

**DISEÑO Y APLICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN POSITIVA BASADA EN EL
MODELO PERMA PARA PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO**

Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria por la Universidad de La Laguna

Curso académico 2023-2024

Alumna: Evelyn Díaz Sánchez

Tutora académica: Rosario Josefa Marrero Quevedo

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue diseñar e implementar un programa de intervención positiva basado en el modelo PERMA de Seligman (2011), adaptado a personas mayores con deterioro cognitivo. Los participantes fueron 10 usuarios de un centro de día de mayores de la isla de Lanzarote que se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos: grupo de intervención (N=5) y grupo control de lista de espera (N=5). Todos fueron evaluados antes y después de la intervención para comprobar su eficacia. Ambos grupos mostraron homogeneidad en el nivel de deterioro cognitivo. La intervención se desarrolló en 7 sesiones distribuidas en 4 semanas, con 2 sesiones semanales de entre 40 y 60 minutos. Los MANOVAS indicaron que el programa fue eficaz, dado que el grupo de intervención incrementó su nivel de bienestar recordado, bienestar experimentado, bienestar global y gratitud, y disminuyó el nivel de soledad; mientras que el grupo control disminuyó su nivel de bienestar y gratitud, e informó de mayor soledad. Limitaciones como el número reducido de la muestra y la dificultad de llevar a cabo una evaluación de seguimiento, no permiten generalizar los resultados a otras personas mayores con deterioro cognitivo, por lo que se sugiere valorar estos aspectos en futuras investigaciones.

Palabras clave: bienestar, deterioro cognitivo, personas mayores, psicología positiva, gratitud, soledad.

ABSTRACT

The aim of this study was to design and implement a positive intervention program based on Seligman's PERMA model (2011), adapted to older people with cognitive impairment. Participants were 10 users of a senior day center on the island of Lanzarote who were randomly distributed into two groups: intervention group (N=5) and waiting list control group (N=5). All of them were assessed before and after the application of the intervention program to test its effectiveness. Both groups showed homogeneity in the level of cognitive impairment. The intervention was developed in 7 sessions distributed over 4 weeks, with 2 weekly sessions of between 40 and 60 minutes. The results of MANOVAS indicated that the program was effective, since the intervention group increased their level of remembered well-being, experienced well-being, global well-being and gratitude, and decreased their level of loneliness; the control group decreased their level of well-being and gratitude, and reported higher levels of loneliness. Limitations such as the small number of the sample and the difficulty of carrying out a follow up-evaluation, do not allow the generalization of the results to other older people with cognitive impairment, so it is suggested to take these aspects into account in future research.

Keywords: well-being, cognitive impairment, older people, positive psychology, gratitude, loneliness.

INTRODUCCIÓN

Desde la teoría del desarrollo de Erikson (1950), se habla de que una persona se encuentra en la etapa de la vejez a partir de los 65 años. Esta etapa se ha venido asociando tradicionalmente y casi de manera exclusiva a efectos y aspectos negativos (Moñivas, 1998). Los cambios físicos y fisiológicos que indiscutiblemente se producen en esta etapa han determinado la imagen social de las personas mayores ocasionando incluso que se lleve a confundir el envejecimiento normal con el envejecimiento patológico. No obstante, con el paso del tiempo se han venido conformando visiones respecto a la vejez que valoran también aquellos aspectos positivos que acompañan a esta etapa del desarrollo evolutivo: vejez como oportunidad para dedicar tiempo y espacio a desarrollar nuevos modos de vivir. De hecho, hoy en día se conoce que no necesariamente todas las personas en esta etapa sufren el mismo declive cognitivo ni con la misma velocidad, sino que esto se ve influido en gran medida por la manera en la que los individuos se relacionan con un contexto de calidad, la historia de aprendizaje y las circunstancias que han vivido (Fernández Ballesteros, 2004).

Por tanto, aunque el envejecimiento conlleve un inevitable descenso de las capacidades físicas y mentales, y un mayor riesgo de padecer enfermedades que podrían ocasionar la muerte, estos cambios no son lineales y no se asocian de manera directa ni exclusiva con la edad de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2022). Con el aumento de la esperanza de vida, inevitablemente ha aumentado la presencia de enfermedades que se dan en edades avanzadas; entre ellas, las enfermedades demenciales degenerativas. Aun así, esta es una patología que frecuentemente es infradiagnosticada, lo que afecta al desarrollo de la misma, pues una detección temprana es clave para mantener por mayor tiempo la independencia y calidad de vida de las personas (Ávila, Vázquez y Gutiérrez, 2007). Cuando se habla de “deterioro cognitivo” se puede estar haciendo alusión al deterioro que se da en el

envejecimiento normal o al deterioro que aparece como una etapa de transición entre el envejecimiento normal y la demencia, es decir el Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Tanto en el caso del envejecimiento normal como en el caso del envejecimiento patológico, el deterioro de la memoria es la alteración cognoscitiva más común (Casanova, Casanova y Casanova, 2004).

Desde el ámbito de la Psicología Positiva, el foco de atención ha pasado de centrarse en el malestar a centrarse en características positivas relacionadas con una mejor calidad de vida y un mayor nivel de bienestar que, además, permitan prevenir los trastornos mentales y otras patologías (Antonovsky, 1987; Seligman, 2000). En este sentido, el bienestar personal se ha abordado desde dos perspectivas principales, entendido como bienestar subjetivo o como bienestar psicológico. El bienestar subjetivo, que también se conoce como hedónico, comprende la valoración que hace una persona sobre su propia calidad de vida (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999) e incluye un componente cognitivo y otro afectivo. El bienestar psicológico, también conocido como eudaimónico, se refiere al funcionamiento psicológico y a la vivencia de una experiencia óptima, es decir, a sentirse realizado como persona (Ryff, 1995).

Por un lado, el bienestar subjetivo ha mostrado estar asociado con mejor salud física. Las personas con mayor presencia de emociones positivas tienen menos probabilidad de enfermarse de gripe, mejor salud y longevidad y, además, una tasa cardiaca más baja, bajo cortisol en saliva, menos tensión arterial y menor respuesta fibrinógena al estrés (Steptoe, Wardle & Marmot, 2005).

Por otro lado, se ha encontrado que distintos componentes del bienestar psicológico como tener un propósito en la vida, mayor sensación de crecimiento personal y relaciones positivas con los demás, influyen en un menor riesgo cardiovascular en general (Ryff et al., 2006; Ryff, Singer & Love, 2004) y menor riesgo de padecer problemas inflamatorios

(Friedman et al., 2005; Friedman, Hayney, Love, Singer & Ryff, 2007). En un estudio prospectivo de nueve años, que se realizó en 14 países, se encontró que expresar menores niveles de significado en la vida se relacionaba con un mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, teniendo el efecto contrario la expresión de mayores niveles de significado (Sutin, Luchetti, Stephan y Terracciano, 2020).

Además, el nivel de bienestar se ve influido, entre otras cosas, por el nivel de soledad percibida. Cuanto más sola se siente una persona, menor probabilidad existe de que experimente bienestar (Barbosa et al., 2019). En el caso de las personas mayores, los niveles de soledad se acentúan todavía más. Aproximadamente en la mitad de personas con más de 80 años, se aprecian sentimientos de soledad (Pinquart & Sörensen, 2003). Otra variable que también se relaciona con el nivel de bienestar es la gratitud, la cual promueve el afecto positivo, conductas prosociales y experiencias de felicidad, actuando todo esto como barrera ante las emociones negativas (Emmons y Stern, 2013). García et al. (2014) en un estudio con personas mayores de entre 63 y 96 años, concluyeron que cuanto mayor gratitud experimentaban las personas, mayor bienestar subjetivo y psicológico informaban.

Se han descrito diferentes modelos acerca del bienestar, concretamente Seligman (2011) propone el modelo PERMA para explicar este concepto en base a cinco componentes: emociones positivas (P), compromiso (E), relaciones positivas (R), significado o sentido (M) y logro (A).

En lo que se refiere a las **emociones positivas**, estas conforman un elemento clave de la teoría y se refieren a estados de felicidad, calidez y paz, entre otras emociones agradables (Seligman, 2011). Según Noble et al. (2008), el hecho de vivir estas emociones influye en la capacidad del individuo para ser optimista y así reaccionar de manera positiva ante las personas y eventos.

En cuanto al **compromiso**, este se refiere al estado de completa absorción en la tarea que se está realizando de manera que llega incluso a perderse la noción del tiempo y la conciencia de uno mismo. Según Kern et al. (2015), se puede definir este concepto como la conexión psicológica con las actividades que una persona realiza.

Las **relaciones positivas** abarcan necesariamente a “los otros”. La mayoría de momentos, situaciones, recuerdos, etc. positivos incluyen a otras personas. Además, los actos de bondad (con otros) producen un aumento momentáneo del nivel de bienestar, incluso más que muchos otros ejercicios que se han probado con el mismo objetivo (Seligman, 2011).

El **significado** o **sentido** se refiere a servir o hacer algo que se considera superior a uno mismo y, por tanto, al sentimiento de pertenecer a algo. Seligman (2011) resume una vida significativa o con sentido en tener un propósito y una dirección. Además, Huppert (2014) señala que las personas que normalmente se relacionan con el mundo religioso y espiritual, viven su vida de manera más significativa que el resto de personas ajenas a una vida espiritual.

Por último, el **logro** se refiere al hecho de completar una tarea o alcanzar una meta significativa con éxito. Para ello, es importante saber identificar las propias fortalezas con el objetivo de ponerlas en práctica y generar así una sensación de control y eficacia que contribuya al bienestar (Noble et al., 2008).

Diversas investigaciones previas, basándose en el Modelo PERMA de Seligman (2011), han diseñado y aplicado programas de intervención para mejorar el bienestar obteniendo resultados positivos o indicativos de mejora en distintas poblaciones. Alibak y Alibak (2021) compararon la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia positiva basada en el modelo PERMA, aplicadas ambas a través de internet en estudiantes de posgrado, logrando una disminución de los niveles de ansiedad comparables con ambos modelos de tratamiento. También Luo et al. (2022) aplicando una intervención psicológica positiva basada en el modelo PERMA, en pacientes perioperatorias con cáncer de mama y

SIDA, demuestran la eficacia de la intervención para disminuir los sentimientos negativos de ansiedad y depresión y mejorar la adherencia al tratamiento.

En lo que se refiere a la población específica de personas mayores, no se han encontrado investigaciones previas que hayan llevado a cabo la implementación de un programa basado en el modelo PERMA. Sin embargo, existen programas de intervención positiva, basados en otros modelos teóricos o en la aplicación de actividades positivas, que han mostrado ser eficaces. Guadalupe, Izal y Montorio (2016) a través de la implementación de un programa para la mejora del bienestar destinado a personas mayores encontraron un aumento significativo del nivel de felicidad y una disminución de los niveles de preocupación y del nivel de presión arterial sistólica. También Ortega, Ramírez y Chamorro (2015), empleando las técnicas de memoria autobiográfica, perdón, gratitud y sentido del humor, encontraron un aumento significativo de los niveles de felicidad subjetiva y la satisfacción con la vida, y una disminución de los niveles de depresión. Similarmente, Cuadra et al. (2012) observaron una disminución de la sintomatología depresiva y un aumento de la satisfacción con la vida en personas mayores tras aplicar una intervención positiva. Killen y Macaskill (2014) basándose en su programa de intervención en gratitud para mejorar el bienestar de las personas mayores, encontraron que se incrementaron el bienestar y el nivel de florecimiento y disminuyeron los niveles de estrés percibido de estas personas. También Meléndez, Charco, Mayordomo y Sales (2013) mediante un programa de reminiscencia para personas mayores institucionalizadas, encontraron efectos positivos en el bienestar psicológico, una disminución de los síntomas depresivos y un incremento de la autoestima y la satisfacción.

En la revisión de la literatura apenas existen estudios que hayan aplicado programas de intervención basados en el modelo PERMA específicamente para personas mayores. De ahí que en el presente trabajo los objetivos propuestos hayan sido: 1. Evaluar el nivel de bienestar de las personas mayores con deterioro cognitivo y analizar su relación con el nivel de deterioro

cognitivo, la soledad y la gratitud; 2. Diseñar e implementar un programa de intervención basado en el modelo PERMA de Seligman (2011) adaptado a personas mayores con deterioro cognitivo; y 3. Evaluar la eficacia de dicho programa de intervención.

MÉTODO

Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por un total de 10 personas que acudían a un centro de día de mayores de carácter privado en la isla de Lanzarote. El 80% fueron mujeres y un 20% fueron hombres. Todos ellos tenían edades comprendidas entre los 63 y 91 años, con una edad media de 79.10 y una desviación típica de 7.48. En cuanto al nivel educativo, un 60% de ellos contaba con estudios básicos/primarios, un 20% con estudios secundarios, un 10% con estudios de ciclo formativo y, por último, otro 10% había realizado bachiller. En lo que se refiere al estado civil, la mayoría de los participantes (70%) eran viudos, mientras que un 20% estaba casado y sólo un 10% estaba soltero. Por último, en cuanto a los convivientes de los/as usuarios/as que participaron en el estudio, la mitad de ellos (50%) vivía con sus hijos/as mientras que un 30% convivía con otros familiares y un 20% vivía con su pareja.

Del total de participantes, cinco personas formaron parte del grupo de intervención (1 hombre y 4 mujeres) con una edad media de 75.6 y una desviación típica de 1.20, y cinco formaron parte del grupo control (1 hombre y 4 mujeres) con una edad media de 82.6 y una desviación típica de 1.20.

Instrumentos

Índice de felicidad de Pemberton (*Pemberton Happiness Index*, PHI; Hervás y Vázquez, 2013). Este instrumento evalúa el nivel de bienestar hedónico, eudaimónico y social

mediante dos escalas: bienestar recordado y bienestar experimentado. La escala de bienestar recordado se compone de 11 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos desde 0 (nada) a 4 (mucho). La escala de bienestar experimentado cuenta con 10 ítems con dos opciones de respuesta: “Sí o “No”. Para obtener la puntuación total de la escala de bienestar recordado se sumaron las puntuaciones de los 11 ítems, en el caso del bienestar experimentado se recodificaron las respuestas negativas para obtener un sumatorio del nivel de bienestar. Además, se calculó un índice de bienestar global sumando las puntuaciones de ambas escalas. El alfa de Cronbach es de 0.91 (Hervás-Torres y Vázquez, 2013).

Cuestionario de gratitud (*Gratitude Questionnaire*, GQ-6; McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J., 2002). Evalúa las diferencias individuales en la tendencia a experimentar gratitud en la vida diaria. Está formado por 6 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos donde 1 indica estar “Muy en desacuerdo” y 7 “Muy de acuerdo” con la afirmación correspondiente. La puntuación total se obtiene al sumar las puntuaciones a los ítems y, cuanto mayor sea esta, mayor será el nivel de gratitud experimentado. El alfa de Cronbach con una muestra de personas mayores es de 0.84 (Ortega, Ramírez y Chamorro (2015).

Mini-examen cognoscitivo (MEC; Lobo et al., 1979). Es un test cognitivo destinado a la detección de demencia, así como de diferentes niveles de deterioro cognitivo. Se divide en cinco apartados: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción. En el apartado de orientación la persona debe responder primero a cuestiones acerca del día, fecha, mes, estación y año actual para valorar su orientación temporal; y a cuestiones sobre el lugar, planta, ciudad, provincia y país en el que se encuentra para valorar la orientación espacial, pudiendo obtener una puntuación máxima de 10. En fijación, la persona debe repetir tres palabras que le serán repetidas primero las veces necesarias para que se las aprenda, y se le volverán a preguntar más adelante; se puede obtener una puntuación máxima

de 3. La concentración y el cálculo requieren que la persona realice una serie de cuentas hacia atrás imaginando que tiene 30 céntimos y que a estos le tiene que ir quitando céntimos de tres en tres. También debe repetir una secuencia de tres números que se le indican y a continuación alternar el orden empezando a nombrarlos por el último de ellos; puede obtenerse un total de 8 puntos. La memoria se mide preguntando a la persona acerca de las tres palabras que tuvo que repetir en el apartado de fijación, pudiendo obtenerse un total de tres puntos si es capaz de recordar su totalidad. Por último, para evaluar el lenguaje y la construcción se le dan distintas instrucciones como mostrarle un bolígrafo y un reloj para que intente denominarlos, la repetición de una frase, la definición de categorías, el seguimiento de la orden “coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa”, leer en un folio “cierre los ojos” y seguir sus instrucciones, escritura de una frase con sujeto y verbo y la copia de un dibujo geométrico; pudiéndose obtener una puntuación máxima de 11. La puntuación máxima en la prueba total es de 35. De modo que, puntuaciones entre 30-35 indican normalidad o ausencia de deterioro cognitivo, mientras que puntuaciones entre 25-30 indican un déficit cognitivo ligero; puntuaciones entre 20-24 indican deterioro cognitivo leve, entre 15-19 determinan deterioro moderado y signo evidente de demencia, y entre 0-14 suponen un deterioro cognitivo grave indicativo de demencia avanzada. Este instrumento ha demostrado su fiabilidad, validez y capacidad de discriminación; asimismo, Lobo et al. (1999), en su trabajo de revalidación y normalización del instrumento en población general geriátrica, encuentran que cumple criterios de fiabilidad, validez de contenido, procedimiento y construcción con una sensibilidad del 88%, especificidad del 83,9% y un índice de mal clasificados del 15,2%.

Escala de Soledad de Tres Ítems (*Three-Item Loneliness Scale*, TIL; Hughes et al., 2004). Es un instrumento que mide los sentimientos de soledad o aislamiento social percibidos. Se administra por un entrevistador entrenado y está compuesta únicamente por 3 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 3 puntos donde 1 indica “casi nunca”, 2 indica “algunas

veces” y 3 indica “con frecuencia”. Para obtener la puntuación total se procede a sumar el resultado de los tres ítems, puntuaciones más altas indican mayor grado de soledad. Según Pedroso et al. (2021), tras los resultados obtenidos en su estudio de validación de la versión española de la Escala de Soledad de Tres ítems, la consistencia interna para la escala es aceptable y se respalda el uso de la escala con poblaciones hispanohablantes. Además, según Hughes et al. (2004) la escala cuenta con buena fiabilidad con un coeficiente de 0.72, y buena validez concurrente y discriminante.

Entrevista de bienestar. Es un instrumento diseñado para esta investigación que está compuesto por 5 ítems relacionados con el nivel de bienestar percibido por los usuarios. Cuenta con un formato de respuesta abierto y persigue obtener información complementaria sobre bienestar. Los ítems utilizados fueron: ¿Qué cosas te hacen sentir bien?, ¿Qué es lo que más te gusta de ti?, ¿Qué cosas haces bien?, ¿Qué te gustaría hacer que ahora no haces? y ¿Qué te impide hacer esas cosas? (en referencia a la pregunta anterior). Las respuestas fueron categorizadas con el objetivo de analizar si aparecían más verbalizaciones de bienestar tras la aplicación del programa de intervención y si se diferenciaban entre los dos grupos.

Diseño

Se empleó un diseño transversal para analizar la relación entre las variables objeto de estudio. A continuación, se aplicó un ensayo clínico aleatorizado con dos grupos (de intervención y control) y dos momentos de evaluación (antes y después de la aplicación del programa) para analizar la eficacia de la intervención. Las variables dependientes fueron las puntuaciones obtenidas en bienestar recordado, bienestar experimentado, bienestar global, gratitud y soledad. Además, se analizaron desde un punto de vista cualitativo las emociones y/o situaciones que generaban bienestar antes y después de la intervención para cada grupo.

Procedimiento

El desarrollo del presente programa de intervención tuvo lugar en un centro de día de mayores de carácter privado ubicado en la isla de Lanzarote. En primer lugar, se explicó la propuesta de intervención al gerente del centro y, posteriormente, se presentó de manera más detallada al director, explicándose también que esta sería parte de un trabajo final de Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad de La Laguna. Tras una valoración de la adecuación del contenido de las sesiones y la disponibilidad de tiempo y espacios, se aceptó y valoró positivamente la propuesta.

Al centro acudían personas de 60 años en adelante en horario de 09:00 de la mañana a 17:00 de la tarde de lunes a viernes; a excepción de dos usuarias que acudían únicamente los martes y los jueves en el mismo horario, y un usuario que acudía todos los días a partir de las 14:00.

Aunque en el momento de la intervención acudían al centro un total de 15 personas, todas ellas con cierto nivel de deterioro cognitivo, para el estudio únicamente se incluyeron a 10 personas, pues los 5 restantes tuvieron que ser excluidos teniendo en cuenta su escaso nivel de comprensión y retención de información.

En primer lugar, se entregó un modelo de consentimiento informado a los familiares de los usuarios participantes. En él se explicó el procedimiento a seguir durante la intervención, su duración, objetivos, etc. Una vez firmados todos los consentimientos, se comenzó con la evaluación de cada uno de los diez participantes de manera individual. Para ello, se les iba llamando de uno en uno a la sala multiusos del centro, donde se les informaba del inicio de una intervención y se les explicaba el procedimiento a seguir. Los participantes únicamente tenían que responder a las preguntas que la psicóloga iba haciendo, quien a su vez las iba registrando en un cuestionario de Google. Esta entrevista tuvo una duración aproximada de 45 minutos por

usuario. La evaluación se llevó a cabo a lo largo de dos semanas antes de comenzar la intervención.

Una vez finalizado el proceso de evaluación inicial, se hizo uso del recurso online “Recursos TIC”, para generar de manera aleatoria dos grupos: grupo de intervención y grupo control de lista de espera, estando conformado cada uno de ellos por cinco personas. A la semana siguiente, se comenzó a aplicar el programa de intervención positiva al grupo de intervención dos veces en semana, los martes y los jueves, con sesiones de una duración de entre 40 y 60 minutos. Se llevaron a cabo 7 sesiones con una duración total de 4 semanas.

Durante el desarrollo de las sesiones, se trataron conceptos como bienestar, emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logro; asimismo, después de cada sesión se instruía a los participantes a realizar alguna actividad corta en casa con el objetivo de afianzar lo trabajado en la sesión y para que, en cierto modo, se implicaran también las familias.

Una vez terminadas las siete sesiones del programa de intervención, se volvieron a evaluar a todos los usuarios (grupo de intervención y grupo control) a lo largo de la semana siguiente, con el objetivo de comprobar si habían cambios respecto a la primera vez que fueron evaluados, y si esos cambios fueron debidos a la intervención. Posteriormente, habiendo obtenido las medidas pre-post en ambos grupos, se procedió, por motivos éticos, a aplicar la intervención al grupo control para que también pudiera beneficiarse de la misma.

Programa de intervención

El presente programa de intervención tuvo una duración total de 7 sesiones distribuidas en 4 semanas, a razón de dos sesiones semanales de entre 40 y 60 minutos cada una dependiendo de la actividad o actividades que se llevaron a cabo en el día señalado. Además, se realizaron dos sesiones de evaluación adicionales, la primera las dos semanas previas al inicio de la intervención y la segunda una semana después de poner fin a las sesiones.

En la **primera sesión** se llevó a cabo una introducción respecto al concepto de bienestar psicológico. En primer lugar, fueron los propios usuarios quienes dieron sus definiciones para después proceder a facilitarles una definición en la que se incluían los constructos que componen el modelo PERMA. Además, se llevó a cabo un debate sobre los aspectos que en ese momento creían que estaban influyendo en su propio bienestar y se fueron anotando en diferentes fichas. Finalmente, se separaron en aspectos modificables e inmodificables. La **segunda sesión** fue destinada a trabajar el primer componente del modelo, las emociones positivas. En primer lugar, se llevaron a cabo diferentes actividades con el objetivo de incrementar la consciencia respecto a las emociones positivas: realización de un diario de tres cosas positivas que hayan sucedido en el día y realización de una carta de gratitud en la que se incluyeron todas aquellas cosas por las que estaban agradecidos en su vida. Emmons y McCullough (2003), en su investigación acerca de la relación entre experimentar gratitud y el nivel de bienestar subjetivo, encontraron que la elaboración de un listado de gratitud tenía un efecto positivo en la salud física y mental, fortalecía el propósito y satisfacción en las relaciones interpersonales, incrementaba los niveles de optimismo, generaba una mayor autoconsciencia, aumentaba el propósito en la vida y ayudaba a tener una mejor autoestima. En segundo lugar, se trabajaron las emociones positivas mediante diferentes tarjetas con dibujos de caras que expresaban distintas emociones. Según la teoría de Ampliación y Construcción de Fredrickson (1998), la experiencia de emociones positivas repercute en el aumento de tendencias de pensamiento y acción, así como en la construcción de recursos personales para enfrentar situaciones problemáticas. Como tarea para casa, se indicó a los participantes continuar con la elaboración del diario de tres cosas positivas durante una semana completa. En la **tercera sesión** se comenzó repasando el diario de tres cosas positivas que se trató en la sesión anterior. Después, se trabajó el segundo componente del modelo, el compromiso. Se expusieron, en primer lugar, diferentes dilemas morales y se pidió a los usuarios que tomaran decisiones al

respecto con el objetivo de identificar aquellas fortalezas que les definían. Una vez identificadas las fortalezas, se explicó el concepto de compromiso. Seguidamente se abordaron aquellas actividades que los usuarios consideraban que se les daban bien hacer y con las que disfrutaban, y se habló sobre la posibilidad de dedicar más tiempo a ponerlas en práctica en casa o en el centro. Por último, se empleó un audio con sonidos de la naturaleza para guiar a los usuarios a disfrutar del momento presente (Mindfulness) prestando atención plena a su propio cuerpo, postura y sonidos. Para finalizar la sesión, se invitó a los usuarios a trabajar la atención plena en actividades cotidianas al menos una vez al día durante la semana. Así, según Moñivas, García y García (2012), además de aumentar los niveles de compromiso, se favorecería la capacidad de concentración, el desarrollo de la empatía, la compasión, la simpatía, la paciencia, la aceptación y la ecuanimidad. La **cuarta sesión** comenzó reflexionando sobre la práctica de Mindfulness que se pautó en la sesión anterior, los usuarios contaron su experiencia, sensaciones, opiniones, etc. Después, se destinó la sesión a trabajar el componente de las relaciones positivas. En primer lugar, se llevaron a cabo actividades dirigidas al aumento de la consciencia sobre la importancia de cultivar y mantener relaciones positivas con los otros. Las actividades consistieron en realizar un listado de personas con las que compartían una cantidad considerable de tiempo y seguidamente hacer una reflexión sobre qué hacían ellos para mantener esas relaciones. Una vez terminada la reflexión, se pidió que eligieran a una de esas personas y escribieran un mensaje bonito (de agradecimiento, halago...) para entregar a esa persona fuera del centro. Además, se abordó la posibilidad de generalizar los actos que realizaban para mantener esas relaciones positivas con más personas con las que pasaban tiempo (preguntar cómo se está, reconocer directamente cuando les gustaba algo de alguien, ofrecer apoyo...) y se llevó a cabo un role-playing para ponerlos en práctica. La siguiente actividad consistió en escribir un halago anónimo a un compañero del centro que les correspondiese por azar para, posteriormente y una vez leído por el destinatario, revelar la

identidad del que hace el halago. Según Dongil y Cano (2014), la expresión de sentimientos positivos es una de las habilidades sociales más importantes, pues influye en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones satisfactorias; hacer halagos es positivo tanto para la persona que los hace como para la que los recibe. Para finalizar con la sesión, se destinaron unos minutos a explicar el concepto de relaciones positivas. En la **quinta sesión** se comenzó preguntando a los usuarios respecto a la reacción de la persona destinataria del mensaje positivo que escribieron en la sesión anterior y sobre cómo ellos se sintieron al verla. Después se trabajó el concepto de significado. Para ello, se empezó identificando una meta personal y se anotó en una pequeña cartulina. Se emplearon cinco imágenes representativas de cinco fortalezas (curiosidad, esperanza, humor, espiritualidad y trabajo en equipo) del modelo de Fortalezas y Virtudes de Peterson y Seligman (2004). Las 24 fortalezas están relacionadas positivamente con todas las dimensiones del modelo PERMA. El significado se asoció principalmente con la espiritualidad, así como con gratitud, esperanza, liderazgo, curiosidad y entusiasmo, entre otras (Wagner et al., 2020). Las fortalezas seleccionadas fueron las que han demostrado estar más relacionadas con el bienestar (Ramírez, Ortega y Martos, 2015; Brdar, Anic y Rijavec, 2011). De estas cinco, los usuarios escogían las dos fortalezas con las que más se identificaban y comentaban las razones por las que las eligieron. Además, se abordó si esas fortalezas podrían acercarlos a la meta que habían anotado anteriormente y de qué manera. Como tarea para casa, se pidió a los usuarios que se llevaran la cartulina y que, teniendo en cuenta las fortalezas, escribieran en el dorso la reflexión realizada en el centro respecto al camino a seguir para alcanzar la meta. Para finalizar, se cerró la sesión abordando la definición del concepto “significado”. En la **sexta sesión** se comenzó leyendo la reflexión que se pautó para casa en la sesión anterior respecto a la función de las fortalezas en el camino hacia las metas. Posteriormente, se dedicó la sesión a trabajar el componente de logro. Se comenzó reflexionando sobre los logros, éxitos y cosas positivas conseguidas a lo largo de la vida y,

posteriormente, se escribieron en una cartulina que se llevaron a casa para seguir completando hasta la próxima sesión. También se explicó la importancia de ponerse metas “pequeñas” y a corto plazo en lugar de centrarse en una meta final a largo plazo y se dividió la meta propuesta en la sesión anterior en metas escalonadas, operacionalizando cada una de ellas. Según la Teoría del Establecimiento de Metas de Locke (1968), establecer metas claras, cuantificables y a corto plazo, es decir, pequeñas, mejoran la motivación y el rendimiento de las personas, por lo que aumentarán las posibilidades de lograr aquello que se propongan. Por último, en la **séptima sesión** se leyeron las cartulinas sobre los logros, éxitos y cosas positivas conseguidas a lo largo de la vida. Después se realizó un resumen de los diferentes componentes que se habían visto en las semanas anteriores y se indagó acerca de cómo los usuarios se habían sentido en el proceso, si consideraban que habían obtenido algún beneficio, etc. Además, se terminó la sesión con una actividad de “risoterapia” en la que todos los participantes se colocaron en círculo de manera que se pudieran ver las caras. La psicóloga empezó realizando una mueca graciosa que todos los participantes, uno por uno y en sentido de las agujas del reloj, debieron imitar; después realizó una mueca diferente la persona que se encontraba a la derecha de la psicóloga para que todos los demás la imitaran, y así sucesivamente de manera que todos idearon al menos una mueca. Según diversos estudios, la “risoterapia” conlleva múltiples beneficios físicos (efecto analgésico, potenciación del sistema inmunológico), psicológicos (disminución de los niveles de ansiedad, estrés y depresión; y aumento de la autoestima) y sociales (facilitación de la comunicación), estando por tanto la risa relacionada con el bienestar (Rojo De La Torre, 2016; Christian, Ramos, Susanibar y Balarezo, 2017).

En la Tabla 1 se presenta una descripción de las sesiones junto a los componentes del modelo PERMA trabajados en cada una de ellas.

Tabla 1*Descripción y componentes de las sesiones*

Sesión	Componentes del modelo PERMA
1. ¿Qué es el bienestar psicológico?	Emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logro
2. Lo bueno de la vida	Emociones positivas
3. El disfrute de las cosas	Compromiso
4. Mi círculo	Relaciones positivas
5. ¿Qué es importante para mí?	Significado
6. Soy capaz	Logro
7. ¿Qué he aprendido y sentido?	Emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logro

Análisis de datos

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics v.25 (IBM Corp., 2017). Como análisis preliminar, se aplicó un análisis correlacional con el objetivo de analizar la relación entre las distintas variables sociodemográficas y las variables de interés tomadas en el pre-test con la muestra total. Además, se analizó el nivel de deterioro cognitivo de cada uno de los participantes del grupo de intervención y del grupo control teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

de Lobo. Se aplicó un MANOVA para comprobar si existían diferencias significativas entre las distintas subescalas de deterioro cognitivo de ambos grupos y descartar que estas estuvieran influyendo en los resultados obtenidos en el post-test. Posteriormente, con el objetivo de analizar la eficacia de la intervención, se llevaron a cabo ANOVAs de medidas repetidas para comprobar si existían diferencias significativas entre las medidas pre-test y post-test del grupo de intervención y control para cada una de las variables de interés. A través de un ANOVA de medidas repetidas, se comprobaron los efectos simples para los grupos de intervención y control, a nivel inter e intra grupo, en las medidas tomadas antes y después. Además, se aplicaron contrastes t para muestras independientes con el objetivo de analizar las diferencias entre ambos grupos tanto en las medidas pre-test como en las post-test. Por último, mediante un análisis de frecuencia se indagó acerca de los cambios que podían haberse producido en las variables cualitativas, antes y después de la intervención en ambos grupos.

RESULTADOS

Análisis preliminares

Por un lado, a través del índice de correlación de Spearman se estudiaron las relaciones entre las variables sociodemográficas sexo, nivel educativo, estado civil y convivientes de los participantes, con las variables de interés de deterioro cognitivo, soledad, gratitud, bienestar recordado, bienestar experimentado y bienestar global. No se encontraron relaciones significativas entre las variables sociodemográficas y las medidas de interés. Sin embargo, la correlación de Pearson de la edad con las distintas medidas mostró que había una relación significativa con el nivel de bienestar experimentado ($r = -.64, p < .05$). De modo que, las personas de más edad mostraban menor nivel de bienestar experimentado.

Por otro lado, se estudiaron las relaciones entre todas las variables de interés entre sí. Se encontraron relaciones significativas entre bienestar recordado y bienestar experimentado ($r = .65, p < .05$), bienestar recordado y bienestar global ($r = .99, p < .01$), bienestar experimentado y bienestar global ($r = .75, p < .05$), bienestar experimentado y gratitud ($r = .76, p < .05$), bienestar experimentado y soledad ($r = -.79, p < .01$), y bienestar global y gratitud ($r = .65, p < .05$).

En cuanto al nivel de deterioro cognitivo, se obtuvo que: por un lado, en el grupo experimental, dos de los usuarios presentaron deterioro cognitivo muy leve (25-30), uno de ellos presentó deterioro cognitivo leve (20-27) y los otros dos deterioro cognitivo moderadamente grave (10-19). Por otro lado, en el grupo control un usuario mostró ausencia de déficit cognitivo (30-35), dos de los usuarios obtuvieron una puntuación indicativa de deterioro cognitivo muy leve (25-30) y los otros dos de un deterioro cognitivo moderado (16-23).

Esta variable de deterioro cognitivo muestra una puntuación media de 23.20 con una desviación típica de 6.30 para el grupo de intervención, y una puntuación media de 24.60 con una desviación típica de 6.31 para el grupo control. El MANOVA donde se analizaban las diferencias entre el grupo de intervención y control en las cinco subescalas de deterioro cognitivo, indicó diferencias significativas en función del grupo $F(4,5) = 6.24, p < .05, \eta^2 = .833$. Sin embargo, cuando se analizaron los efectos simples, no se obtuvo ningún efecto significativo para los resultados obtenidos en ninguna de las subescalas del Mini-examen cognoscitivo (orientación $F(1,9) = 1.15, p = .31$; fijación = no hubo variabilidad por lo que no se pudo realizar el análisis; concentración y cálculo $F(1,9) = .36, p = .57$; memoria $F(1,9) = 1.60, p = .24$; lenguaje y construcción $F(1,9) = 2.29, p = .17$), ni en el total de la prueba $F(1,9) = .12, p = .74$. De modo que ambos grupos fueron homogéneos en la variable de deterioro

cognitivo; y, por tanto, los resultados obtenidos en los posteriores análisis sobre la eficacia de la intervención no pueden atribuirse al grado de deterioro cognitivo de las personas.

En la Tabla 2 se muestran las medias y desviaciones típicas obtenidas en la variable de deterioro cognitivo para cada uno de los grupos, además de los resultados de las pruebas de efectos inter-sujetos para cada uno de los componentes tenidos en cuenta a la hora de evaluar el deterioro cognitivo.

Tabla 2

Pruebas de efectos inter-sujetos para la variable de deterioro cognitivo

	Grupo de intervención		Grupo control		F
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
Orientación	5.60	3.36	7.40	1.67	1.15
Fijación	3	0	3	0	-
Concentración y cálculo	4	2.91	5	2.35	0.36
Memoria	0.20	0.45	0.60	0.55	1.60
Lenguaje y construcción	10.40	0.89	8.60	2.51	2.28
Total MEC	23.20	6.30	24.60	6.31	0.12

Análisis de la eficacia de la intervención

Con el objetivo de analizar la eficacia del programa de intervención, se llevaron a cabo ANOVAs de medidas repetidas con cada variable evaluada.

En primer lugar, en lo que se refiere al bienestar recordado, el ANOVA mostró un efecto significativo de la interacción grupo X tiempo $F(1,8) = 23.01, p < .001, \eta^2 = .74, 1 - \beta = .99$. En cuanto a las pruebas de contrastes intra-sujetos del grupo de intervención antes-después, se obtuvieron resultados significativos en la medida de bienestar recordado $F(1,4) = 9.35, p < .05, \eta^2 = .70, 1 - \beta = .64$. En cuanto a las pruebas de efectos intra-sujetos del grupo control antes después, se obtuvieron resultados significativos también en esta variable $F(1,4) = 27.21, p <$

.01, $\eta^2 = .87$, $1 - \beta = .97$. En el caso del grupo de intervención, hubo un incremento del nivel de bienestar recordado tras la intervención, mientras que en el grupo control los niveles disminuyeron.

En segundo lugar, en cuanto al bienestar experimentado, el ANOVA mostró un efecto significativo de la interacción grupo X tiempo $F(1,8) = 12.07$, $p < .01$, $\eta^2 = .60$, $1 - \beta = .86$. En cuanto a las pruebas de efectos intra-sujetos del grupo de intervención antes-después, se obtuvieron resultados significativos $F(1,4) = 359.33$, $p < .001$, $\eta^2 = .99$, $1 - \beta = 1$. Respecto al grupo control, se obtuvieron también resultados significativos $F(1,4) = 37.46$, $p < .01$, $\eta^2 = .90$, $1 - \beta = .99$. En el caso del grupo de intervención, el nivel de bienestar experimentado aumentó tras la intervención, mientras que en el grupo control disminuyó.

En tercer lugar, respecto al bienestar global, el ANOVA mostró un efecto significativo de la interacción grupo X tiempo $F(1,8) = 28.71$, $p < .001$, $\eta^2 = .78$, $1 - \beta = 1$. Respecto a las pruebas de efectos intra-sujetos del grupo de intervención, se obtuvieron resultados significativos $F(1,4) = 816.38$, $p < .001$, $\eta^2 = 1$, $1 - \beta = 1$. Además, el grupo control también obtuvo resultados significativos $F(1,4) = 31.89$, $p < .01$, $\eta^2 = .89$, $1 - \beta = .98$. El grupo de intervención aumentó su nivel de bienestar global tras la intervención, mientras que el grupo control disminuyó.

En cuarto lugar, en lo que se refiere al nivel de gratitud, el ANOVA mostró un efecto significativo de la interacción grupo X tiempo $F(1,8) = 16.98$, $p < .01$, $\eta^2 = .68$, $1 - \beta = .95$. Las pruebas de efectos intra-sujetos para el grupo de intervención mostraron efectos significativos $F(1,4) = 2645.22$, $p < .001$, $\eta^2 = 1$, $1 - \beta = 1$; siendo también significativo el efecto para el grupo control $F(1,4) = 215.15$, $p < .001$, $\eta^2 = .98$, $1 - \beta = 1$. El nivel de gratitud aumentó en el grupo de intervención mientras que disminuyó en el grupo control.

En quinto lugar, el ANOVA mostró un efecto significativo para la interacción grupo X tiempo en la variable soledad $F(1,8) = 14.29$, $p < .01$, $\eta^2 = .64$, $1 - \beta = .91$. En las pruebas de

efectos intra-sujetos, el grupo de intervención obtuvo efectos significativos $F(1,4) = 271,39, p < .001, \eta^2 = .99, 1 - \beta = 1$, al igual que el grupo control $F(1,4) = 75.79, p < .01, \eta^2 = .95, 1 - \beta = 1$. En el grupo de intervención disminuyó el nivel de soledad y, sin embargo, en el grupo control aumentó.

En la Figura 1 se reflejan las medias de las distintas variables estudiadas antes y después de la intervención para cada uno de los grupos.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de los ANOVAs.

Figura 1

Medias pre y post intervención de los grupos de intervención y control.

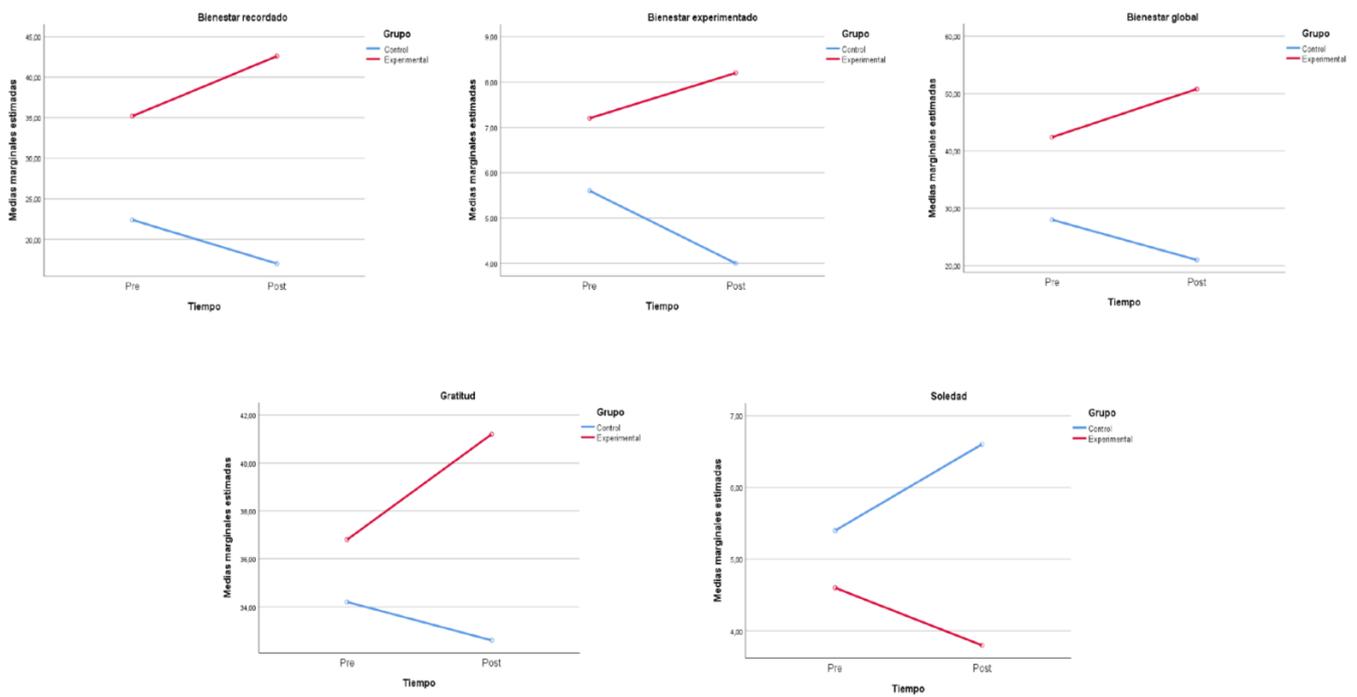


Tabla 3
ANOVAS de medidas repetidas del grupo de intervención y del grupo control

Variables	Grupo de intervención						Grupo control							
	Pretest		Postest	F	n2	I-B	Pretest		Postest	F	n2	I-B		
	M	DT	M	DT		M	DT	M	DT		M	DT		
Bienestar recordado	35.20	5.85	42.60	1.14	9.35*	0.70	0.64	22.40	8.62	17	8.46	27.21**	0.87	0.97
Bienestar experimentado	7.20	1.10	8.20	0.84	359.33***	0.99	1	5.60	2.41	4	1.23	37.46**	0.90	0.99
Bienestar global	42.40	6.54	50.80	1.48	816.38***	1	1	28	10.12	21	9.38	31.89**	0.89	0.98
Gratitud	36.80	2.95	41.20	0.84	2645.22***	1	1	34.20	5.17	32.60	5.18	215.15***	0.98	1
Soledad	4.60	0.89	3.80	0.45	271.39***	0.99	1	5.40	1.34	6.60	1.82	75.79**	0.95	1

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Por último, se analizaron los efectos intergrupo mediante contrastes *t* de muestras independientes para la comparación de las medias en cada uno de los momentos temporales pre-test y post-test. En el contraste *t* para la comparación de las medias pre-test del grupo de intervención y del grupo control únicamente se encontraron diferencias significativas en las variables bienestar recordado $t(8) = -2.75, p < .05$ y bienestar global $t(8) = -2.67, p < .05$. El grupo de intervención puntuaba más alto que el grupo control, tanto en bienestar recordado como en bienestar global antes de la intervención.

En el contraste *t* de muestras independientes para la comparación de las medias post-test del grupo de intervención y del grupo control, los resultados mostraron diferencias significativas en todas las variables estudiadas. En bienestar recordado $t(4) = -6.71, p < .01$; bienestar experimentado $t(8) = -6.33, p < .001$; bienestar global $t(4) = -7.02, p < .01$; gratitud $t(4) = -3.67, p < .05$ y soledad $t(8) = 3.35, p < .05$. El grupo de intervención obtuvo puntuaciones más altas que el grupo control en todas las variables mencionadas, con la excepción de la variable soledad, en la que el grupo control obtuvo puntuaciones más elevadas.

En general, los resultados mostraron que el programa de intervención resultó eficaz para mejorar el bienestar, la gratitud y disminuir la soledad de las personas mayores con deterioro cognitivo. A pesar de que el grupo de intervención partió de niveles superiores de bienestar recordado y global frente al grupo control, la intervención permitió mejorar el bienestar. Sin embargo, en el grupo control se observó un deterioro en el bienestar, gratitud y soledad, transcurrido el periodo de intervención.

Análisis cualitativo

En primer lugar, se llevó a cabo la categorización de todas las respuestas obtenidas en la entrevista de bienestar. En lo que se refiere al grupo control, cuando se les preguntó en el pre-test “¿Qué cosas te hacen sentir bien?”, la mayoría de participantes se refirió al tiempo que

pasan con sus familias; a la pregunta “¿Qué es lo que más te gusta de ti?”, dos de los participantes comentaron que lo que más les gustaba de ellos mismos era su solidaridad, el resto de participantes comentaron diferentes cosas, entre ellas, una persona dijo que no le gustaba nada. Cuando se les preguntó “¿Qué cosas haces bien?”, las respuestas fueron diversas, comentando uno de ellos que no hacía nada bien. A la pregunta “¿Qué te gustaría hacer que ahora no haces?”, los participantes también respondieron variadamente y, cuando se les preguntaba “¿Qué te impide hacer esas cosas?”, la mayoría de ellos se referían a su edad y estado físico. Cuando se les volvió a preguntar tras 4 semanas (post-test), la mayoría de participantes volvieron a referirse al tiempo con sus familias como aquello que les hacía sentir bien, en cuanto a aquello que más les gustaba de ellos mismos, nuevamente fueron variadas las respuestas, comentando uno de ellos una vez más que no le gustaba nada de sí mismo; en cuanto a las cosas que hacían bien, las respuestas volvieron a ser variadas comentando de nuevo un participante que no hacía nada bien; respecto a las cosas que les gustaría hacer que ya no hacían, la mayoría comentó que les gustaría ser independientes y vivir en su propia casa y no en la de alguno de sus familiares y, al preguntar qué les impedía hacer esas cosas, se refirieron nuevamente a su edad y estado físico.

En cuanto al grupo de intervención, al preguntarles en el pre-test “¿Qué cosas te hacen sentir bien?”, al igual que los participantes del grupo control, la mayoría se refirieron al tiempo con sus familias; en cuanto a la pregunta “¿Qué es lo que más te gusta de ti?”, las respuestas más repetidas se refirieron al hecho de ser responsable y bondadoso; en respuesta a “¿Qué cosas haces bien?”, la mayoría dijo que se les daba bien coser y, además, dos personas dijeron que se les daban bien “un montón de cosas”. A la pregunta “¿Qué te gustaría hacer que ahora no haces?” todos los participantes respondieron algo diferente, comentando uno de ellos que hacía todo lo que quería; asimismo, al preguntarles “¿Qué te impide hacer esas cosas?”, las respuestas más repetidas fueron la edad y estado físico, y “nada”. Cuando se volvieron a

realizar las mismas preguntas en el post-test, todos los participantes hablaron del tiempo con sus familias como aquello que les hacía sentir bien, asimismo la mayoría de personas dijeron que lo que más les gustaba de ellos era su solidaridad, aludiendo nuevamente dos personas a su responsabilidad como aspecto que les gusta de ellos mismos; una vez más la mayoría mencionó que se les daba bien coser cuando se les preguntó qué cosas hacían bien. En cuanto a la pregunta sobre qué les gustaría hacer que ya no hacían, dos personas dijeron que hacían todo lo que deseaban mientras el resto comentó respuestas variadas; por último, al preguntarles qué les impedía hacer esas cosas, dos personas se refirieron a su edad y estado físico y dos respondieron “nada”.

En conclusión, las respuestas obtenidas en la entrevista de bienestar estuvieron en consonancia con los resultados obtenidos en el contraste t de medias independientes en el que los participantes del grupo de intervención mostraron mayores niveles de bienestar recordado y global. Las respuestas de los participantes del grupo de intervención en comparación con las del grupo control fueron más positivas, flexibles y variadas, tanto antes como después de la intervención, pues hicieron alusión a mayor variedad de cosas cuando se les preguntó qué les hacía sentir bien; asimismo, no dieron respuestas negativas cuando se les preguntó qué era lo que más les gustaba de ellos y qué cosas hacían bien, mientras algunos participantes del grupo control sí respondieron negativamente a ambas preguntas. El grupo de intervención mantuvo una cantidad similar de verbalizaciones positivas tras la intervención y siguió sin mostrar ninguna verbalización negativa, mientras que en el grupo control los participantes que respondieron negativamente antes de la intervención, continuaron manteniendo sus respuestas así como también mencionaron más impedimentos que antes de la intervención cuando se les preguntó qué cosas les impedía hacer aquello que deseaban y no hacían.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención basado en la Psicología Positiva, concretamente en el modelo PERMA de Seligman (2011), adaptado a personas mayores con deterioro cognitivo. La investigación previa ha mostrado que las personas mayores con deterioro cognitivo pueden beneficiarse de la aplicación de intervenciones positivas en esta última etapa de la vida, mejorando su bienestar y su calidad de vida, así como disminuyendo la sintomatología depresiva y ansiosa (Torres y González, 2023). Sin embargo, apenas existen programas de intervención positiva basados en el modelo PERMA que hayan demostrado su eficacia en población de personas mayores con deterioro cognitivo.

Los resultados de los análisis indicaron que el programa fue eficaz, pues tras su implementación, los participantes del grupo de intervención incrementaron sus niveles de bienestar recordado, bienestar experimentado, bienestar global y gratitud; y disminuyeron sus niveles de soledad. En cuanto al grupo control, los participantes disminuyeron sus niveles de bienestar recordado, bienestar experimentado, bienestar global y gratitud; mientras que aumentaron sus niveles de soledad, mostrando un efecto inverso al de las personas que participaron en el programa de intervención. De modo que la intervención positiva basada en el modelo PERMA mostró su eficacia en promover el bienestar, la gratitud y contrarrestar el sentimiento de soledad de las personas mayores. En las personas mayores que no recibieron la intervención, el simple paso del tiempo influyó negativamente en su bienestar. De modo que parece que las personas con deterioro cognitivo, cuando no son estimuladas con actividades positivas, pueden ver afectadas otras áreas, como la gratitud, el sentimiento de soledad y el bienestar. Meléndez, Tomás y Navarro (2008) encontraron una relación negativa entre la edad, el bienestar global y satisfacción con la vida en personas mayores, es decir, a medida que las

personas iban envejeciendo, menores niveles de bienestar y satisfacción experimentaban. Otra intervención positiva centrada en promover las fortalezas de carácter y las emociones positivas ha mostrado que el grupo de intervención obtenía mayores niveles de felicidad y menores niveles de preocupación, tras la aplicación del programa; mientras que los participantes del grupo control disminuyeron sus niveles de felicidad y aumentaron sus niveles de preocupación con el paso del tiempo (Guadalupe, Izal y Montorio, 2016).

Además, el nivel de deterioro cognitivo de los participantes no parece explicar las diferencias obtenidas entre ambos grupos dado que no se obtuvieron efectos significativos en las distintas subescalas de orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción, del Mini-examen cognoscitivo. De modo que todos los participantes del estudio partieron de niveles similares de deterioro cognitivo. Sin embargo, en el pretest de ambos grupos, se apreciaron niveles más altos de bienestar recordado y global en el grupo de intervención respecto al grupo control. Aun así, tras la intervención se encontraron diferencias significativas entre los grupos en todas las variables estudiadas, siendo todos los niveles mayores en el grupo de intervención excepto en la variable de soledad, la cual fue mayor en el grupo control. De modo que el programa de intervención permitió incrementar los niveles basales de bienestar para el grupo de intervención en consonancia con los resultados de otros programas de intervención positiva como el de Freitas et al. (2021), quien obtuvo un incremento de los niveles de bienestar psicológico y de satisfacción con la vida en los participantes del grupo de intervención de su programa de educación en fortalezas del carácter para personas mayores. No obstante, habría que analizar otras características personales que podrían estar mediando en estos resultados, así como por ejemplo Izal et al. (2020) encontraron una relación positiva entre las elevadas “ganas de vivir” de un grupo de personas mayores y los niveles de optimismo, gratitud, resiliencia, afecto positivo, felicidad y satisfacción con la vida. Quizá el grupo de intervención tenía, en general, una actitud más positiva que permitió

que se beneficiaran más aún de la aplicación del programa; así se refleja en sus respuestas a la entrevista de bienestar, en la que mostraron una actitud más positiva mencionando mayor número de cosas que les hacían sentir bien, más aspectos que les gustaban de sí mismos, e incluso argumentando menor número de cosas que les gustaría hacer que no hacen, considerando muchos de ellos que hacían todo lo que deseaban y encajando con mayor flexibilidad las distintas circunstancias que les ha tocado vivir.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que existen ciertas limitaciones relacionadas con el diseño de la investigación. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue reducido, lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos a poblaciones de mayores con deterioro cognitivo. En segundo lugar, no fue posible tomar medidas de seguimiento, por lo que los efectos de la implementación del programa en los niveles de bienestar, gratitud y soledad podrían mantenerse, incrementar o disminuir con el transcurso del tiempo. Por ello, se sugiere que en el futuro se cuente con un mayor número de personas participantes tanto en el grupo de intervención como en el grupo control y que, además, se lleve a cabo una tercera medida de las variables de interés a los 3 o 6 meses de finalizar la intervención.

A pesar de las citadas limitaciones, el presente programa de intervención ha resultado eficaz para incrementar el bienestar de las personas mayores con deterioro cognitivo y podría ser tomado como referente para la elaboración de nuevos programas de intervención basados en el modelo PERMA, con las adaptaciones necesarias, que permitan identificar qué componentes pueden ser más efectivos para promover el bienestar de esta población.

REFERENCIAS

- Alibak, F., & Alibak, M. (2021). Comparing online cognitive behavioural therapy versus online positive psychotherapy, well-being theory (PERMA) on test anxiety of online learning students: A randomised control study. *Journal of the Australian and New Zealand Student Services Association*, 29(1), 6-17.
- Alvarado, Alejandra María, & Salazar, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass
- Ávila, M., Vázquez, E. & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Ciencias Holguín*, 13 (4). <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/409>
- Barbosa, B., Sandersb, A., & Kokanović, R. (2019). It's the worst bloody feeling in the world: Experiences of loneliness and social isolation among older people living in care homes. *Journal of Aging Studies* 49, 74-84. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100785>
- Brdar, I., Anic, P. & Rijavec, M. (2011). Character Strengths and Well-Being: Are There Gender Differences?. En I, Brdar. (Eds.), *The human pursuit of well-being*. (pp.145-156). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-1375-8_13

Cairney, J., Faught, B. E., Hay, J., Wade, T. J., & Corna, L. (2005). Physical Activity and Depressive Symptoms in Older Adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 2(1), 98-114.

Casanova Sotolongo, Pedro, Casanova Carrillo, Pedro & Casanova Carrillo, Carlos. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6) Recuperado en 23 de septiembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000500012&lng=es&tlng=pt.

Christian, R., Ramos, J., Susanibar, C., & Balarezo, G. (2004). Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*, 17(2), 57-64.

Cuadra, A., Veloso, C., Puddu, G., Salgado, P., & Peralta, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 25(4), 644-652.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.95.3.542>

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.125.2.276>

- Dongil, E., & Cano, A. (2014). Habilidades sociales. *Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*, 21, 120-150.
- Emmons, R. & McCullough, M. (2003). Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.
<https://greatergood.berkeley.edu/pdfs/GratitudePDFs/6EmmonsBlessingsBurdens.pdf>
- Emmons, R. & Stern, R. (2013). Gratitude as a Psychotherapeutic Intervention. *Journal of clinical psychology: in sesion*. 69(8), 846–855.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Espin, K. (2019). *Modelo P.E.R.M.A para incrementar la satisfacción con la vida y aumentar el florecimiento en adultos mayores que asisten al programa 60 y piquito*. [Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología]. Universidad San Francisco de Quito.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*, 6 (16). https://www.researchgate.net/publication/28085303_La_psicologia_de_la_vejez
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian Family Physician*, 66(3), 176-182.

- Freitas, E., Barbosa, A. & Neufeld, C. (2021). Strengths based character education for the Elderly: A quasi-experimental study. *School and developmental psychology*, 37: 372120. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e372120>
- Friedman, E., Hayney, M., Love, G., Singer, B. & Ryff, C. (2007). Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Health Psychology*, 26(3), 305-313.
- Friedman, E., Hayney, M., Love, G., Urry, H., Rosenkranz, M., Davidson, R., Singer, B. & Ryff, C. (2005). Social relationships, sleep quality and interleukin-6 in aging women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 18757-18762.
- García, A., Serra, E., Márquez, M.L. & Bernabé, G. (2014). Gratitud existencial y bienestar psicológico en personas mayores. *Psicología y Salud*. 24(2). 279-286.
- Guadalupe, M., Izal, M. & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23(1), 51-59. <https://www.elsevier.es/es-revista-suma-psicologica-207-articulo-programa-mejora-del-bienestar-personas-S0121438116000059>
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 23-41.

- Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health & Quality of Life Outcomes*, *11*(1):66. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-11-66>
- Hughes, M., Waite, L., Hawkley, L. & Cacioppo, J. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, *26*(6), 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Huppert, F. & Cooper, C. (2014). *Interventions and policies to enhance wellbeing*. Wiley Blackwell.
- Isen, A. (2000). Positive affect and decision making. En M. Lewis, & J. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 417-435) (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Izal, M., Bernabeu, S., Martínez, H., Bellot, A. & Montorio, I. (2020). Las ganas de vivir como como expresión del bienestar de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *55*(2), 76-83.
- Kern, M., Waters, L., Adler, A., White, M. (2015). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The Journal of Positive Psychology*, *10*:3, 262-271. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936962>
- Killen, A., & Macaskill, A. (2014). Using a Gratitude Intervention to Enhance Well-being in Older Adults. *Journal of Happiness Studies*, *16*(4). <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9542-3>

- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J. A., & Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. *Medicina clinica*, 112(20), 767–774.
- Locke, E. (1968). Toward a theory of task motivation incentives. *Journal of Organizational Behavior and Human Performance*, 3, 157-189.
- Luo, L., Li, Y., Zhou, Z., Yang, S., Qin, Y., Peng, H., Wang, Y., Li, Z. & Yin, T. (2022). Study on the Effect of Positive Psychological Intervention Based on PERMA Model on Perioperative Patients with AIDS Complicated with Breast Cancer. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/9788122>
- McCullough, M., Emmons, R., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112-127.
- Meléndez, C., Charco, L., Mayordomo, T. & Sales, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema* 25(3), 319-323. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.253>

- Meléndez, J., Tomás, J. & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(2), 90-95. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-analisis-del-bienestar-vejez-segun-S0211139X08711612>
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de Psicología* 14(1), 13–25. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31091>
- Moñivas, A., García-Diex, G., & García-De-Silva, R. (2012). MINDFULNESS (ATENCIÓN PLENA): CONCEPTO Y TEORÍA. *Portularia* 12, 83-89.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ortega, A., Ramírez, E. & Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 23-33. <http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v1i1.87>
- Pedroso, M., Márquez, M., Fernandes, J., Gallego, L., Jiménez, L., Nuevo, R. & Losada, A. (2021). Validation of the Spanish version of the Three-Item Loneliness Scale (Validación de la versión española de la Escala de Soledad de Tres Ítems). *Studies in Psychology*, 43, 311-331. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1989889>
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. Oxford University Press.

- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character, strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age. A meta-analysis. En S. Shohov (Ed.), *Advances in psychology research* (pp. 111-143). Nova Science.
- Ramírez, E., Ortega, A. & Martos, R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 187-195.
- Rojo De La Torre, S. (2016). Risoterapia y bienestar. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Jaén, Andalucía. <https://hdl.handle.net/10953.1/3575>
- Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Ryff, C., Love, G., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E., Davidson, R. & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates?. *Psychotreraapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Ryff, C., Singer, B. & Love, G. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.

Seligman, M. (2011). *Floreecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Océano.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

Steptoe, A., Wardle, J. & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 6508-6512.

Sutin, A. R., Luchetti, M., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2020). Meaning in life and risk of cognitive impairment: A 9-Year prospective study in 14 countries. *Archives of gerontology and geriatrics*, 88, 104033. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104033>

Torres, N. & González, A. (2023). Intervenciones basadas en psicología positiva para adultos mayores: una revisión sistemática. *Psicología Iberoamericana*, 31(1).

Vera, B., (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.

Wagner, L., Gander, F., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2020). Character strengths and PERMA: Investigating the relationships of character strengths with a multidimensional framework of well-being. *Applied Research in Quality of Life*, 15, 307-328.

ANEXOS

Figura 2

Fotografías de la sesión 1: “¿Qué es el bienestar psicológico?”

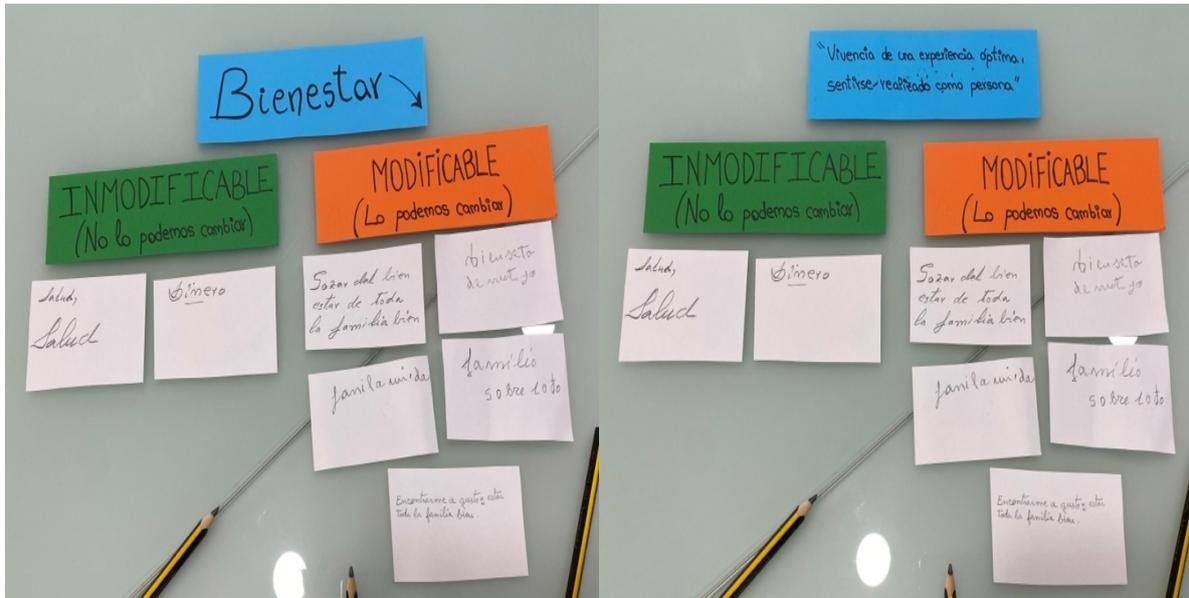


Figura 3

Fotografías de la sesión 2: “Lo bueno de la vida”

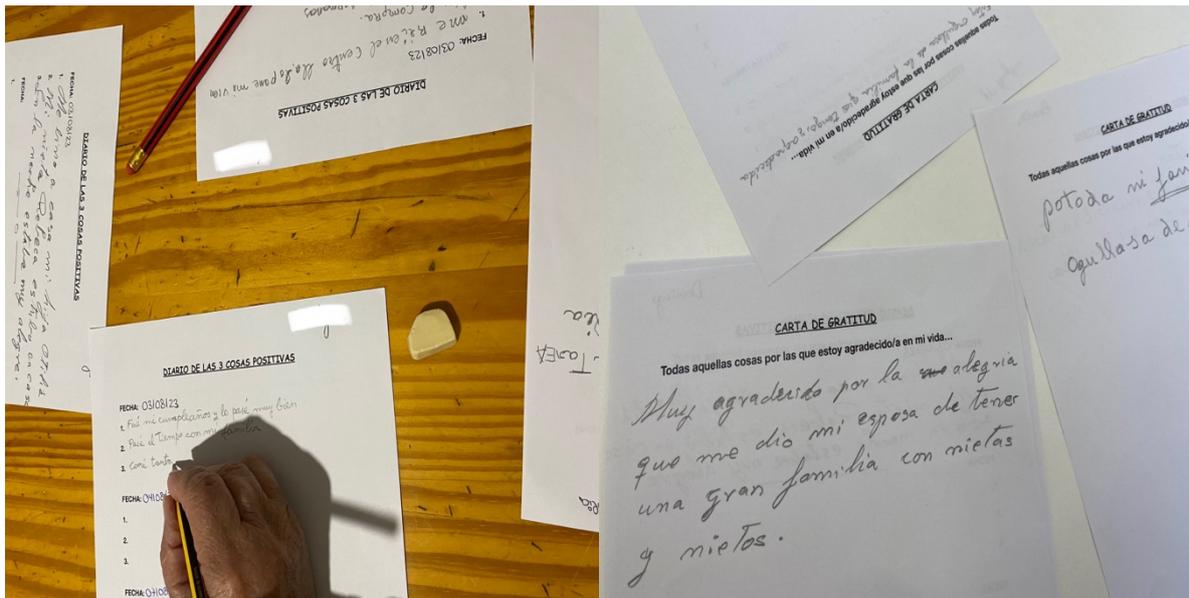


Figura 4

Fotografía de la sesión 3: “El disfrute de las cosas”

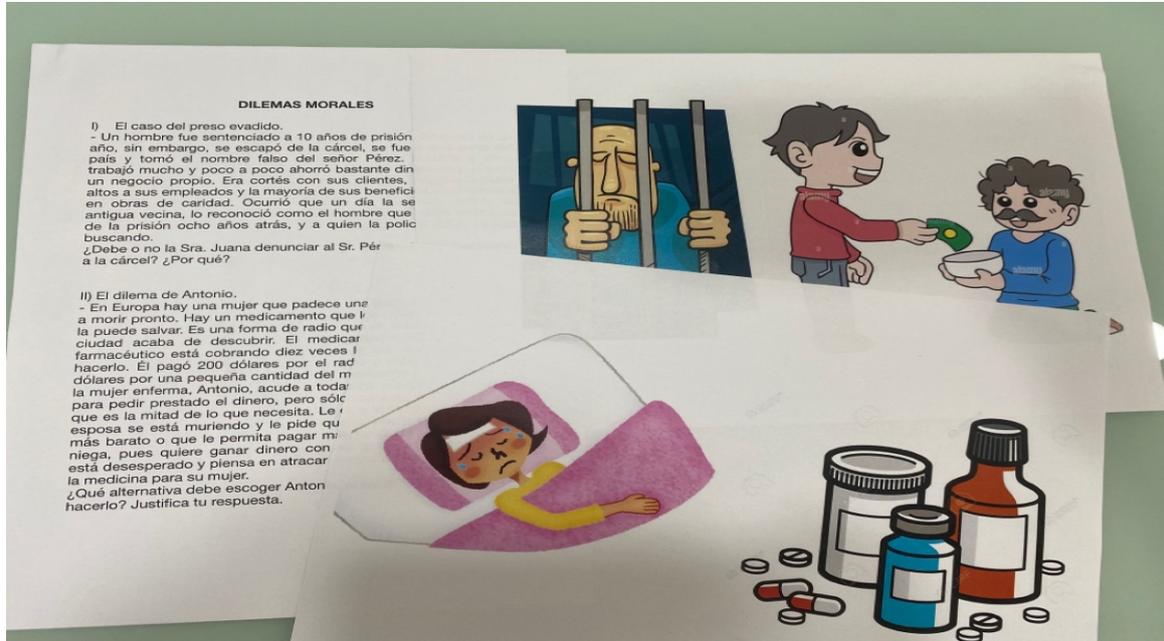


Figura 5

Fotografías de la sesión 4: “Mi círculo”

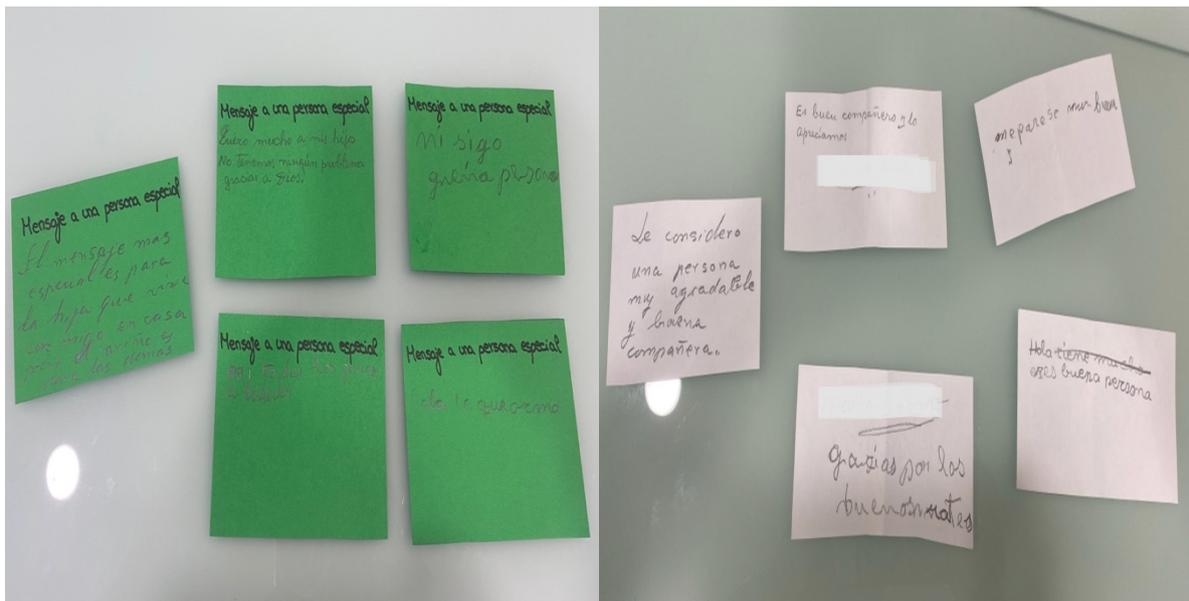


Figura 6

Fotografías de la sesión 5: “¿Qué es importante para mí?”

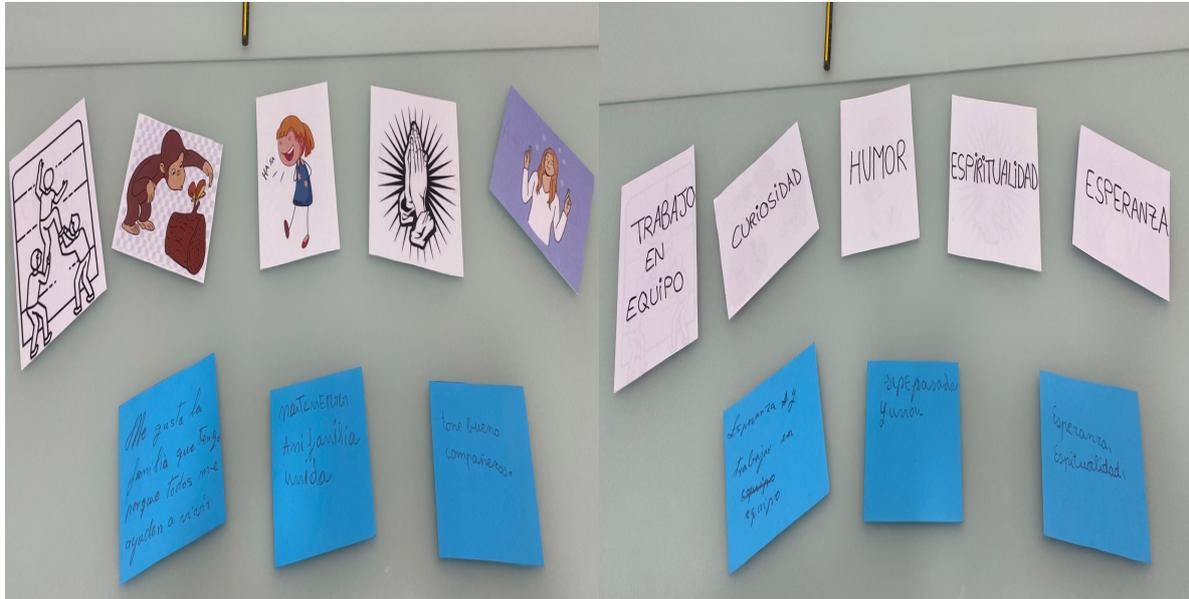


Figura 7*Modelo de consentimiento informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente batería de cuestionarios forma parte de una **investigación acerca del bienestar de las personas mayores**, cuya finalidad es comprobar si una intervención basada en la psicología positiva, influye en los niveles de bienestar, gratitud y soledad percibida. Además, se pretende conocer si el nivel de deterioro cognitivo juega un papel mediador entre someterse a una intervención de estas características y obtener resultados positivos.

Su participación consistirá en cumplimentar una serie de cinco cuestionarios que evalúan el nivel de bienestar, gratitud, soledad percibida y deterioro cognitivo. Todos ellos tendrán formato digital, estando plasmados en un único cuestionario de Google. En todo momento el evaluador será el encargado de ir leyendo las instrucciones y las preguntas, además de seleccionar la respuesta que el evaluado considere. La cumplimentación no ocupará más de 45 minutos.

Una vez obtenidos todos los resultados, se procederá a la división aleatoria de los participantes en dos grupos: el grupo experimental y el grupo control. El primero de ellos será el que se someta a la intervención positiva con un total de siete sesiones en las que se tratarán conceptos como bienestar, emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logro. Tras la intervención, el total de participantes (grupo experimental y grupo control) cumplimentará nuevamente los cuestionarios mencionados con anterioridad. Además, por razones éticas, el grupo control también se beneficiará de la intervención una vez haya finalizado la investigación.

La información recabada será anónima y confidencial, además se empleará exclusivamente con fines de investigación formando parte de un Trabajo de Fin de Máster en Psicología General Sanitaria por la Universidad de La Laguna. En cualquier momento podrá desistir de su participación en la investigación, si así lo considerara. El tratamiento de los datos se hará de acuerdo con las garantías de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE nº294 de 6 de diciembre) y del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Por favor, responda con sinceridad y no deje ninguna pregunta en blanco.

En caso de dar su consentimiento para participar en esta investigación acerca del bienestar de las personas mayores, le pedimos que firme en esta página como muestra de su consentimiento.

Fecha:

Firma:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Tabla 4*Descripción de las sesiones*

Sesión 1: ¿Qué es el bienestar psicológico?	
Duración	40 minutos.
Objetivo	Explicar el concepto de bienestar psicológico y los factores influyentes.
Descripción	Se reúnen a todos los usuarios en la sala multiusos del centro y se comienza la sesión lanzando la siguiente pregunta: ¿Qué es el bienestar psicológico?. Se da un margen de tiempo para que todos ellos propongan al menos una definición o mencionen conceptos que consideren que pueden estar relacionados. Seguidamente, se aporta otra definición: vivencia de una experiencia óptima, es decir, sentirse realizado como persona (Ryff, 1995). Después, se debate acerca de los factores que consideran que pueden influir en el bienestar psicológico y se escriben en diferentes papeles; después, se dividen en modificables e inmodificables colocando cada papel debajo de dos cartulinas con el título de “modificables (lo podemos cambiar)” e inmodificables (no lo podemos cambiar)”. Seguidamente, se hace una reflexión sobre la importancia de centrarse en los factores modificables, más que en los inmodificables. Para terminar la sesión se introduce el modelo de bienestar de Seligman, el modelo PERMA y se informa de la próxima puesta en marcha de una intervención positiva basada en el mismo.
Recursos	Sillas o sillones, mesa, folios, cartulina y lápices.
Sesión 2: Lo bueno de la vida	
Duración	60 minutos.
Objetivos	Entrenar la identificación y expresión de emociones positivas.
Descripción	Reunidos nuevamente en la sala multiusos del centro se procede a repartir a todos los usuarios un folio al que se pone el título “diario de las tres cosas positivas”, en el que tendrán que ir escribiendo al menos tres cosas positivas que les hayan sucedido o hayan hecho durante el día o en el día anterior teniendo en cuenta que se realiza a primera hora de la mañana. Después, se les dará otro folio al que llamaremos “carta de gratitud” en el que escribirán (o comentarán quienes no sepan escribir) todas aquellas cosas por las que están agradecidos en su vida. Una vez finalizadas las actividades, se pasa a explicar el concepto de emoción, la utilidad de las emociones y se enumeran las que se consideran emociones positivas. Para ello, se emplearán una serie de tarjetas con dibujos de caras con diferentes emociones. Seguidamente, se explica el valor de experimentar las emociones positivas para sentirse mejor y así,

incrementar el bienestar. Como tarea para casa, se indica continuar con la elaboración del diario de tres cosas positivas durante una semana.

Recursos	Sillas o sillones, folios, lápices y tarjetas de emociones.
Sesión 3: El disfrute de las cosas	
Duración	40 minutos.
Objetivos	Entrenar en atención plena para promover el compromiso.
Descripción	Se comienza nuevamente reuniendo a los usuarios en la sala multiusos y se procede a plantear diferentes dilemas morales (con apoyo de imágenes representativas de los mismos) con el objetivo de que tomen decisiones respecto a los mismos y conocer así cuales son las fortalezas que les definen. Después, se explica que el compromiso se caracteriza por la realización de actividades a las que se dedican niveles completos de atención. En este estado, aunque supongan un esfuerzo, se disfruta realizando las actividades, ya que motivan por sí mismas y hacen entrar en un estado de <i>flujo</i> que es deseable sentir. De este modo, se logra, además, desconectar de las preocupaciones del día a día por un periodo de tiempo. Se habla también del concepto de <i>micro flujo</i> , que se refiere a disfrutar de actividades cotidianas como el trayecto en coche o comer la comida favorita. Después, se pregunta a los usuarios acerca de cuáles consideran que son las actividades con las que disfrutan, aquellas que absorben su atención y así, planteamos dedicar el resto de días de la semana a poner en práctica algunas de esas actividades mencionadas. Para finalizar, se procede a poner un audio con sonidos de la naturaleza y se guía a los usuarios a disfrutar del momento presente atendiendo a su propia postura, prestando atención plena a los sonidos... También se les invita a practicar atención plena durante la realización de alguna actividad cotidiana a lo largo del resto de la semana.
Recursos	Sillas o sillones, imágenes de dilemas morales y audio con sonidos de la naturaleza.

Sesión 4: Mi círculo

Duración	40 minutos.
Objetivos	Cultivar y mantener relaciones positivas con los otros para aumentar el bienestar.

Descripción Se hace uso nuevamente de la sala multiusos del centro. Se comienza instruyendo a los usuarios para la realización de una lista de personas con las que suelen pasar una cantidad considerable de tiempo en su día a día y, seguidamente, se les pide que reflexionen sobre las cosas que hacen ellos para mantener esas relaciones. Una vez terminada la reflexión, se les da una pequeña cartulina en la que escribir un mensaje bonito (agradecimiento, halago...) a una de las personas mencionadas en el listado anterior para entregárselo fuera del centro. Después, se habla de los beneficios que podría tener generalizar esos actos (los mencionados por ellos y ejemplos nuevos como preguntar a las personas cómo están, ofrecer apoyo, hacer halagos...) a más personas con las que comparten tiempo. Estas distintas actividades se ensayan en la sesión mediante role-playing. Por último, se reparte un papel a cada usuario con el nombre de otro de los usuarios escrito y se les pide que, sin revelar el nombre, escriban al otro lado un halago sincero para esa persona; después se recogen los papeles y se entregan a su destinatario, quienes lo leerán en alto para posteriormente revelar la identidad de quien hace el halago. La sesión acaba con comentarios acerca de cómo se sienten cuando reciben halagos y de la importancia que tienen las relaciones positivas a la hora de influir en el propio bienestar.

Recursos Sillas o sillones, folios, cartulinas y lápices.

Sesión 5: ¿Qué es importante para mí?

Duración 40 minutos.

Objetivos Identificar metas personales y las fortalezas para alcanzarlas.

Descripción Con los usuarios reunidos en la sala multiusos del centro, se entrega a cada uno de ellos un pedazo de cartulina en la que se les pide que anoten una meta personal en el centro. Después, a través de cinco dibujos representativos de cinco fortalezas (curiosidad, esperanza, humor, espiritualidad y trabajo en equipo), se seleccionan las dos con las que más se identifican. Posteriormente, se comenta si esas fortalezas nos pueden acercar a la meta y de qué forma. Los usuarios se llevan la cartulina para casa y escriben al dorso la reflexión llevada a cabo en el centro respecto a la forma en la que determinadas fortalezas pueden ayudar al alcance de la meta. Asimismo, se anima a los usuarios a poner esas fortalezas en práctica más a menudo. Para cerrar la sesión, se define el concepto de significado y su relación con el bienestar.

Recursos Sillas o sillones, cartulina, lápices y tarjetas con dibujos de fortalezas.

Sesión 6: Soy capaz

Duración	40 minutos.
Objetivos	Aprender a reconocer los logros vinculados al bienestar.
Descripción	Se reúne a los usuarios en la sala multiusos y se comienza reflexionando sobre los logros, éxitos y cosas positivas conseguidas a lo largo de la vida. Estos se anotan en una cartulina que se llevan a casa para continuar completando hasta la próxima sesión. Por otro lado, se habla de la importancia de la división de las metas en metas más pequeñas y más fácilmente alcanzables a corto plazo. De este modo, se divide la meta comentada en la sesión anterior en metas más concretas. Para finalizar, se lleva a cabo una explicación del concepto de logro y su influencia en el bienestar percibido.
Recursos	Sillas o sillones, cartulinas y rotuladores.

Sesión 7: ¿Qué he aprendido y sentido?

Duración	40 minutos.
Objetivos	Consolidar los cambios y conocer la percepción de los usuarios respecto a la intervención.
Descripción	Se reúne a los usuarios en la sala multiusos y se realiza un resumen de los diferentes componentes del modelo de psicología positiva con el que se ha ido trabajando en la intervención. Además, se indaga acerca de cómo se han sentido durante el proceso, la percepción, opinión y posibles beneficios obtenidos. Por último, se lleva a cabo una sesión de risoterapia en la que todos los participantes se colocan en círculo de manera que todos se ven las caras. La psicóloga realiza una mueca graciosa que todos los participantes, uno por uno y en sentido de las agujas del reloj, deben imitar; después realiza una mueca diferente la persona que se encuentra a la derecha de la psicóloga para que todos los demás la imiten, y así sucesivamente de manera que todos ideen al menos una mueca.
Recursos	Sillas o sillones.
