Psicología Positiva contemplativa: integrando mindfulness en la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo* 38(1), 12-18. doi: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816>
- Cerezo-Reséndiz, S., & Hurtado-Rodríguez, C. (2012). Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 49-59. doi:10.5460/jbhsi.v3.2.30218
- Chávez-Hernández, A., Correa-Romero, F., Klein-Caballero, A., Macías-García, L., Cardoso-Espindola, K. & Acosta-Rojas, I. (2017). Sintomatología depresiva,

ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501-514.

Choreño-Parra, J., De la Rosa-Arredondo, T., & Guadarrama-Ortiz, P. (2020). Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Med Int Méx*, 36 (6), 807-824.

Colomer, C., & Álvarez-Dardet C. (2001). Promoción de la salud: conceptos, estrategias y métodos. En Colomer, C., & Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social (pp. 27-46). Barcelona: Masson.

Corea, M. (2020). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*, 89(1), S1-68

Cosentino A. (2010). Evaluación de las virtudes y fortalezas humanas en población de habla hispana. *Psicodebate* (10) 53-72.

Cristea, I. & Cuijpers, P. (2017). *In the pursuit of truth, we should not prioritize correlational over causal evidence*, 27(1), 36-37

Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11(1), 83-96.

Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, A., 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

Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Mar, M., Guevara, E., & Nuñez del Prado, L. (2014). "Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródrómo de demencia". *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(4), 214-225. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2191/2166>

- De Beauvoir, S. (2011). *La vejez*. Ed: Penguin Random House
- De Juanas, Á., Limón, M., & Navarro, E. (2013). "Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social*". *Revista Interuniversitaria*, (22), 153-168. doi:10.7179/PSRI_2013.22.02
- De La Guardia, M. & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Derek, Y., Helen, C., Sang, K, Patrik, W., Conway, M., Ho, C., Cheung W., Ping, M., & Hing, T. (2020). Effectiveness of WhatsApp online group discussion for smoking relapse prevention: protocol for a pragmatic randomized controlled trial. *Addiction published*, 1-9. doi: oi:10.1111/add.15027.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz, E., & Sosa, A. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *MEDISAN*, 14(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000600015&lng=es&tlng=es.
- Diener, E. & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Durán, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). "Depresión función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano

marginal". *Enfermería Universitaria*, 10(2), 36-42.
[http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2 .pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf)

Dúran-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, G., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Elsevier*, 10(2) 36-42.

Elder, G. (2002), "Historical times and lives: a journey through time and space", en Erin Phelps, Frank F. Furstenberg, Anne Colby (eds.), *Looking At Lives: American Longitudinal Studies Of The 20th Century*, Nueva York: Russell Sage.

Fernandes, R., Carmo, M., & Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicología*, 61(2), 1-12.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?idg=229019248009>

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.

Flores-Pacheco, S., Huerta-Ramírez, Y., Herrera-Ramos, O., Alonso-Vázquez, O., & Calleja-Bello, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 3(2), 89-100. DOI: <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.30224>

Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*, Bogotá, Colombia: El Manual Moderno.

García, M. (2017). EHealth (tecnología y medicina). (Coddiiinforme). Recuperado del sitio de Internet de Universidad de Jaén: <https://coddii.org/wp-content/uploads/2017/01/Informe-e-Health-2.pdf>

- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. En-claves del Pensamiento, 8(16), 13-29. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=141132947001>
- García-Alberca, J. (2015). Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. Elsevier, 30(1). DOI: 10.1016/j.nrl.2012.10.002
- García-Viniegras, V., & González, I. (2000). El bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana de Medicina General Integral, 16(6), 586- 592. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010
- Giovanelli, A., Ozer, E., & Dahl, R. (2020). Leveraging technology to improve health in adolescence: A developmental science perspective. Journal of Adolescent Health, 67(2), S7-S13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.020>
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C., & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista hacia la promoción de la salud, 15 (1), 128-143. <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
- Glen, H., Patrick, M, & Crosonoe, R. (2003). El surgimiento y desarrollo de la teoría de curso de vida. Plemium Piblishers.
- Gómez, M., & Calderón, P. (2017). Salud mental en el trabajo: entre el sufrimiento en el trabajo y la organización saludable. Katharsis, 9, 177-201
- Gómez, R. & Cases, C. (2020). Plan de cuidados para ancianos con depresión: a propósito de un caso. Ene, 14(3), e14313. Epub 05 de abril de 2021. Recuperado en 17 de marzo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300013&lng=es&tlng=es.

- González, A., Cabrera, N., Méndoza, M. Montero, F., & Ortiz, M. (2019). Evaluación del efecto de una intervención en WhatsApp para pacientes hipertensos. *Revista de Salud Pública*, 23 (2), 25-39.
- González, J., García, M., Valdés, M., González, D., & Iglesias, S. (2018). La depresión en el anciano. *NPunto*, 1(8). <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
- González-Arratia, N., & Valdez, J. (2014). Psicología Positiva y bienestar. Bienestar y familia. Una mirada desde la Psicología Positiva (pp. 23-36). México: Ediciones y gráficos Eón.
- González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis doctoral. México: UNAM.
- González-Celis, A., & Sánchez-Sosa, J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 43-58.
- González-Soto, E., Agüero-Grande, J. Mazatán-Ochoa, C. (2021). Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transmisión pandemia COVID-19 – nueva normalidad. *Cogitare enferm.*, DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.78463>
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health Promotion: planning and strategies*. Londres: Sage Publications.
- Guillén, V., Botella, C., & Baños, R. (2017). Psicología clínica positiva y tecnologías positivas. *Papeles del psicólogo*, 38(1), 19-25. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/778/77849972011/html/index.html>

- Guillén, V., Botella, C., & Baños, R. (2017). Psicología clínica positiva y tecnologías positivas. *Papeles del psicólogo*, 38(1), 19-25. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/778/77849972011/html/index.html>
- Gutiérrez-Robledo L, García-Peña M., & Jiménez-Bolón, J. (2014). Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. México: Academia Nacional de Medicina de México.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
- Herrera, I., & Gascón, F. (2012). Nuevas herramientas en la salud. *ELSEVIER*, 139(8), 364-368. doi: 10.1016/j.medcli.2012.05.010.
- Hone, L., Jarden, A., Schofield, G., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62–90. <https://doi.org/10.5502/ijw.v4i1.4>
- Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS]. (2010). Guía de referencia de Diagnóstico Y Tratamiento De La Depresión En El Adulto Mayor En El Primer Nivel De Atención. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2020). Censo de Población y Vivienda 2020.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2012). "Políticas públicas para los Adultos Mayores, situación actual y desafíos". <https://www.gob.mx/inapam/prensa/politicas-publicas-para-los-adultos-mayores-situacion-actual-y-desafios>
- Jefferson, J., & Greist, J. (1993). Depression and older people: Recognizing hidden signs and taking steps toward recovery. Madison, WI: Pratt Pharmaceuticals.

- Jiménez, M., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en positiva. *Suma Psicológica*, 23(1), 51-59. doi: 10.1016/j.sumpsi.2016.03.001
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Jurado, M., Mataró, M., & Pueyo, R. (2013). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Madrid, España: SINTESIS.
- Lemus, N., Parrado, R., & Quintana, G. (2014). Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21 (1). Doi: DOI: 10.1016/S0121-8123(14)70140-9
- López, E., & López, E. (2017). Intervenciones basadas en evidencia: experiencias y resultados. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19(2), 1-4.
- Lopez-Gomez, I., Chaves, C., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 417-433.
- López-Trejo, L., Orozco-Sandoval R, Borboa-García CA, et al. (2015). Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60. *Rev Med MD*. 6.7(4):258-262.
- Lupano, M., & Castro, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56.
- Martín, A. (2014). Atención primaria de la salud. En Martín, A., Cano, J., & Gené, J. (Ed). *Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia* (pp.1-14). Barcelona, España: ELSEVIER

- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(3), 81-275. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012
- Martínez, M. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258.
- Medina-Mora, Ma., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Clara, Fleiz Bautista, Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 30.
- Medina-Mora, M. (2019). En crisis, la salud mental en el mundo. México: Gaceta UNAM https://www.gaceta.unam.mx/en-crisis-la-salud-mental-en-el-mundo/?fbclid=IwAR2ANK4xh75zZWG2OWMK2yAa-MOrAIE2wLshjUGXUeLi9DJXgBTs09WhGF_Q
- Mesurado, B. (2010). La experiencia de Flow o Experiencia Óptima en el ámbito educativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 183-192. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n2/v42n2a02.pdf>
- Montoya-Arce, B & Soria-Romero, Z. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. UAEM. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059
- Morin, E. (2004). *Introducción al pensamiento Complejo*. Ed. Gedisa
- Morrison, V., & Bennett. P. (2008). ¿Qué es salud? En Morrison, & Bennett. (Ed.) *Psicología de la salud* (pp. 3-35). Madrid, España: Pearson Educación.

- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2), 177-193. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>
- Niemiec, R. (2019). *Atención plena y fortalezas de carácter. Una guía práctica para el fortalecer*. México: El Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2008a). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *AV. PSICOL*, 16(1), 9-38. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Oblitas, L. (2008b). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472008000200002
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage learning. https://issuu.com/cengagelatam/docs/oblitas_issuu
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión INCyTU. (2018). *Salud mental en México*. INCyTU, 7. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J. et al. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30, 161-178
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Ginebra: Catálogos Biblioteca OMS.: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). La salud mental y las personas mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Ginebra: Catálogos Biblioteca OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Década del Envejecimiento Saludable: Informe de referencia. ISBN: 978-92-75-32658-9

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). Decada del envejecimiento saludable 2020-2030. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021b). Década del envejecimiento saludable. Informe de referencia.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1997). La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida?. Foro mundial de la salud, 17.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf;sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). Componentes de la salud. Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Salud_spa.pdf;jsessionid=3FA8C9F64EBEC3ED613098FD3667BB14?sequence=3

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). El Abordaje de Curso de Vida. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13903:the-healthy-life-course-approach&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021a). ¿Cómo define la OMS la salud? Ginebra: Catálogos Biblioteca OMS. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS
- Washington: Pan American Health Organization. https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=218:las-tic-son-aliadas-en-la-salud-publica-sostiene-la-directora-de-la-ops&Itemid=204&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023a). Envejecimiento saludable. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023b). El papel de las tecnologías digitales en el envejecimiento y la salud. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275326558>
- Ovejero, M., & Velázquez, M. (2017). La predisposición al afecto positivo y su relación con el bienestar: un estudio ex post facto prospectivo en población española. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 9(1), 15-30. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2017/mip171b.pdf>
- Pacheco, P. & Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *Precop SCP*, 15(1), 30-38.
- Padilla-Góngora, D., & Padilla-Clemente, A. (2008). Tecnologías para mayores. *Universitas Psychologica*, 7(3), 883-894.
- Padrós, F. (2002). Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

- Padrós, F., Soriano-Mas, C., & Navarro, G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria*, 29(1), 151-164. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18026124008.pdf>
- Papalia, D., Sterns, H., & Camp, C. (2009). Salud mental, afrontamiento y adaptación al envejecimiento. En *Desarrollo del adulto y la vejez*. Ed: Mc Graw Hill. México.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>
- Párraga, C. (2015). *Eficacia de la intervención psicológica basada en estrategias positivas* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Madrid, España.
- Párraga, C. (2015). *Eficacia de la intervención psicológica basada en estrategias positivas* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Madrid, España.
- Pasarín, I., Miller, R., & Segura, A. (2008). Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. DOI: 10.1157/13116624
- Patiño, F., Arango, E., & Zuleta, L. (2013). Ejercicio físico y depresión de adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 198-211. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n2/v42n2a08.pdf>
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pick, S., & Givaudan, M. (2004). Teoría y estrategia para desarrollar e instrumentar intervenciones para la promoción de la salud. En L. Oblitas (Ed.), *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria* (pp. 117-164). Colombia: PSICOM Editores

- Pintado, S., & Castillo, M. (2017). Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3, 61-67.
- Quintero, Á, Henao, M. E., Villamil, M. M., y León, J. (2015). "Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados". *Biomédica*, 35 (1), 90-100. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>
- Raffino, M. (2020). Salud (según la OMS). Argentina: Concepto..de. Recuperado de: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>. Consultado: 20 de septiembre de 2021
- Ramalho, R. (2009). Psiquiatría y Salud Mental. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 43(1), 55-58. <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v42n1/v42n1a08.pdf>
- Remor, E., & Amorós Gómez, M. (2012). Efecto de un programa de intervención para la potenciación de las fortalezas y los recursos psicológicos sobre el estado de ánimo, optimismo, quejas de salud subjetivas y la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Acta colombiana de Psicología*, 15(2), 75-86.
- Riley, W., Rivera, D., Atienza, A., Nilsen, W., Allison, S., & Mermelstein, R. (2011). Health behavior models in the age of mobile interventions: Are our theories up to the task? *Translational Behavioral Medicine*, 1(1), 53–71. doi: 10.1007 / s13142-011-0021-7
- Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258.
- Ruch, W., Proyer, R. T. & Weber, M. (2010). Humor as character strength among the elderly: Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13–18. <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0090-0>

- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., & Morales, A. (2017). Las fortalezas de los mexicanos, un análisis desde la autopercepción. *Revista Iberoamericana De Psicología*, 9(1), 73-84. <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.9107/963>
- Sainz, B., Rodrigues, J., García, E., Burón, F., López, M., & De Castro, C. (2011). M-Health y T-Health. La Evolución Natural del E-Health. *RevistaeSalud.com*, 7(22), 1-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3407842>
- Sanchez-Garcia, S. et al. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Ment [online]*, 35(1), pp.71-77.
- Sánchez-Hernández, O., Méndez, F. & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76
- Santana-Cárdenas, S. & López-Uriarte, P. (2022). Calidad de vida. Aproximaciones teóricas y prácticas en México. Ed. Mc Graw Hill.
- Scheibe, S. & Carstensen, L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 135–144.
- Schueller, S., & Parks, A. (2012). Disseminating Self-Help: Positive Psychology Exercises in an Online Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e63. doi:10.2196/jmir.1850
- Schueller, S., & Parks, A. (2012). Disseminating Self-Help: Positive Psychology Exercises in an Online Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e63. doi:10.2196/jmir.1850
- Seligman, M. (2011). Flourish a visionary new understanding of happiness and well-being. New York, E.U: Free Press.

- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14.
- 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. doi: 10.1002/jclp.20593.
- Siygy, M. (2021). The psychology of Quality of life. Wellbeing and positive Mental Health. (3 ed) Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-7188-6>
- Solano, N., & Gallagher-Thompson, D. (2001). Intervenciones cognitivo-conductual para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Revista Española Geriátrica Gerontológica*, 36(4), 189-194.
- Sosa, A., Austillo, C., & Acosta, G. (2017). Determinantes asociados a depresión crónica e incidente en adultos mayores mexicanos. *Gac Med Mex.*, 153(2), S102-S118. DOI://dx.doi.org/10.24875/GMM.M17000011
- Sunkel, G. (2006). Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la educación en América Latina: una exploración de indicadores (125). United Nations Publications. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6133-tecnologias-la-informacion-la-comunicacion-tic-educacion-america-latina>
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia Psicológica*, 31(1), 115-125.
- Tello-Rodríguez T., Alarcón, R., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(2), 342-50. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2211
- Tobar, F. (2017). Atención de la salud. Buenos Aires: Ministerio de salud. <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>

- Todd, R, Rossi, M., & Triunfo, P. (2007). O ESTADO DE SAÚDE DO IDOSO NA AMÉRICA LATINA. *Cadernos de Economía*, 26 (46), 147-167. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome de burnout*. Buenos Aires. Espacio editorial.
- Torró, I., & Pozo, T. (2010). *Psicología Positiva y promoción de la Salud mental*. En A. Caruana (Ed.), *Aplicaciones educativas de la Psicología Positiva* (pp.130-140). España: Generalitat Valenciana Conselleria d'Educació.
- Valencia, A., Flores, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32(2).
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer. <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433022424.pdf>
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la Psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15- 28.
- Velasco, L. & Martínez, K. (2018). *Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la Casa de Reposo Mi divino Niño Jesús*. Distrito de Morales periodo abril – septiembre 2018. (Tesis Licenciatura). Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto. Perú.
- Vera, B. (2006). *Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología*. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237- 241. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: StanfordUniversity Press.

Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de conducta*, México: Trillas.

Ybarra, J. L., Orozco, L. A., & Valencia, A. (2014). *Intervención con apoyo empírico: herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud*. México: Manual Moderno.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Evaluación por Jueces expertos

Cuestionario de Evaluación por Jueces Expertos

Este cuestionario tiene como finalidad evaluar el grado de satisfacción de los jueces expertos con el programa de intervención de recuperación y rehabilitación de Psicología Positiva en el área de la psicología de la actividad conductual con componentes de Psicología Positiva, y el grado de la Generalización con estrategias y desarrollo de competencias de aplicación en la vida diaria para formar parte del Curso de Especialización para Jóvenes de la Universidad Tecnológica de Panamá.

Este cuestionario es parte de un proyecto de investigación que forma parte del programa de doctorado en ciencias de la conducta de la Universidad Tecnológica de Panamá. Los datos que usted proporciona serán utilizados para fines académicos y de investigación.

Agropecuaria La Victoria, Panamá

Asesoramiento:
 Lic. Miriam Inés Ramírez Méndez
 Dra. Lidia López Pardo
 Dra. Anabelita Peña Valencia Ortiz

Si desea obtener información adicional, puede comunicarse con el equipo de soporte.

Condiciones de uso:

Este cuestionario es de uso exclusivo para fines académicos y de investigación.

Se permite participar como juez experto en la evaluación de la intervención de recuperación y rehabilitación de Psicología Positiva para un mejoramiento sustancial en la calidad de vida.

Sí, acepto.
 No, no acepto.

Curso de Especialización en Psicología Positiva
 Universidad Tecnológica de Panamá

Cuestionario de Evaluación por Jueces Expertos

SEDESUC/PSICOLOGIA/PSICOLOGIA/2023/1476

TIPO DE RESPUESTA: Opción

TEMA DEL SUBCUESTIONARIO:

Saber:

Falsas
 Verdaderas

Disponibilidad:

Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Nunca

Áreas de aplicación de la intervención en el campo de la Psicología:

Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Nunca

Áreas de aplicación de la intervención en el campo de la Gerontología:

Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Nunca

QUESTIONNAIRE DE LA PRATIQUE 20

Il est recommandé de consulter les pages d'information relatives à la formation de la pratique et à la procédure de candidature en consultant le site internet de l'Association des psychologues de la région de la Capitale-Nationale.

Questionnaire de la pratique 20

1. Quel est votre statut professionnel ?

1. Étudiant
 2. Étudiant diplômé
 3. Étudiant diplômé en formation
 4. Étudiant diplômé en formation avancée

2. Si étudiant, à quel niveau de formation êtes-vous inscrit ?

1. Baccalauréat
 2. Maîtrise
 3. Doctorat

3. Si étudiant, quel est votre statut professionnel ?

1. Étudiant
 2. Étudiant diplômé
 3. Étudiant diplômé en formation
 4. Étudiant diplômé en formation avancée

4. Si étudiant, quel est votre statut professionnel ?

1. Étudiant
 2. Étudiant diplômé
 3. Étudiant diplômé en formation
 4. Étudiant diplômé en formation avancée

QUESTIONNAIRE DE LA PRATIQUE 21

Il est recommandé de consulter les pages d'information relatives à la formation de la pratique et à la procédure de candidature en consultant le site internet de l'Association des psychologues de la région de la Capitale-Nationale.

Questionnaire de la pratique 21

1. Quel est votre statut professionnel ?

1. Étudiant
 2. Étudiant diplômé
 3. Étudiant diplômé en formation
 4. Étudiant diplômé en formation avancée

2. Si étudiant, à quel niveau de formation êtes-vous inscrit ?

1. Baccalauréat
 2. Maîtrise
 3. Doctorat


3. Si étudiant, quel est votre statut professionnel ?

1. Étudiant
 2. Étudiant diplômé
 3. Étudiant diplômé en formation
 4. Étudiant diplômé en formation avancée

4. Si étudiant, quel est votre statut professionnel ?

1. Étudiant
 2. Étudiant diplômé
 3. Étudiant diplômé en formation
 4. Étudiant diplômé en formation avancée

Anexo 2. Ejemplo del Consentimiento informado



"Yolitia: Camino de vida"

bienestarpasologico.ps@gmail.com [Cambiar cuenta](#)

Se registrará tu correo electrónico cuando envíes este formulario

* Indica que la pregunta es obligatoria

Consentimiento Informado

Nos es grato informarle que el Cuerpo Académico de "Calidad de vida y envejecimiento" de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentra realizando una investigación para conocer el estado emocional con la finalidad de promover su bienestar y su salud mental.

Este proyecto es realizado por la Psicóloga Mirella Magali Ramírez Meneses, bajo la supervisión de la Dra. Lydia Pontigo Loyola, el Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz y la Dra. Andromeda Ivette Valencia Ortiz.

En este sentido, se dará seguimiento a las necesidades detectadas en esta Asociación por una vez con bienestar para los jubilados y pensionados AC durante el mes de noviembre 2022, para lo cual se emplea una intervención con componentes de psicología positiva.

Esta intervención tiene una duración de dos meses en los meses de mayo a julio, se llevará a cabo de manera híbrida con sesiones virtuales a través de la plataforma Google Meet y de manera presencial en Casa de día, ubicado en C. Ignacio López Rayón, Centro, Tulancingo, Hgo.

Se realizarán diversas actividades con temas referentes a resiliencia, fortalezas, bienestar, emociones y positividad; y se aplicará una batería de instrumentos psicométricos para evaluar el estado de bienestar.

Por tal motivo solicitamos su consentimiento para aplicar una batería de instrumentos:

- Escala de Depresión Geriátrica GDS
- Escala de Bienestar Subjetivo
- Escala de Fortalezas y virtudes

Todo la información o datos que usted nos brinda serán manejados de manera confidencial apogándonos en todo momento a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo, y serán utilizados sólo con fines de análisis estadísticos por los responsables del proyecto.

En caso de que usted desee conocer sus resultados puede informar a la responsable al término de su participación para que le sea entregado un breve reporte. Así mismo en el transcurso del estudio usted puede solicitar más información si así lo desea.

Si desea mayor información sobre la naturaleza de la investigación, por favor comuníquese con Psic. Mirella Magali Ramírez Meneses, responsable de la investigación.

Correo electrónico: bienestarpasologico.ps@gmail.com
Cel: 775 153 09 01

Al seleccionar la opción de **acepto** se entiende que estás de acuerdo* con todos los lineamientos anteriormente mencionados.

Acepto participar

No acepto participar

Anexo 3. Ejemplo de la *Escala de Depresión Geriátrica (GDS)*

"Yolitia: Camino de vida"
bienestarpsicologico.es@gmail.com [Cambiar cuenta](#)
Se registró tu correo electrónico cuando envías este formulario
** Indica que la pregunta es obligatoria*

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)

La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. La depresión en las adultas mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento.

Las siguientes preguntas son para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Sí o No

1. ¿Está satisfecho con su vida?*

Sí
 No

2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?*

Sí
 No

3. ¿Siente que su vida está vacía?*

Sí
 No

4. ¿Se encuentra aburrido?*

Sí
 No

5. ¿Tiene o menudo buen ánimo?*

Sí
 No

6. ¿Tiene que le ocurre algo malo?*

Sí
 No

7. ¿Se siente feliz muchas veces?*

Sí
 No

8. ¿Se siente o sintió algo frustrado?*

Sí
 No

9. ¿Le tiene que dar en cosas que no le dan?*

Sí
 No

10. ¿Tiene más problemas de memoria en cosas que en los...

Sí
 No

11. ¿Parece que vive en un ambiente?*

Sí
 No

1. ¿Puedes quedarte en casa cuando quieres?

Sí

No

2. ¿Te sientes seguro cuando estás en casa?

Sí

No

3. ¿Se te agotan los recursos de energía cuando estás en casa?

Sí

No

4. ¿Crees que tu situación es responsable?

Sí

No

5. ¿Crees que el resto de la gente está mejor que tú?

Sí

No

Inicio Salir Borrar Respuestas

Anexo 4. Ejemplo de la Escala de Bienestar Subjetivo de Filadelfia (PGC)

Política Camino de vida®

¿Necesitas más información? [Ver más](#)

La seguridad es un aspecto importante de nuestra política.

[Ver más sobre nuestra política de seguridad](#)

Escala de Bienestar Subjetivo de Filadelfia (PGC)

El bienestar subjetivo es definido por los sentimientos, el placer y el disfrute con respecto de los acontecimientos cotidianos. Bienestar subjetivo es una medida general del nivel de satisfacción y un predictor importante de los resultados positivos de la salud y del bienestar.

Agree: 10

1. Las preocupaciones me impiden disfrutar de la vida?

Sí

No

2. ¿Aparece usted más preocupado cuando está en casa?

Sí

No

3. ¿Tengo suficiente energía para que hacer el trabajo?

Sí

No

4. ¿Tengo miedo de hacer los cosas?

Sí

No

5. ¿Me siento más seguro de lo que debería ser?

Sí

No

6. ¿La vida es una pesadilla cuando estás en casa?

Sí

No

7. ¿Tengo los recursos suficientes?

Sí

No

8. ¿Me siento satisfecho?

Sí

No

Actual

9. ¿Las cosas de aquí me ayudan a sentirme mejor que cuando estaba en el trabajo?

Sí

No

10. ¿Me siento más energizado cuando estoy en casa?

Sí

No

11. ¿Confío en mi capacidad para hacer las cosas?

Sí

No

12. ¿Confío en mi capacidad para hacer las cosas que me gustan?

Siempre

Nunca

13. ¿Aparece usted más preocupado cuando está en casa?

Sí

No

6. ¿Es un hecho que es como su vida era más joven?

Sí

No

Resumen de resultados

7. ¿Se siente solo/a?

Sí

No

8. ¿Se esfuerza en sus amigos o familiares?

Sí

No

9. Estoy satisfecho/a con mi vida actual.

Sí

No

10. ¿La gente se preocupa por ti cuando puedes?

Sí

No

11. ¿Una persona debe estar al pendiente de las preocupaciones de un/a médico/a?

Sí

No

Inicio Registrar Datos Encuesta

Anexo 5. Ejemplo del Cuestionario de Fortalezas de Carácter VIA-IS

"Virtúes: Camino de vida"

www.viais.org

El propósito de este cuestionario es medir sus fortalezas.

Cuestionario de virtudes personales

Responde a algunas preguntas de respuesta múltiple sobre ti. Todas las respuestas son válidas y correctas que no existen respuestas correctas o incorrectas. Responde a las preguntas con respecto a cómo eres en la vida cotidiana, en el trabajo y en el hogar. No hay que sentirse presionado a dar una respuesta si no estás seguro/a, puedes regresar a ella cuando quieras. No es necesario que respondas a todas.

1. VÍA IS (VIRTUDES) a.42
 2. VÍA IS (VIRTUDES) a.42
 3. VÍA IS (VIRTUDES) a.42
 4. VÍA IS (VIRTUDES) a.42

1. **Autodominio**
 ¿Crees en ti mismo/a?
 1 2 3 4

2. **Compañerismo**
 ¿Te gusta estar con los demás?
 1 2 3 4

3. **Gratitud**
 ¿Te gusta agradecer?
 1 2 3 4

4. **Humor**
 ¿Te gusta reírte?
 1 2 3 4

5. **Perseverancia**
 ¿Te gusta seguir adelante?
 1 2 3 4

6. **Respeto**
 ¿Te gusta respetar a los demás?
 1 2 3 4

7. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

8. **Amabilidad**
 ¿Te gusta hacer cosas buenas a los demás?
 1 2 3 4

9. **Coraje**
 ¿Te gusta enfrentar tus miedos?
 1 2 3 4

10. **Perseverancia**
 ¿Te gusta seguir adelante?
 1 2 3 4

11. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

12. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

13. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

14. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

15. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

16. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

17. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

18. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

19. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

20. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

21. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

22. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

23. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

24. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

25. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

26. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

27. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

28. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

29. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

30. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

31. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

32. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

33. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

34. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

35. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

36. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

37. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

38. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

39. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

40. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

41. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

42. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

43. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

44. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

45. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

46. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

47. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

48. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

49. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4

50. **Autoconciencia**
 ¿Te gusta conocerte a ti mismo/a?
 1 2 3 4



Anexo 6. Carta descriptiva de la Intervención

Sesión 1: Psicología positiva

Objetivo: Proporcionar a los participantes el tema de psicología positiva y la introducción al material a utilizar durante la intervención.

Tema a trabajar: Psicoeducación

Modalidad: Presencial

Material:

- Laptop
- Proyector

- Presentación sobre el tema de psicología positiva
- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- Compendio de Escalas de evaluación (Anexo 3, 4 y 5)

Descripción de la sesión:

Se inicia con la presentación de todos los integrantes a partir de una dinámica llamada “*El símbolo de mi nombre*” consiste en que cada persona debe encontrar la manera de simbolizar su nombre, se les brindara una tarjeta para realizar su símbolo y en la parte de atrás, escribirán su fortaleza o algo que lo caracteriza.

Posteriormente se presentará el tema de Psicología positiva; se abordará los objetivos de la intervención y se explicara el cómo llenar el material que utilizaran a lo largo de la intervención.

Se proporcionará el link de la batería de pruebas.

Finalmente se hace la entrega del “Diario de la gratitud y la gráfica del humor”

****Aplicación de la batería de evaluación**

Sesión 2: Reconociendo mis emociones

Objetivo: Introducir al participante al tema de emociones positivas

Tema a trabajar: Psicoeducación para el reconocimiento de emociones y su respuesta fisiológica

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.

- Presentación en Canva

Descripción:

**Revisión de la sesión pasada*

¿Que sentimos? / ¿Cómo nos sentimos?

En esta actividad se trabajará con las emociones (enojo, miedo, aversión, ansiedad, felicidad, tristeza, sorpresa, orgullo, vergüenza y amor). Se realizará una presentación de las emociones y la respuesta fisiológica.

Descripción de la sesión:

En esta actividad pretende identificar qué quiere decir la emoción para que puedas resolver el problema. Esto ayuda a sentir menos de estas emociones en el futuro y mientras tanto, va a tener un efecto estabilizador para poder pensar antes de ignorar o actuar nuestras emociones.

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Sesión 3: Reconociendo mis emociones

Objetivo: Fomentar la identificación de las emociones en sí mismos.

Tema a trabajar: Emociones

Modalidad: Presencial

Material:

- Silueta del cuerpo humano (Anexo 10)
- Cuadro de emociones (Anexo 11)

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Descripción de la sesión:

**Revisión de la sesión pasada*

Al iniciar esta sesión los participantes entregan el autoregistro para que la respondan y se analizara el diario de la gratitud.

Se les entregará a todos el cuadro de emociones y la silueta del cuerpo humano. Deberán responder el cuadro y finalmente compartir lo contestado y revisado en la sesión.

**Actividad de refuerzo*

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Sesión 4: Importancia del disfrute

Objetivo: Introducir al participante al tema de gaudibilidad (disfrute)

Tema a trabajar: Psicoeducación en gaudibilidad

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.
- Presentación en Canva
- Diario de campo (Anexo 7)

- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Descripción de la sesión:

**Revisión de la sesión pasada*

En esta sesión se abordará el tema de gaudibilidad, y se orientará a identificar y reconocer aquellas actividades que nos proporcionan experiencias agradables.

*Se les solicitará que lleven para la sesión presencial algún objeto o foto que genere alguna emoción positiva

Sesión 5: Disfrute

Objetivo: Potenciar el disfrute a través de la realización de actividades de disfrute en las y los participantes

Tema a trabajar: Disfrute

Modalidad: Presencial

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Descripción de la sesión:

**Revisión de la sesión pasada y de la actividad de refuerzo*

Al iniciar esta sesión los participantes entregan el autoregistro para que la respondan y se analizara el diario de la gratitud.

Evocando emociones positivas

En esta sesión las y los participantes deberán mostrar una foto de las personas, lugares o cosas que te traiga recuerdos positivos, ya sea de su infancia o de la actualidad. Posteriormente describirán la foto (hace cuánto tiempo la tomo, quién aparece en la foto, qué lugar es, etc....) y finalmente describirán que sensaciones o recuerdos le provoca la foto.

Sesión 6: Pensamientos negativos

Objetivo: Introducir al participante al tema de pensamientos negativos

Tema a trabajar: Psicoeducación en pensamiento negativos

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.
- Presentación en Canva
- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Descripción de la sesión:

**Revisión de la sesión pasada*

Barrera emocional

Se realizará una presentación de pensamientos barrera; en esta actividad se pretende trabajar los pensamientos negativos a través de la reestructuración cognitiva de estos mismo, entendido esto como una estrategia con el objetivo de

modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva a través, de la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevo.

***Actividad de refuerzo**

- **Link:** <https://forms.gle/rL46BY8kaAjR4H1R6>

Descripción: En esta actividad se denomina *Impulso y freno* lo cual permite reflexionar sobre aquellas situaciones donde se ha actuado de manera impulsiva.

Sesión 7: Barrera emocional

Objetivo: Fomentar la identificación de la barrera emocional

Tema a trabajar: Barrera emocional – pensamientos negativos

Modalidad: Presencial

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- Formato de pensamientos (Anexo 12)

Descripción de la sesión

**Revisión de la sesión pasada y de la actividad de refuerzo*

Al iniciar esta sesión los participantes entregan el autoregistro para que la respondan y se analizara el diario de la gratitud.

En esta sesión se trabaja a partir de la identificación de sus propios pensamientos negativos que han tenido las y los participantes durante su día, para complementar

esta sección se muestra un cortometraje “El poder de tus pensamientos” el cual ejemplifica de manera muy clara el cómo estos pensamientos afectan nuestras conductas hacia nosotros mismos y hacia los demás. Se analiza con el replanteamiento de estos pensamientos, en la cual se pretende que las y los participantes analicen el origen de estos, lo enfrenten y lo replanteen mediante una reflexión o un consejo, el cual describa que cosas cambiarían y como eliminarían esos pensamientos negativos.

***Actividad de refuerzo**

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Link: <https://forms.gle/tD2JcQfdXUfLdumYA>

Descripción: En esta actividad se denomina *Bitácora del pensamiento*, lo cual permite describir y desglosar algún pensamiento o problemática.

Sesión 8: Autoconcepto

Objetivo: Introducir al participante al tema de autoconcepto

Tema a trabajar: Psicoeducación en el tema de autoconcepto

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.
- Presentación en Canva

Descripción:

**Revisión de la sesión pasada*

En esta sesión el tema central de esta actividad es la autovaloración, ésta se refiere a la percepción o juicio que el individuo hace de sí mismo. Una de las funciones más importantes de la autovaloración es la de regular la conducta mediante un proceso de autoevaluación o autoconciencia.

Actividad de refuerzo

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Sesión 9: ¿Quién soy?

Objetivo: Identificar logros personales

Tema a trabajar: Autoconcepto

Modalidad: Presencial

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- Formato de logros (Anexo 13)

Descripción de la sesión:

Revisión de la sesión pasada

Al iniciar esta sesión los participantes entregan el autoregistro para que la respondan y se analizara el diario de la gratitud.

En la sesión las y los participantes se toman un tiempo para plantear y pensar en todo lo que ha logrado en la vida y todas las cosas que hoy les hace felices y han

conseguido. Se describe aquellos logros que son importantes y los motivan para alcanzar metas grandes. Compartirán lo analizado con el grupo.

Sesión 10: Fortalezas de carácter

Objetivo: Introducir al participante al tema de fortalezas de carácter

Tema a trabajar: Psicoeducación en el tema de Fortalezas de carácter

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.
- Presentación en Canva

Descripción:

**Revisión de la sesión pasada*

En esta sesión las y los participantes se tomarán un tiempo para analizar y pensar en las virtudes y fortalezas. Posteriormente se brindará el tema de fortalezas, en donde se solicitará el apoyo de los participantes para ejemplificar cada virtud y fortaleza.

***Actividad de refuerzo**

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- **Link:** <https://forms.gle/GX7Tr7mtW6N8epc48>

Descripción: El cuestionario consta de una serie de preguntas sobre creencias, cualidades personales y áreas de oportunidad de ellos mismo. El

tema central es el autoconcepto que engloba la imagen que se tiene de sí mismo en relación al aspecto, a las capacidades y las habilidades.

Sesión 11: Mis fortalezas

Objetivo: Darles a conocer cuáles son las fortalezas que más usan y las que necesitan desarrollar más.

Tema a trabajar: Fortalezas de carácter y virtudes

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Descripción de la sesión:

Revisión de la sesión pasada

Al iniciar esta sesión los participantes entregan el autoregistro para que la respondan y se analizara el diario de la gratitud.

Se entregarán resultados del cuestionario de fortalezas y virtudes aplicada en la sesión 1, posteriormente se analizará las virtudes y fortalezas que agregaron al principio y si corresponden a lo que ellos imaginaban; compartirán lo analizado con el grupo.

Sesión 12: Perdida

Objetivo: Dar a conocer el tema de perdida y los diferentes tipos de perdida

Tema a trabajar: Perdida

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.
- Presentación en Canva

Descripción de la sesión:*Revisión de la sesión pasada*

Al iniciar esta sesión los participantes entregan el autoregistro para que la respondan y se analizara el diario de la gratitud.

Se realizará una presentación del tema de perdida, y se explicara los diferentes tipos de perdida con el objetivo que analicen los diferentes tipos de perdida que han tenido a lo largo de su vida.

Sesión 13: Mi camino

Objetivo: Identificar las emociones presentes después de la experimentación de una pérdida y a través del uso de palabras clave redactar las emociones presentes para la visualización física de dicho proceso.

Tema a trabajar: Perdida

Modalidad: Presencial

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- Lista de emociones y tabla de emociones (Anexo 14)
- Hojas
- Lapiceros

Descripción de la sesión:*Revisión de la sesión pasada*

Al iniciar esta sesión los participantes entregan el autoregistro para que la respondan y se analizara el diario de la gratitud.

Encasillamiento de palabras

Se les entregara el material de la tabla de emociones y se dictará algunas palabras, los participantes colocaran las palabras escuchadas en cada una de las columnas que crean que corresponda. Una vez terminado compartirán lo que han colocado en la tabla con los compañeros y conocerán la esquematización de los otros.

Creación de una carta

Con ayuda de la actividad anterior, se redactará una carta a partir de la experiencia vivida (la escritura será personal). Una vez completada, los participantes compartirán su experiencia durante la redacción y si así lo desean lo compartirán con el grupo. Con la carta se creará una flor de papiroflexia siguiendo los pasos correspondientes.

*Esta flor les apoyara para la sesión virtual siguiente.

Sesión 14:

Objetivo: Introducir al participante al tema de duelo

Tema a trabajar: Duelo

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.

- Presentación en Canva

Descripción de la sesión:

Revisión de la sesión pasada

Se realizará una presentación con el tema de duelo, se explicarán las diferentes etapas y se dará un espacio para compartir experiencias si así lo desean.

Sesión 15:

Objetivo: Relacionar las emociones displacenteras con las herramientas emocionales con las que el participante cuenta

Tema a trabajar: Duelo

Modalidad: Presencial

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- Pentágonos de cartoncillo (Anexo 15)
- Plumones
- Diurex

Descripción de la sesión:

Revisión de la sesión pasada

Se proporcionará la cantidad necesaria de figuras de cartoncillo. Se ayudará a los participantes para retomar lo abordado en sesión presencial anterior para rescatar las emociones y aprendizajes obtenidos en la presente actividad.

A través de la introspección se identificarán las herramientas que con anterioridad han ayudado a afrontar las situaciones complicadas y se plasmarán al reverso de cada una de las escritas en el primer paso de esta actividad. Con ayuda del guía se creará una maceta utilizando los pentágonos y un orden establecido.

A través de la conversación guiada se podrá conocer en qué ha beneficiado el uso de herramientas que crean figuras físicas a partir de experiencias personales. Los participantes podrán aportar y compartir de manera libre.

Sesión 16: Afrontando cambios

Objetivo: Introducir al participante al tema de afrontamiento a los cambios

Tema a trabajar: Psicoeducación en el tema de afrontamiento a los cambios

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.
- Presentación en Canva

Descripción:

**Revisión de la sesión pasada*

Se encaminará la sesión a trabajar el afrontamiento de cambios, se solicitará que mencionen algunos de los cambios que han tenido en su vida que consideren más representativos o que los haya impactado más.

Se preguntará lo siguiente: ¿Qué ha hecho que este cambio en particular sea difícil? ¿Qué han intentado cambiar para ajustarse a la nueva situación? ¿Ha funcionado?

***Actividad de refuerzo**

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Sesión 17: Línea del tiempo

Objetivo: Identificar las habilidades y recursos pasados, presentes y futuros para consolidar su resiliencia.

Tema a trabajar: Afrontando los cambios

Modalidad: Presencial

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- 3 hojas blancas.
- 3 sobres para hoja tamaño carta.
- Pluma, lápiz, plumines, etc.

Descripción de la sesión

**Revisión de la sesión pasada*

En el primer sobre la persona mayor deberá escribir el título **“Abrir cuando creas que ya no puedes más”**. A continuación, en una de las tres hojas deberá colocar el título **“Lo que he logrado antes”** y debajo del título deberá anotar en forma de lista todas y cada una de las cosas que en el pasado ha logrado antes a pesar de la adversidad y que le genera satisfacción recordar, todo aquello que ha sido importante, que tal vez en ese momento pensaron que no era tan fácil lograrlo y lo

consiguieron. Posterior a terminar el listado deberán doblar la hoja e introducirla en el sobre, para después cerrarlo.

En el segundo sobre la persona mayor deberá escribir el título **“Abrir cuando sienta que ya no tengo de dónde agarrarme”**. A continuación, en la segunda hoja deberá colocar el título **“No estoy sola / solo”** y debajo del título deberá anotar en forma de lista todas y cada una de las personas que en el pasado o en este momento forman parte de su vida, a quienes compartimos experiencias, inquietudes, solicitamos consejos, auxilio, apoyo o favores; para que con este sobre nos permita recordar que siempre existe la posibilidad de encontrar escucha y acompañamiento en diferentes momentos de su vejez, recurriendo así a alguna de estas opciones para compartir éxitos o fracasos en el avance de sus vivencias. Posterior a terminar el listado deberán doblar la hoja e introducirla en el sobre, para después cerrarlo.

En el último y tercer sobre la persona deberá escribir el **título “Abrir cuando sientas que ya no vale la pena estar aquí”**. A continuación, en la última hoja deberá colocar el título **“Experiencias por descubrir”** y debajo del título deberá anotar en forma de lista todas y cada una de las cosas que en este momento consideren son importantes, le pueden motivar o le encantarían realizar hacia el futuro, sentimiento, emoción o determinación que incentive la proyección a lo que se aproxima en sus vidas. Posterior a terminar el listado deberán doblar la hoja e introducirla en el sobre, para después cerrarlo.

Posteriormente, se indicará al participante que habrá de juntar los 3 sobres y los deberá guardar en un lugar seguro o especial para que en un futuro en el que pueda existir alguna crisis o dificultad o se generen emociones frustrantes o desalentadoras acudan y lean estas cartas, encontrando así una estrategia de contención y motivación en sentido a la resiliencia.

Sesión 18: Atención plena

Objetivo: Introducir al participante al tema de atención plena

Tema a trabajar: Psicoeducación en la atención plena

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.
- Presentación en Canva

Descripción:

**Revisión de la sesión pasada*

En esta sesión se abordará el tema de atención plena (mindfulness), se brindará la parte teórica del tema y los beneficios a la salud que trae consigo la práctica de meditación.

***Actividad de refuerzo**

- Video de meditaciones.
- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)

Sesión 19: Observadores de lo maravilloso

Objetivo: Fomentar un momento de atención plena en las y los participantes.

Tema: atención plena.

Modalidad: Presencial

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- Ropa cómoda
- Bocina
- Incienso

Descripción:

En esta sesión se brindará la técnica de meditación guiada que consiste en observar la realidad en el momento presente

Meditación guiada:

Comienza por cerrar sus ojos, pero muy suavemente, sin hacer fuerza percibiendo el entorno que me rodea, lo oye, lo que siente, lo que huele, lo que toca y lo acepta tal cual es...

Dejo que el reloj avance sin intención de detenerlo... Permito que todo fluya naturalmente, sin expectativa. Siento la presencia de mi cuerpo y mi mente... Siento el ahora. Solo observo sin juzgar, descubre el ritmo de su respiración, inhale y exhale suavemente. Note el movimiento natural de mi cuerpo al respirar y vuelva a sentir el ahora. Encuentre en su cuerpo un lugar en donde puedo notar con más intensidad su respiración, puede ser en su pecho, en sus hombros, en su cara o en su abdomen. Focalice esa zona, note cómo la inhalación expande esa zona y note cómo la exhalación contrae esa zona.

Ahora abra su foco de atención, permítase abrir sus cinco sentidos físicos para abarcar todo lo que le rodea. Active sus oídos para escuchar todo el entorno...

Quizás oiga el canto lejano de algún ave, el tráfico vehicular de la ciudad, una música suave que toca cerca o las voces de personas que conversan a lo lejos... Active su olfato para percibir todos los aromas que le rodean... Quizás huelga alguna flor, un incienso, el olor de una vela que está cerca o los olores particulares de su propio cuerpo... Sienta la textura de la ropa que tiene puesta sobre su piel o el contacto de sus manos apoyadas sobre su regazo. Si sus ojos están abiertos, observe su entorno sin juzgarlo... Aprecie los tonos, los colores, sin etiquetar ni comparar... Si sus ojos están cerrados, descanse su mirada en su mundo interior... Contemple su "no ver". Cuando note que su concentración se pierde o que su mente divaga hacia el pasado o el futuro, solo regrese con mi atención abierta al momento presente... Aunque perciba todo, no elija nada en concreto, no juzgue nada en particular... Mantenga su mente amplia y deje que sus sentidos capten todo lo que llega... Es un testigo silencioso de lo que ocurre en el momento presente.

Sesión 20: Generatividad - Cierre

Objetivo: Introducir a los participantes al tema de generatividad

Tema a trabajar: Generatividad

Modalidad: Virtual

Material:

- Link de sesión Google meet.
- Presentación en Canva

Descripción:

**Revisión de la sesión pasada*

Se abordará el tema de generatividad el cual consiste en interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones y, en último término, por dejar un legado que nos sobreviva.

Sesión 21: Generatividad - Cierre

Objetivo: Evaluar el desempeño en las diferentes que conforman nuestra vida

Tema a trabajar: Retroalimentación del tema de generatividad

Modalidad: Presencial

Material:

- Diario de campo (Anexo 7)
- Autoregistro (Anexo 8)
- Diario de gratitud (Anexo 9)
- Rueda de vida (Anexo 16)
- Reconocimiento (Anexo 17)
- Link de batería de pruebas

Descripción de la sesión

**Revisión de la sesión pasada*

Al iniciar esta sesión los participantes entregan el autoregistro para que la respondan y se analizara el diario de la gratitud

Se brindarán a cada participante una hoja de papel con el diagrama de “rueda de la vida” y una pluma.

Se solicitará considerar que el centro es cero y la circunferencia es un 10 y habrá de marcar con un punto en donde considere que se encuentra su calificación del día de hoy en cada división.

Una vez marcados los 8 aspectos (intelectual, físico, familiar, social, amor, espiritualidad, laboral y económico) el participante unirá los puntos.

De manera grupal, analiza si ¿Hay equilibrio en esta rueda? ¿Si pudiéramos borrar la circunferencia del círculo, la figura creada por tus resultados giraría con facilidad?

El participante deberá evaluar y analizar el equilibrio de su rueda ¿Qué fortalezas presenta y cuales requieren de su atención?

****Aplicación de la batería de evaluación**

Anexo 7. Diario de campo

DIARIO DE CAMPO

Nombre de la sesión:	
Numero de sesión:	
Objetivo:	
Tema a trabajar:	
Participantes:	
Quien observa:	
Fecha y hora:	
Descripción de la actividad	Observaciones

Consideraciones Interpretativas:

Anexo 8. Ejemplo del Autoregistro



**TABLA DE MONITOREO DE
ACTIVIDAD-ESTADO DE ÁNIMO**

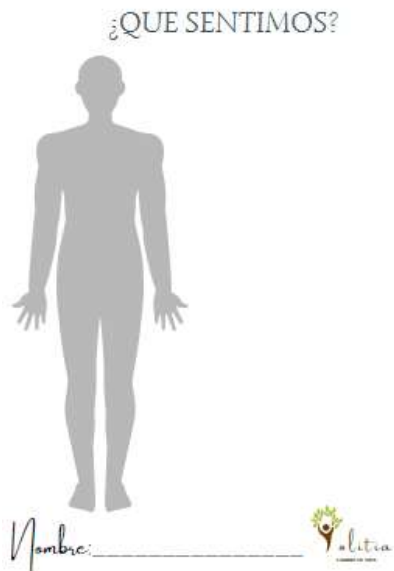
Nombre: _____ Fecha: _____

Momento del día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana (Actividad)							
Estado de ánimo (Intensidad 1-10)							
Tarde (Actividad)							
Estado de ánimo (Intensidad 1-10)							
Noche (Actividad)							
Estado de ánimo (Intensidad 1-10)							

Anexo 9. Ejemplo del Diario de gratitud



Anexo 10. Ejemplo de Silueta de emociones



Anexo 11. Cuadro de emociones

Nombre: _____

Registro de Pensamientos				
Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Pensamiento alternativo



Anexo 12. Registro de pensamientos

Nombre: _____ Fecha: _____

	Alegría	Enojo	Miedo	Tristeza
¿En qué parte del cuerpo sientes la emoción?				
¿Cómo se siente? (arde, duele, calor o frío)				
Las participantes pueden marcar la imagen con dos colores en donde se siente activación o desactivación				
¿Cambia la sensación conforme sube la intensidad?				
¿Cómo se siente cuando llega al punto más alto?				

Anexo 13. Formato de logros



Anexo 14. Lista de emociones / Tabla de emociones

Lista de Palabras

- Abandono, Abatimiento, Afición, Agitación, Agotio, Agnía, Aislamiento, Amargura, Apatía, Arrepentimiento, Ausancia
- Alborozo, Alivio, Ánimo, Aforanza, Apaciguamiento, Arrojo, Aserividad, Autenticidad, Autocomplacencia, Autonomía, Bienaventuranza, Brillantez, Brio, Calma, Carleza, Comodidad, Complacencia, Contemplación, Contento
- Agresividad, Arrogancia, Asperza, Batibanda, Beligerancia, Bravura, Brutalidad, Burla, Celo, Cólera, Coraje, Desconsideración, Desesperación, Despecto, Destrucción
- Aceptación, Acompañamiento, Admisión, Adoración, Afecto, Agradecimiento, Agado, Amabilidad, Apego, Apoyo, Aprobación, Amanía, Atracción, Benevolencia, Bondad
- Cobardía, Desasosiego, Desconfianza, Desprotección, Desvalimiento, Escrupulosidad, Espanto, Fobia, Fragilidad, Honor, Impastidad, Indefensión
- Alteración, Ambivalencia, Anormalidad, Arroamiento, Asombro, Aturdimiento, Confusión, Comoción, Curiosidad, Desapercibimiento
- Abominable, Abotrecimiento, Absóntica, Alejamiento, Animadversión, Antagonismo, Antipatía, Apartamiento, versión, Censura, Contención, Continenca, Desafecto, Desapego, Desagrado

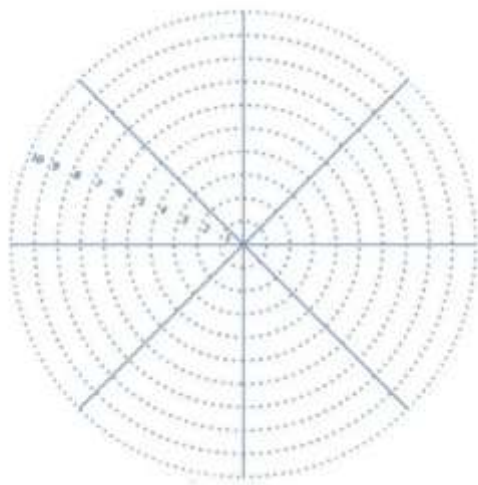
Nombre: _____ Fecha: _____

Allegria	Tristeza	Miedo	Indiferencia

Anexo 15. Pentágonos de cartoncillo



Anexo 16. Rueda de vida



Anexo 17. Ejemplo de constancia de participación



Anexo 18. Fotografías tomadas en la intervención “Yolitia: Camino de vida”

