

Efectos de una intervención basada en psicología positiva en adultos mayores mediada por tecnología

Effects of a mediated by technology intervention based on positive psychology in older adults

Nicolás Armando Torres y Torres¹, Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel²,
María del Rocío Hernández-Pozo² y Christian Oswaldo Acosta-Quiroz³

Universidad Nacional Autónoma de México^{1,2}
Instituto Tecnológico de Sonora³

Autor para correspondencia: Christian Oswaldo Acosta Q., christian.acosta@itson.edu.mx.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue probar la eficacia de un programa de intervenciones basadas en la psicología positiva mediada por tecnología para fomentar el bienestar en adultos mayores. Para ello, se empleó un diseño experimental intrasujetos tipo A-B, con medidas adicionales pre-postest. Participaron doce adultos mayores de entre 60 y 72 años de edad. El programa consistió en cinco sesiones semanales de una hora de duración implementadas a través de videoconferencias, que abordaban como su principal contenido las fortalezas del carácter. Se evaluaron el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las fortalezas de carácter, la satisfacción con los elementos de la intervención y la usabilidad de la videoconferencia. Los resultados indicaron efectos de medios a grandes en el bienestar subjetivo, efectos clínicos en todas las variables, diferencias significativas también en todas las variables medidas, y altos niveles de satisfacción con los componentes de la intervención y la implementación tecnológica. El fomento del bienestar en adultos mayores resultó efectivo y factible mediante la intervención mediada por videoconferencias.

Palabras clave: Bienestar psicológico; Bienestar subjetivo; Psicología positiva; Adultos mayores; Fortalezas de carácter; Intervención mediada por tecnología; Diseño intrasujetos.

ABSTRACT

This study aimed to probe the efficacy of a technology-mediated intervention based on positive psychology to enhance well-being in older adults. The design was an AB intrasubject design with additional pre-posttest measures. The participants were twelve older adults aged 60-72. The program included five 1-hour weekly sessions, and the implementation was via videoconferences, the

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Tlalpan, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: nick_x001@yahoo.com.mx, <https://orcid.org/0000-0001-8727-1310>.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Estado de México, México, correos electrónicos: alger10@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8996-5866>, <https://orcid.org/0000-0001-5781-2825>.

³ Departamento de Psicología, 5 de Febrero 818 Sur, 85000 Ciudad Obregón, Son., México. Correo electrónico: christian.acosta@itson.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0003-1101-6844>.



main program topics included character strengths. The variables assessed were psychological well-being, subjective well-being, character strengths, program element satisfaction, and videoconference usability. The results showed medium to large effects on subjective well-being, clinical effects in all variables, significant differences in all measured variables, and high satisfaction levels with intervention components and technology implementation. Enhancing well-being in older adults was effective and feasible by videoconference technology-mediated intervention.

Key words: Psychological well-being; Subjective well-being; Positive psychology; Older adults; Character strengths; Technology mediated intervention; Intrasubjects design.

Recibido: 21/11/2023

Aceptado: 03/02/2024

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) considera que la salud implica un estado de bienestar en las esferas física, psíquica y social y no sólo la ausencia de enfermedad. En tales términos, el bienestar psicológico es un constructo complejo que conjunta experiencias placenteras subjetivas, actividades significativas y relaciones sociales que permiten el desarrollo y una contribución productiva al entorno (Ryan y Deci, 2001).

En los adultos mayores, el bienestar se relaciona con beneficios que incluyen una menor frecuencia de enfermedades mentales y psicopatologías (Lamers *et al.*, 2015), la intensificación del estado de salud (Ngamaba *et al.*, 2017), resiliencia (Millea *et al.*, 2015), sentimientos de conexión social y familiar (Huxhold *et al.*, 2013) y disminución del riesgo de desarrollar Alzheimer (Boyle *et al.*, 2010) y enfermedades coronarias (Hill y Turiano, 2014; Kim *et al.*, 2013).

Sin embargo, el envejecimiento reduce el bienestar percibido por su asociación con el deterioro de las funciones físicas y cognitivas y la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas (Ranzijn, 2002; Shapira *et al.*, 2007; World Health Organization, 2015), lo que se debe a los cambios en los estilos de afrontamiento, pues decrece el uso de las estrategias comportamentales

y aumentan las emocionales, lo que desmotiva la sensación de control y autoeficacia, centrales en el autocuidado en la tercera edad (Heckhausen *et al.*, 2010).

A pesar de la disminución de las capacidades funcionales y un contexto afectado de salud, el fomento del bienestar es posible si se ponen en práctica intervenciones apropiadas que se centren en un envejecimiento positivo y en el incremento de las actividades (WHO, 2015).

Las intervenciones basadas en la psicología positiva (IPP, en lo sucesivo) son medios cuyo objetivo es el incremento del bienestar y a la vez herramientas para aprender a afrontar las adversidades, apreciar y poner atención en los aspectos positivos de la vida, involucrarse en actividades que provocan emociones positivas y practicar las fortalezas personales (Sin y Lyubomirsky, 2009). Adicionalmente, han probado ser eficaces en el decremento de la sintomatología depresiva y ansiosa (Carr *et al.*, 2020).

El incremento del bienestar puede lograrse mediante el fomento de las dimensiones del bienestar según el modelo PERMA (*cf.* Seligman, 2011), que incluye experimentar emociones positivas, llevar a cabo actividades absorbentes que logren el desarrollo de habilidades, el mejoramiento de relaciones interpersonales, una mejor comprensión del significado y propósito de la vida, la consecución de logros y metas personales y el desarrollo de fortalezas de carácter, que son rasgos o habilidades que resultan personalmente gratificantes y que constituyen procesos que hacen posible el desarrollo de virtudes o valores vinculados al bienestar (Niemic, 2018).

En los adultos mayores, la implementación de las intervenciones basadas en la psicología positiva se ha traducido en su mayor bienestar (Cantarella *et al.*, 2013), en una mejoría de la autoestima (Meléndez *et al.*, 2015) y la calidad del sueño (Friedman *et al.*, 2017), en la disminución de la presión arterial sistólica (Jiménez *et al.*, 2016), la ansiedad (Ramírez *et al.*, 2014), el estrés (Killen y Macaskill, 2015) y la depresión (Ho *et al.*, 2014; Proyer *et al.*, 2014).

Debido a la pandemia de covid-19, la intervención psicológica a distancia aumentó el empleo de la tecnología para implementar ciertos procesos

terapéuticos y la atención de grupos vulnerables (Békés *et al.*, 2021). Tal tipo de intervención en los adultos mayores es factible y deseable por las ventajas potenciales que ofrece, como facilitar el acceso a los servicios de salud cuando la movilidad es limitada o resulta problemática la adaptación de dichas intervenciones a cada individuo (Callari *et al.*, 2012). A este respecto, también se han elaborado programas autoaplicados u *online* con efectos favorables al aumentar el bienestar (Killen y Macaskill, 2014; Proyer *et al.*, 2014); sin embargo, no se han evaluado los programas mediados por la tecnología o implementados mediante videoconferencias en esta población.

Por tal motivo, es necesario proseguir la investigación sobre la aplicación a distancia de las IPP mediadas por la tecnología y documentar los efectos clínicos que tienen en la referida población puesto que es un segmento vulnerable, de manera que la administración mediada por tecnología podría resolver algunos problemas de acceso a los servicios de salud (Schneider *et al.*, 2020). Así, el objetivo de esta investigación fue examinar la eficacia de un programa de IPP mediado por tecnología basado en las fortalezas de carácter para el fomento del bienestar en adultos mayores.

MÉTODO

Participantes

Participaron doce adultos mayores alfabetizados de 60 y más años, con acceso a una plataforma de videoconferencia y que habían expresado por escrito su anuencia para participar en el estudio. Dichos participantes se reclutaron por conveniencia en los lugares usuales de reunión de adultos mayores, a quienes se les hizo una entrevista para precisar los objetivos, contenidos y requerimientos del programa. Dichos participantes recibieron un entrenamiento tecnológico previo en el que se les enseñó a conectarse a internet en el dispositivo de su preferencia para acceder a las videoconferencias, verificar la conexión de audio e imagen y resolver los problemas más frecuentes de conexión.

La Tabla 1 muestra las características generales de los mismos, que en su mayoría fueron mujeres. Sus edades se ubicaron entre 60 y 72 años, residentes en Ciudad de México y con una escolaridad mínima de secundaria. Todos ellos tenían antecedentes de padecer al menos una enfermedad crónico-degenerativa; diez de ellos sufrían multimorbilidad, siendo la hipertensión arterial la enfermedad más frecuente.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

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

Instrumentos

Autoprueba de Positividad (Fredrickson, 2009). Adaptada y validada en población mexicana por

Cortina y Berenzon (2013), es una escala breve autoaplicable compuesta por 20 reactivos que evalúan la experiencia emocional con base en la proporción entre el afecto positivo y el negativo,

equivalente al bienestar subjetivo. En su adaptación en población mexicana, cada reactivo consiste en evaluar el grado en el que se ha experimentado una emoción, ya sea positiva o negativa, en una escala Likert de cinco puntos, que varían de 0, “Nada”, a 5, “Muchísimo”. La calificación total, denominada *Índice de positividad*, se obtiene de la división entre el número total de reactivos positivos experimentados por lo menos moderadamente (≥ 2) y el número total de reactivos negativos experimentados al menos ligeramente (≥ 1), lo que representa el *balance emocional*. Según su autor, una proporción $\geq 3:1$ indica un buen nivel de bienestar subjetivo. Cuenta con validez de constructo por análisis factorial exploratorio y consistencia interna, y un coeficiente alfa de Cronbach de 0.79.

PERMA Profiler (Buttler y Kern, 2016).

Adaptado y validado por Chaves *et al.* (en prensa), es una escala que mide las dimensiones del bienestar psicológico propuestas en el modelo PERMA de Seligman (2011), unido a tres variables de contraste: Emociones negativas, Felicidad general y Percepción de salud. Compuesto por 23 reactivos en formato Likert de 11 puntos, según la redacción del reactivo la escala va de 0 (“Nunca/nada”) a 10 (“Siempre/absolutamente”). Cuenta con validez de constructo por análisis factorial exploratorio y una consistencia interna de .94.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Diener *et al.*, 1985).

Adaptada y validada en población mexicana por Padrós *et al.* (2015), es una escala que evalúa la satisfacción con la vida a través del juicio global sobre ésta. La validación mexicana consta de cinco reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de cinco puntos que van de 1, “Totalmente de acuerdo”, a 5, “Totalmente en desacuerdo”. Cuenta con validez de constructo por análisis factorial confirmatorio y una consistencia interna de .83.

Inventario de Valores y Fortalezas (IVyF) (Consentino y Castro, s/f).

Es un inventario desarrollado para evaluar las fortalezas de carácter según la clasificación de Peterson y Seligman (2004). Validado en población mexicana por Ruvalcaba *et al.* (2016), incluye veinticuatro reactivos bipolares tipo Likert de cinco puntos

que se responden indicando en qué grado se considera que se parece la persona a dos descripciones opuestas que están en función de cada una de las veinticuatro fortalezas de carácter. Cada reactivo evalúa una fortaleza y quien lo responde decide si se parece más a uno u otro perfil. Su consistencia interna es de .84.

Cuestionario de Satisfacción. Diseñado *ex profeso* para esta investigación, es un cuestionario de nueve reactivos que evalúan el grado de satisfacción con el programa. Los reactivos se califican en una escala de 0 a 10 puntos y cubre aspectos como agrado, utilidad, pertinencia, facilidad, relevancia y satisfacción en general con las tareas y materiales de la intervención.

Cuestionario de Usabilidad de la Videoconferencia. Basado en la propuesta de Acosta *et al.* (2021), es un cuestionario de diez reactivos que evalúa la satisfacción de los participantes con el uso de videoconferencias. Tres reactivos examinan la utilidad de la videoconferencia; tres, la calidad de la información, comunicación e interacción con el terapeuta; tres más, la calidad de la interface (audio e imagen), y uno, la satisfacción general. El formato de respuesta es de tipo Likert con cuatro opciones que van de 0, “Totalmente en desacuerdo”, a 3, “Totalmente de acuerdo”.

Diseño

Se utilizó un diseño experimental intrasujetos de tipo A-B con mediciones adicionales pre-postest, en el cual la A corresponde a una fase inicial o línea base de tres mediciones previas al inicio del programa de intervención, y la B al tratamiento implementado. Se eligió este diseño debido al énfasis puesto en la evaluación de los efectos clínicos, la administración individual y las ventajas sobre el estudio del bienestar y administración cuidada y controlada, a la vez que se observan y evalúan otros comportamientos de interés (Barbot y Perchec, 2015; Tate *et al.*, 2016).

Procedimiento general

Se estableció contacto con dos psicólogos graduados que fungieron como coterapeutas y que reci-

bieron capacitación para efectuar las evaluaciones previas, las efectuadas durante el tratamiento y las posteriores, así como aquellas para valorar la monitorización de elaboración de tareas, la motivación para el cumplimiento y la resolución de problemas entre las sesiones. El terapeuta responsable del programa contaba con experiencia de más de diez años en psicoterapia y psicología positiva, quien a lo largo de todas las evaluaciones permaneció “ingenuo” a los resultados.

El reclutamiento se llevó a cabo mediante una convocatoria a través de los contactos de los coterapeutas y la promoción a grupos de adultos mayores en clubes sociales y eclesiásticos. Se entrevistó a los posibles participantes para describirles el programa y sus requisitos. Si el participante consentía en tomar parte en el estudio, se le entregaba un cuadernillo de evaluación y un manual con la información y las actividades del programa. Se le presentaba con alguno de los coterapeutas, se le explicaba el proceso y se acordaban conjuntamente los siguientes encuentros. Los coterapeutas visitaban a los participantes en sus domicilios la primera vez, se les entrenaba desde el punto de vista tecnológico y aplicaban la primera evaluación de línea base y las evaluaciones pretest. Después llevaban a cabo las siguientes evaluaciones de línea base y resolvían las dudas o los problemas de conexión mediante videoconferencias. La línea base quedó constituida por tres mediciones de la autoprueba de positividad.

Al finalizar la línea base, el terapeuta principal procedía a la instrumentación del programa. Antes de comenzar cada sesión semanal de tratamiento, el coterapeuta se ponía en contacto con el participante mediante videoconferencias y efectuaba la evaluación semanal. Al concluir todas las sesiones de tratamiento llevaba a cabo la evaluación final aplicando el postest y los cuestionarios de satisfacción y usabilidad.

Procedimientos clínicos

Psicoeducación.

Se revisaron algunos aspectos conceptuales de la psicología positiva y el bienestar. Con apoyos visuales provistos por videoconferencia, el manual de

intervención y en un español sencillo, se describía el bienestar, su impacto en el envejecimiento, sus elementos, las fortalezas de carácter y cómo se éstos de expresan y emplean para generar bienestar. Se proveían ejemplos y se solicitaba que los participantes formularan los propios, lo que servía para introducir las IPP de cada sesión y las tareas entre sesiones. Se resolvían sus dudas y se les invitaba a formular preguntas y a exponer sus avances.

Intervenciones basadas en la psicología positiva (IPP).

Las intervenciones basadas en la psicología positiva son los elementos centrales del programa, las que, según Parks y Schueller (2014), implican la repetición de experiencias agradables, la práctica de habilidades y la aceptación de las circunstancias personales. Se implementaron en cada sesión de videoconferencia, para las que el *Diario de Gratitud* y el fascículo *Usar una fortaleza de carácter de una nueva forma* sirven como tareas que entrelazaban cada sesión. A continuación se describen las IPP implementadas en la intervención.

Presentación positiva. Se basa en la indagación apreciativa (Denborough, 2014) y la metáfora narrativa (Tarragona, 2013, 2014; White, 2007), y consiste en solicitar que se recuerde, escriba y comparta un evento en el que se haya enfrentado positivamente una situación y cuyo desenlace ha sido satisfactorio. El escrito debe ser detallado y redactado como una anécdota.

Diario de Gratitud. Se solicita que el participante escriba tres cosas por las que se siente diariamente agradecido (Emmons y McCoulough, 2003).

Identificación de fortalezas distintivas. Se emplean distintos medios para identificar las fortalezas de carácter distintivas, que son aquellas que tienen una mayor expresión conductual y que se perciben como parte de la identidad personal. A partir de lo anterior, se identifican y emplean procesos que hacen posible su ejercicio (Linley *et al.*, 2010). En este programa se utilizó la identificación de fortalezas en video y la aplicación del inventario IVyF.

Uso de una fortaleza de carácter de una nueva forma. Desarrollada por Seligman *et al.* (2005),

la intervención consiste en incitar el uso de fortalezas distintivas de una nueva forma cada día, durante una semana, en actividades comunes.

Una puerta se cierra, otra se abre. Desarrollada por Peterson (2006), dicha intervención se centra en el fomento de la esperanza y el optimismo. Se instruye al participante para que examine tres momentos en los que ha tenido que enfrentar adversidades, y reflexionar si las mismas fueron después oportunidades para el crecimiento personal.

Carta de gratitud. Se solicita a los participantes escribir una carta de agradecimiento a una persona por algún detalle o una contribución importante a la vida del participante. Si es posible, se solicita que se entregue la carta en una visita presencial o un encuentro telefónico (Emmons y McCullough, 2003).

Todas las IPP implementadas poseen un componente de intervención cognitiva en la que se examina el significado de las actividades llevadas a cabo y, mediante el diálogo terapéutico, se examinan las creencias y actitudes de los participantes acerca del bienestar y los componentes ejercitados durante las sesiones y las tareas entre las sesiones.

Un minuto de atención plena. Para la constitución del programa, se siguió la recomendación de Rashid y Seligman (2018) de asociar los ejercicios de relajación al uso de IPP a fin de estimular los estados de atención óptimos para el desenvolvimiento apropiado de las actividades. Se empleó este ejercicio, desarrollado por los presentes autores, que consiste en entrenar a los participantes en respiración diafragmática mientras se concentran en su propia respiración y aprenden a evadir pensamientos intrusivos. El desempeño se verificaba a través de la videoconferencia y se retroalimentó hasta utilizar cada vez menos los apoyos verbales. Dichos ejercicios se llevaban a cabo al inicio y al final de cada sesión, y se solicitó a los participantes que los practicaran dos veces diarias entre las sesiones. A este efecto, se les entregaron audios de apoyo que les guiaban en las tareas entre sesiones, solicitándoles que comentaran sus percepciones sobre estos ejercicios.

Encuestas de satisfacción.

Con la finalidad de evaluar la validez social de la intervención (Kazdin, 2021), se solicitó a los par-

ticipantes que contestaran un cuestionario breve para evaluar ocho aspectos de la intervención, así como otro de diez reactivos para calificar su percepción acerca del uso de la videoconferencia. Se evitó la inducción de respuestas o de sesgos mediante su aplicación por psicólogos distintos a aquellos con quienes los participantes habían trabajado, e *ingenuos* respecto al proceso del participante y de la implementación de la intervención.

Análisis de datos

Se efectuaron los análisis visuales descriptivos que comúnmente se emplean en diseños experimentales intrasujetos, y se siguieron asimismo las recomendaciones de Sanz y García (2015) para evitar sesgos en la interpretación de las tendencias mostradas por los datos, calculándose la magnitud del cambio terapéutico mediante el índice de no solapamiento de los datos, o NAP (Parker y Vannest, 2009), el cual indica la proporción de datos que muestran una mejoría en la fase de intervención a partir de su comparación con la línea base. Para las medidas pre-postest, se utilizó el Índice de Cambio Fiable (ICFJT) de Jacobson y Truax (1991), que estima la significancia clínica en la que un participante mejora su puntuación en la evaluación postest cuando se desconoce la norma en una población funcional. Dicho índice establece que a partir de un puntaje mayor a 1.96, que representa un cambio en dos desviaciones estándar, hay un cambio confiable en las mediciones, mientras que un puntaje mayor a 1 y menor a 1.96 constituye un cambio mínimo, pues representa un movimiento en solamente una desviación estándar. De igual modo, se aplicó la prueba de Wilcoxon para identificar las diferencias antes y después del tratamiento, prueba que es especialmente apropiada cuando el sujeto funciona como su propio control, y que complementa la observación clínica sobre la dirección y dimensión del cambio (Siegel y Castellan, 1995).

Para las puntuaciones dadas en el Cuestionario de Satisfacción, se empleó un jueceo de no expertos según las recomendaciones de Gitlin y Czaja (2016) y de Sekhon *et al.* (2017), quienes recomiendan evaluar el grado en que las personas que ejecutan o reciben una intervención juzgan

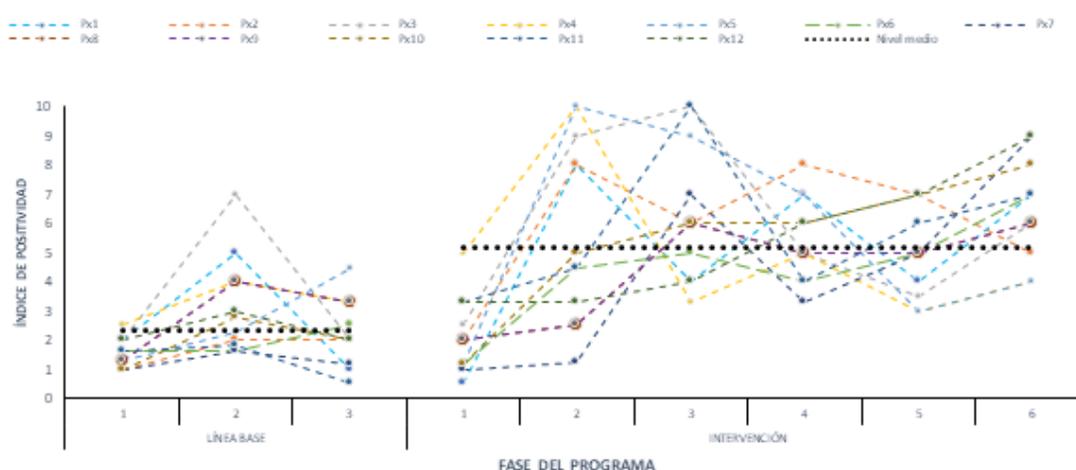
como apropiada o relevante su participación. Se utilizó también el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC), de Hernández-Nieto (2011), para evaluar el nivel de acuerdo de los participantes en cuanto a su satisfacción con la intervención. Respecto a la usabilidad de la videoconferencia, se usó el mismo criterio que Acosta *et al.* (2021) de formular tres categorías de percepción de usabilidad: baja, media y alta, definiéndose a partir de ± 1 desviaciones estándar a partir de la media de la distribución en cada una de las dimensiones del

instrumento. Con estos criterios, se identificó el número de participantes en cada categoría y por cada dimensión.

RESULTADOS

La Figura 1 representa los puntajes obtenidos por los participantes en el Índice de Positividad en las fases de línea base y tratamiento.

Figura 1. Índice de Positividad.



Nota: Índice de positividad medido con la Autopueba de positividad de Fredrickson (2009), Px = Participante. La línea punteada marcada como nivel medio representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes.

Como puede observarse, los participantes 2, 11 y 12 fueron los que mostraron la mayor mejoría en sus puntuaciones del Índice de Positividad respecto a las mediciones de la línea base ($NAP \geq 0.90$). Los datos muestran un nivel medio distinto entre ambas fases, y se observa que en estos tres participantes el incremento durante la fase de intervención fue constante respecto a lo observado en la fase sin tratamiento. En estos participantes es muy evidente el cambio de nivel entre ambas fases; el participante 2 cambió de $\bar{X} = 1.66$ a $\bar{X} = 6.0$ entre las fases de línea base y tratamiento, respectivamente; en el participante 11, de $\bar{X} = 1.32$ a $\bar{X} = 5.80$, y en el participante 12, de $\bar{X} = 2.33$ a $\bar{X} = 5.43$.

Los participantes 4, 7, 8 y 10 mostraron un desempeño medio o promedio en cuanto al cambio entre sus mediciones durante la fase de línea base y las efectuadas a lo largo de la intervención ($NAP \geq 0.80$ y ≤ 0.89). El nivel de las mediciones

entre ambas fases en estos participantes fue distinto. El participante 4 cambió de $\bar{X} = 2.33$ a $\bar{X} = 6.83$ entre la fase de línea base y el tratamiento, respectivamente; en el 7 cambió de $\bar{X} = 1.90$ a $\bar{X} = 4.44$; en el 8 de $\bar{X} = 1.25$ a $\bar{X} = 4.42$, y en el 10 de $\bar{X} = 1.93$ a $\bar{X} = 5.74$.

Los participantes 1, 3, 5, 6 y 9 tuvieron el menor desempeño ($NAP \leq 0.79$). El nivel de cambio entre fases fue menos evidente que en el resto de participantes. El participante 1 cambió de $\bar{X} = 2.66$ a $\bar{X} = 5.08$ entre la fase de línea base y tratamiento, respectivamente; en el 3, de $\bar{X} = 3.66$ a $\bar{X} = 6$; en el 5, de $\bar{X} = 3.26$ a $\bar{X} = 5.05$; en el 6, de $\bar{X} = 2.88$ a $\bar{X} = 5.70$, y en el 9, de $\bar{X} = 2.86$ a $\bar{X} = 4.41$.

Si se observa detenidamente la gráfica anterior, se puede notar que en la mayoría de los participantes el mayor cambio durante la fase de intervención ocurre entre la tercera y cuarta mediciones, que corresponden a las sesiones tercera y

cuarta de la intervención, lo que puede deberse a las intervenciones implementadas, aspecto que se discute con mayor detalle más abajo.

El tamaño de la magnitud de cambio (Tabla 2) tuvo una variación de entre 0.72 a 1.00, lo cual se categoriza como un cambio de medio a grande.

Tabla 2. Magnitud del cambio terapéutico.

Participantes	Índice NAP
11	1.00a
12	1.00a
2	0.94a
4	0.88b
10	0.88b
7	0.83b
8	0.80b
3	0.77b
5	0.77b
9	0.77b
1	0.72b
6	0.72b

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

El cambio clínico con el Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax (Tabla 3) mostró que, en cuanto al bienestar psicológico, los participantes 3, 7, 11 y 12 mostraron una mejoría clínica significativa, y mejoría los participantes 9 y 10, pero sin alcanzar el punto de corte de 1.96 necesario para lograr la categoría de cambio objetivo. Respecto a bienestar subjetivo, solamente el participante 3

mostró una mejoría clínica significativa; mientras que los participantes 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 mostraron mejoría sin alcanzar el punto de corte. Finalmente, en cuanto a las fortalezas de carácter, los participantes 3, 4, 7, 8, 9, 10 y 12 mostraron cambios clínicos significativos, y los participantes 5, 6 y 11 mejoraron sus puntuaciones sin alcanzar el punto de corte.

Tabla 3. Cambio clínico confiable de Jacobson y Truax por variable.

Participante	Bienestar psicológico		Bienestar subjetivo		Fortalezas de carácter	
	ICFJT	Interpretación	ICFJT	Interpretación	ICFJT	Interpretación
1	0.67	Sin cambio	1.22	Mejoría, cambio mínimo	0.00	Sin cambio
2	0.00	Sin cambio	1.22	Mejoría, cambio mínimo	0.00	Sin cambio
3	3.27	Cambio clínico confiable	2.03	Cambio clínico confiable	6.38	Cambio clínico confiable
4	0.49	Sin cambio	0.40	Sin cambio	4.06	Cambio clínico confiable
5	0.54	Sin cambio	0.81	Sin cambio	1.16	Mejoría, cambio mínimo
6	0.35	Sin cambio	1.22	Mejoría, cambio mínimo	1.16	Mejoría, cambio mínimo
7	5.49	Cambio clínico confiable	1.22	Mejoría, cambio mínimo	2.32	Cambio clínico confiable
8	0.19	Sin cambio	1.22	Mejoría, cambio mínimo	8.13	Cambio clínico confiable
9	1.20	Mejoría, cambio mínimo	1.62	Mejoría, cambio mínimo	3.48	Cambio clínico confiable
10	1.70	Mejoría, cambio mínimo	1.22	Mejoría, cambio mínimo	6.38	Cambio clínico confiable
11	3.07	Cambio clínico confiable	1.22	Mejoría, cambio mínimo	1.74	Mejoría, cambio mínimo
12	3.27	Cambio clínico confiable	0.81	Sin cambio	4.64	Cambio clínico confiable

En lo concerniente a la prueba de Wilcoxon, en todas las variables examinadas se obtuvieron diferencias significativas entre las mediciones realizadas antes y después de la implementación del programa de intervención: bienestar psicológico ($Z = -3.08$, $p < 0.002$), bienestar subjetivo ($Z = -2.93$, $p < 0.003$) y fortalezas de carácter ($Z = -2.809$, $p < 0.005$).

Satisfacción con el tratamiento

En la Tabla 4 se muestran los resultados del jueceo de no expertos. Como puede observarse, en general los participantes mostraron un acuerdo general excelente, expresando sentirse sumamente satisfechos en los distintos rubros examinados.

Tabla 4. Jueceo de no expertos. Satisfacción con el tratamiento.

Aspecto evaluado	CVC
Agrado	.94 ^a
Utilidad	.94 ^a
Pertinencia	.95 ^a
Facilidad	.90 ^a
Relevancia	.97 ^a
Satisfacción general	.99 ^a
Satisfacción con las tareas	.95 ^a
Satisfacción con los materiales	.99 ^a
Total	.95 ^a

Nota: CVC = Coeficiente de validez de contenido.

^a Validez y concordancia excelentes.

En cuanto a la percepción de usabilidad de la videoconferencia, la Tabla 5 muestra el número de participantes categorizados por nivel de usabilidad. Como se puede apreciar, la mayoría de los participantes calificaron los tres aspectos evaluados en una categorización de usabilidad media y alta. El aspecto en el que hubo una satisfacción mayor fue la calidad de la interfaz, puesto que once participantes obtuvieron una calificación entre media y alta, lo que indica que se sintieron satisfechos con los aspectos de transmisión de audio, imagen

y video a través de las aplicaciones tecnológicas utilizadas. En cuanto a la calidad de la información, nueve participantes señalaron que la videoconferencia les permitió recibir de una manera adecuada la información brindada y que se sentían satisfechos con esta modalidad de participación. La misma cantidad de personas calificaron entre media y alta la utilidad del sistema, esto es, el manejo de la videoconferencia y la facilidad para conectarse para la intervención.

Tabla 5. Categorización de participantes con respecto a la clasificación de la usabilidad.

Clasificación	Usabilidad	Usabilidad	Usabilidad
	baja	media	alta
Utilidad del sistema	3	4	5
Calidad de la información	3	0	9
Calidad de la interfaz	1	4	7

Adicionalmente, se proporcionó a los participantes un espacio para comentar libremente la intervención, donde señalaron que estaban sumamente satisfechos con las actividades. Sin embargo, tres participantes comentaron que les hubiera agradado más que el programa se desarrollara presen-

cialmente, puesto que en algunas sesiones se sintieron cansados del tiempo transcurrido frente a la pantalla. Otros participantes señalaron que el tiempo que se les había otorgado para plantear sus dudas y comentar sus historias personales había sido muy importante para sentirse satisfechos; sin

embargo, deseaban que la intervención incluyera más sesiones y temas.

DISCUSIÓN

En el presente artículo se documenta la puesta en práctica de un programa de IPP mediado por tecnología en adultos mayores, y se examina la viabilidad de esta modalidad en México. Los resultados respecto a las diferencias estadísticas y el efecto clínico en las variables exponen los efectos benéficos de lo anterior, que demuestran que los componentes de la intervención generan mejoras en el bienestar en la mayoría de los participantes. Los efectos obtenidos en la magnitud del cambio terapéutico emulan los resultados de un metanálisis reciente conducido por Carr *et al.* (2020), en el cual el tamaño del efecto de la administración de IPP en distintas poblaciones también fue de mediano a grande en cuanto al bienestar y las fortalezas.

La combinación de distintos procedimientos clínicos hizo posible que los participantes se relacionaran con los contenidos de las IPP y las utilizaran en sus actividades cotidianas. El diseño empleado permitió identificar el momento en el cual las intervenciones comienzan a ejercer su efecto; de hecho, en la mayoría de los participantes el mayor cambio ocurrió entre la tercera y la cuarta semana de tratamiento, lo que puede explicarse con base en dos evidencias previas. En este programa se solicitó a los participantes desde la primera sesión que iniciaran el llamado *Diario de gratitud*, mientras que simultáneamente se llevaban a cabo las actividades relacionadas con la identificación de sus fortalezas distintivas; al concluir la tercera sesión, se les requirió centrarse en realizar las actividades relacionadas con aquellas.

Gander *et al.* (2013) encontraron que el empleo del diario no produce beneficios adicionales a los observados después de una semana, a diferencia de las combinaciones de IPP centradas en distintas fortalezas, lo que genera efectos mayores inmediatos y de mayor duración en el largo plazo. Aunado a lo anterior, la combinación utilizada en este estudio hace posible la administración de IPP personalizadas. De acuerdo con Ruch *et al.* (2020), la individualización de las fortalezas distintivas del participante puede tener como

resultado más beneficios que las actividades genéricas, como el propio diario. Peterson y Seligman (2004) consideran que las intervenciones en las fortalezas distintivas son más energizantes y auténticas en virtud de que estas fortalezas representan características con las que el individuo está más familiarizado, requieren un menor esfuerzo y, por lo tanto, implican una menor resistencia a realizar las actividades relacionadas con ellas. La combinación planteada en este programa permite la sistematización de tales propuestas y tiene el beneficio adicional de que la IPP centrada en las fortalezas distintivas es la que tiene más apoyo empírico en la mejora del bienestar (Schutte y Malouf, 2018).

El análisis del cambio clínico hace posible observar que todos los participantes lograron cambios, aun mínimos, en alguna de las variables examinadas. La mayor cantidad de cambios objetivos se apreció en la evaluación de las fortalezas de carácter, lo que era de esperarse porque el contenido de la intervención hacía referencia a este medio para fomentar el bienestar. Si bien es cierto que no todos los participantes obtuvieron el mismo beneficio, se ilustra la dinámica compleja del bienestar y la necesidad de fomentar otras de sus dimensiones.

Schueller y Parks (2014) apuntan que las fortalezas de carácter constituyen la base para las dimensiones contenidas en el modelo PERMA y favorecen un funcionamiento psicológico que tiende a incrementarlo. Asimismo, Proyer *et al.* (2013) afirman que la práctica de las fortalezas de carácter puede conducir a experimentar un mejor y más óptimo balance afectivo, tal como se observó en el cambio en el índice de positividad de los participantes al experimentar más emociones positivas, otorgar significado, experimentar una sensación de logro en las actividades cotidianas y fomentar mejores relaciones interpersonales. De ahí que algunos participantes de ésta y de futuras investigaciones podrían acrecentar más su bienestar si, además de ciertas IPP centradas en las fortalezas, se incluyeran otras orientadas a dimensiones distintas del bienestar, pertinentes para aquéllos.

El desarrollo, integración y evaluación de sus efectos en los adultos mayores mediante la mediación de la tecnología constituye una interrogante a responder en futuros estudios.

La intervención fue así una alternativa de tratamiento viable y muy aceptable debido al nivel de satisfacción expresado en los dos instrumentos que lo examinaron. Como en otras intervenciones, la aceptación pudo incluir distintos aspectos de la implementación, como su facilidad de acceso, la cual se logró gracias al entrenamiento tecnológico previo, la flexibilidad en el tipo de plataforma de videoconferencia usada, el apoyo cercano del coterapeuta y el suministrado por un manual de intervención, todo ello aunado a otros aspectos descritos en general para las intervenciones mediadas por la tecnología, como eliminar el tiempo de traslado y disminuir el esfuerzo para acceder al servicio de salud (Schuster *et al.*, 2020).

La instrumentación de este programa responde también a anteriores evidencias que sugieren acotar las intervenciones a los medios digitales para evitar el cansancio y la falta de adherencia

de los adultos mayores a este tipo de implementaciones mediadas por la tecnología (Callari *et al.*, 2012).

Los programas como éste responden a las características de la población de adultos mayores en virtud de que pueden ponerse en práctica en aquellos casos en que la movilidad es reducida o cuando el traslado implica el riesgo de empeorar la condición de salud (Mewton *et al.*, 2013). De igual manera, puede constituir un medio que podría hacerse versátil si su implementación se efectúa mediante la identificación de las necesidades particulares de cada participante, identificando así a los adultos mayores que requieren un seguimiento más cercano o presencial, que no necesitan tanto supervisión y apoyo, pero sí una mezcla de formatos presenciales y a distancia, o que pueden adherirse a programas únicamente a distancia sin menoscabo del beneficio potencial (Silva *et al.*, 2022).

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se llevó a cabo gracias a la Beca Nacional para Estudios de Posgrado del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), con número de CVU 1086223.

Citación: Torres y Torres, N.A., González-Celis-Rangel, A.L.M., Hernández-Pozo, M.R. y Acosta-Quiroz, C.O. (2025). Efectos de una intervención basada en psicología positiva en adultos mayores mediada por tecnología. *Psicología y Salud*, 35(2), 273-286. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2989>

REFERENCIAS

- Acosta C., O., Palacio R., R., Borrego, G., García, R. y Rodríguez M., J. (2021). Design guidelines and usability for cognitive stimulation through technology in Mexican older adults. *Informatics for Health and Social Care*, 1-17. Doi: 10.1080/17538157.2021.1941973.
- Barbot, B. y Perchee, C. (2015). New directions for the study of within-individual variability in development: the power of “N = 1”. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2015(147), 57-67. Doi: 10.1002/cad.20085
- Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Luo, X., Prout, T.A. y Hoffman, L. (2021). Psychotherapists’ challenges with online therapy during covid-19: concerns about connectedness predict therapists’ negative view of online therapy and its perceived efficacy over time. *Frontiers in Psychology*, 12, 705699. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.705699
- Boyle, P.A., Buchman, A.S., Barnes, L.L. y Bennett, D.A. (2010). Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 304-310. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.208.
- Buttler, J. y Kern, M.L. (2016). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1-48. Doi: 10.5502/ijw.v6i3.526
- Callari, T.C., Ciairano, S. y Rea, A. (2012). Elderly-technology interaction: accessibility and acceptability of technological devices promoting motor and cognitive training. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 41, 362-369. Doi: 10.3233/WOR-2012-0183-362 IOS Press

- Cantarella, A., Borella, E., Marigo, C. y De Beni, R. (2017). Benefits of well-being training in healthy older adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(3), 261-284. Doi: 10.1111/aphw.12091
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E. y O'Dowd, A. (2020). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 1-21. Doi: 10.1080/17439760.2020.1818807
- Chaves, C., Ballesteros V., R., Madrilejos, E. y Charles L., H. (en prensa). *PERMA-Profiler para la evaluación del bienestar: Adaptación y validación en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos*.
- Consentino A., C. y Castro S., A. (s/f). *Inventario de virtudes y fortalezas*. Manuscrito inédito.
- Cortina G., L.G. y Berenzon Gom, S. (2013). Traducción al español y propiedades psicométricas del instrumento Positivity Self Test. *Psicología Iberoamericana*, 21(1), 53-64. Doi: 10.48102/pi.v21i1.166
- Denborough, D. (2014). *Retelling the stories of our lives: Everyday narrative therapy to draw inspiration and transform experience*. Norton.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985) The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Emmons, R.A. y McCullough, M.E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. Doi: 10.1037/0022-3514.84.2.377
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity* (1st. ed.). Crown Publishers.
- Friedman, E.M., Ruini, C., Foy, R., Jaros, L., Sampson, H. y Ryff, C.D. (2017). Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 21(2), 199-205. Doi: 10.1080/13607863.2015.1093605
- Gander, F., Proyer, R.T., Ruch, W. y Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1241-1259. Doi: 10.1007/s10902-012-9380-0
- Gitlin, L.N. y Czaja, S.J. (2016). *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing*. Springer Publishing Co.
- Heckhausen, J., Wrosch, C. y Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117(1), 32-60. Doi: 10.1037/a0017668
- Hernández N., R. (2011). *Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas*. Createspace Independent Publishing Platform.
- Hill, P.L. y Turiano, N.A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychological Science*, 25(7), 1482-1486. Doi: 10.1177/0956797614531799.
- Ho, H.C.Y., Yeung, D.Y. y Kwok, S.Y.C.L. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187-197. Doi:10.1080/17439760.2014.888577
- Huxhold, O., Miche, M. y Schüz, B. (2013). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(3), 366-375. Doi: 10.1093/geronb/gbt029
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jiménez M., G., Izal, M. y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Summa Psicológica*, 23(1), 51-59. Doi: 10.1016/j.sumpsi.2016.03.001
- Kazdin, A.E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1), 56-85. Doi: 10.1002/jeab.638
- Killen, A. y Macaskill, A. (2015). Using a gratitude intervention to enhance wellbeing in older adults. *Journal of Happiness Studies*, 16, 947-964. Doi: 10.1007/s10902-014-9542-3
- Kim, E.S., Sun, J.K., Park, N. y Peterson, C. (2013). Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: The health and retirement study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(5), 427-432.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Glas, C.A.W. y Bohlmeijer, E.T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553-560. Doi: 10.1080/17439760.2015.1015156
- Linley, P.A., Nielsen, K.M., Gillett, R. y Biswas-Diener, R. (2010). Using signature strengths in pursuit of goals: Effects on goal progress, need satisfaction, and well-being, and implications for coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 5(1), 6-15. Doi: 10.53841/bspcpr.2010.5.1.6

- Meléndez M., J.C., Fortuna T., F.B., Sales G., A. y Mayordomo R., T. (2015). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 240-247. Doi: 10.1080/17439760.2014.936968
- Mewton, L., Sachdev, P.S. y Andrews, G. (2013). A naturalistic study of the acceptability and effectiveness of internet-delivered cognitive behavioural therapy for psychiatric disorders in older Australians. *PLOS ONE*, 8(8), e71825. Doi: 10.1371/journal.pone.0071825
- Millier, P., Lioussis, P., Shochet, I.M., Biggs, H. y Donald, M. (2008). Being on PAR: Outcomes of a pilot trial to improve mental health and wellbeing in the workplace with the Promoting Adult Resilience (PAR) program. *Behaviour Change*, 25(4), 215-228. Doi: 10.1375/behc.25.4.215
- Ngamaba, K.H., Panagioti, M. y Armitage, C.J. (2017). How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health*, 27(5), 879-885. Doi: 10.1093/eurpub/ckx081
- Niemiec, R.M. (2018). *Character strengths interventions: A field-guide for practitioners*. Hogrefe.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos* (48ª ed.). OMS.
- Padrós B., F., Gutiérrez H., C.Y. y Medina C., M.A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232. Doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04
- Parker, R.I. y Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. Doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006
- Parks, A.C. y Schueller, S. (2014). *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions*. Wiley.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. Oxford Press.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. Oxford University Press.
- Proyer, R.T., Gander, F., Wellenzohn, S. y Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: Long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005. Doi: 10.1080/13607863.2014.899978
- Proyer, R.T., Ruch, W. y Buschor, C. (2013). Testing strengths-based interventions: A preliminary study on the effectiveness of a program targeting curiosity, gratitude, hope, humor, and zest for enhancing life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 275-292. Doi: 10.1007/s10902-012-9331-9
- Ramírez, E., Ortega, A.R., Chamorro, A. y Colmenero, J.M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health*, 18(4), 463-470. Doi: 10.1080/13607863.2013.856858
- Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers. *Australian Psychologist*, 37(2), 79-85. Doi: 10.1080/00050060210001706716
- Rashid, T. y Seligman, M. (2018). *Positive psychotherapy: Clinician manual*. Oxford University Press.
- Ruch, W., Niemiec, R., McGrath, R.E., Gander, F. y Proyer, R.T. (2020). Character strengths-based interventions: Open questions and ideas for future research. *The Journal of Positive Psychology*, 1-5. Doi: 10.1080/17439760.2020.1789700
- Ruvalcaba R., N., Gallegos G., J. y Morales S., A. (2016) Las fortalezas de los mexicanos, un análisis desde la autopercepción. *Revista Iberoamericana de Psicología, Ciencia y Tecnología*, 9(1), 73-84.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Sanz, J. y García V., M.P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. Doi: 10.1016/j.clysa.2015.09.004
- Schneider, L.H., Hadjistavropoulos, H.D., Dear, B.F. y Titov, N. (2020). Efficacy of internet-delivered cognitive behavioural therapy following an acute coronary event: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 21, 100324. Doi: 10.1016/j.invent.2020.100324
- Schueller, S.M. y Parks, A.C. (2014). Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European Psychologist*, 19(2), 145-155. Doi: 10.1027/1016-9040/a000181
- Schuster, R., Topococo, N., Keller, A., Radvugin, E. y Laireiter A.-R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions*, 21. Doi: 10.1016/j.invent.2020.100326
- Schutte, N.S. y Malouff, J.M. (2019). The impact of signature character strengths interventions: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-being*, 20(4), 1179-1196. Doi: 10.1007/s10902-018-9990-2
- Sekhon, M., Cartwright, M. y Francis, J.J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. Doi: 10.1186/s12913-017-2031-8
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon & Schuster.

- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. Doi: 10.1037/0003-066x.60.5.410
- Shapira, N., Barak, A. y Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11(5), 477-484. Doi: 10.1080/13607860601086546
- Siegel, S. y Castellan, N.J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta* (4ª ed.). Trillas.
- Silva R., C., Robles G., R., Martínez R., M.A. y Sánchez-Sosa., J.J. (2022). Tratamiento de depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca. Efectos de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica. *Psicología y Salud*, 32(2), 375-388. Doi: 10.25009/pys.v32i2.2757
- Sin, N. y 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
- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31(1), 115-125.
- Tarragona, M. (2014). Positive identities: positive psychology and narrative practices. En M. Tarragona (Ed.): *The Positive Psychology Workbook Series*. PremiumBookz.
- Tate, R.L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D.H., Horner, R., Kazdin, A., Kratochwill, T., McDonald, S., Sampson, M., Shamseer, L., Togher, L., Albin, R., Backman, C., Douglas, J., Evans, J.J., Gast, D., Manolov, R., Mitchell, G., ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline in behavioural interventions (SCRIBE). 2016 Statement. *Physical Therapy*, 96(7), e1-e10. Doi: 10.2522/ptj.2016.96.7.e1
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. w w Norton & Co.
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. WHO.