

ARTÍCULO/ARTICLE

Evaluación de un programa de psicología positiva para la promoción del bienestar y la salud emocional en personas mayores del ámbito rural

Evaluation of a Positive Psychology Program for the Promotion of Well-Being and Emotional Health in Rural Elderly People

Susana Pérez Herrero

Asociación Colectivo para el Desarrollo Rural de Tierra de Campos, España
superezhe@gmail.com

Jesús González-Moreno

Universidad Internacional de Valencia, España
jesus.gonzalezm@professor.universidadviu.com

Francisco Rivera Rufete

Centro de Psicología y Neuropsicología La Garena, España
francisco_rivera_rufete@hotmail.com

María Cantero García

Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA), España
maria.cantero@professor.universidadviu.com

Recibido/Received: 15/5/2023

Aceptado/Accepted: 4/1/2024



RESUMEN

El envejecimiento de la población es uno de los principales retos de la sociedad actual. En particular, las personas mayores que viven en zonas rurales pueden encontrarse con barreras adicionales para acceder a recursos y servicios de salud mental, lo cual aumenta el riesgo de aislamiento social, depresión y otros problemas de salud emocional. El objetivo del estudio es evaluar una intervención, desde la perspectiva de la psicología positiva, para la mejora del bienestar y la salud emocional en personas mayores. Se llevó a cabo una investigación cuasi experimental con medidas preintervención y posintervención. La muestra está formada por 24 personas de 65 a 85 años. El programa consta de un total de seis sesiones de 90 minutos de duración y se realizó de manera presencial. Los resultados señalan que el grupo experimental incrementó significativamente sus puntuaciones con respecto al inicio, y en relación al grupo de control. Se podría sugerir que el programa de intervención basado en psicología positiva promueve un incremento del bienestar emocional, lo cual favorece un envejecimiento saludable.

PALABRAS CLAVE: bienestar emocional; envejecimiento saludable; personas mayores; psicología positiva; salud percibida.

CÓMO CITAR: Pérez Herrero, S. *et al.* (2024). Evaluación de un programa de psicología positiva para la promoción del bienestar y la salud emocional en personas mayores del ámbito rural. *Revista Centra de Ciencias Sociales*, 3(1), 77-97. <https://doi.org/10.54790/rccs.65>.

English version can be read on <https://doi.org/10.54790/rccs.65>

ABSTRACT

Population aging is one of the challenges of modern societies. In particular, older people living in rural areas may face additional barriers to access mental health resources and services, which increases the risk of social isolation, depression, and other emotional health problems. The aim of the study is to evaluate an intervention for the improvement of well-being and emotional health in older people. A quasi-experimental investigation was conducted with pre-intervention and post-intervention measures. The sample consists of 24 people aged 65 to 85 years. The program consisted of a total of six sessions. The efficacy of the intervention program was evaluated. The results indicate that the experimental group significantly increased their scores with respect to baseline, and in relation to the control group. It could be suggested that the intervention program based on positive psychology promotes an increase in emotional well-being, which favors healthy aging.

KEYWORDS: emotional well-being; healthy aging; elderly people; positive psychology; perceived health.

1. Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los principales retos de la sociedad actual. Y es que, según el informe de Pérez Díaz *et al.* (2022), en 2021, hay casi un 20% de personas mayores en España, residiendo la mayoría de ellas en municipios urbanos. Sin embargo, la proporción de personas mayores respecto al total es muy superior en el mundo rural. De hecho, el 28,3% de las personas que residen en municipios rurales (de 2.000 o menos habitantes) son personas mayores. Castilla y León es una de las regiones con mayor proporción de personas mayores en España. Así, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022), esta comunidad ocupa la tercera posición en cuanto a comunidades envejecidas en el país, con una edad media de 48,14 años. Distintos estudios (Dean *et al.*, 2008; Grunert *et al.*, 2007; Schnettler *et al.*, 2014) muestran que las características socioeconómicas, demográficas y los estilos de vida afectan a la calidad de vida de los mayores y que, por tanto, puede haber diferencias en la calidad de vida de estos mayores en función de si su lugar de residencia es rural o urbano. En los entornos rurales existen dificultades para acceder a recursos básicos como servicios de salud, alimentación, transporte y compañía, lo cual repercute negativamente en su salud física, psicológica y social de la población en general y de las personas mayores en particular (Galea *et al.*, 2018). Este hecho podría afectar tanto a la calidad de vida como a la adquisición y ejecución de distintas conductas de salud para mejorarla, si bien la influencia del entorno urbano y rural aún no se comprende bien en la comunidad científica (Mohd *et al.*, 2010). Siguiendo con el estudio de las conductas de salud, algunas investigaciones sugieren que hay diversas variables que pueden influir en esta conducta desde una perspectiva psicológica, como el contexto social, la percepción de los síntomas, las creencias sobre la salud y los estados emocionales (Amigo, 2020; Pinto *et al.*, 2021). Respecto a los estados emocionales, los autores señalan que pueden tener un impacto significativo en la conducta de salud, y sostienen que un estado de bienestar general induce a implicarse en un mayor número de comportamientos saludables.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, esta investigación tiene su base en la psicología positiva de la salud, incluyendo el estudio de elementos positivos y la consideración de que las personas tienen cierto grado de responsabilidad en la preservación de su salud (Amigo, 2020; Danis *et al.*, 2019). Por ello, se considera que las personas pueden desarrollar y adoptar hábitos de vida saludables relacionados con su bienestar emocional a través de factores psicológicos y sociales. En este aspecto, el desarrollo de la psicología positiva ha jugado un papel primordial, favoreciendo la incorporación de elementos positivos como las fortalezas o las emociones positivas, que antes pasaban desapercibidos en los estudios de la psicología clínica de la salud (Vázquez *et al.*, 2006). La psicología positiva es un área de estudio que se enfoca en los aspectos positivos de la personalidad, el bienestar (Seligman, 2011) y la experiencia óptima (Csikszentmihalyi, 1997). Los pilares de esta área incluyen la emoción positiva, el compromiso, las relaciones interpersonales, el sentido y los logros. La teoría PERMA, propuesta por Seligman (2002; 2011), mantiene el eje transversal de las virtudes y fortalezas del carácter y considera el bienestar como un constructo multidimensional y relacional. Dentro del marco de la psicología positiva contemporánea se encuentra el concepto de capital psíquico, que se refiere a los recursos cognitivos, afectivos y psicosociales (Casullo, 2006). Los autores consideran relevante tener en cuenta este constructo y, dentro de él, las capacidades emocionales como la autoestima y la resiliencia, así como las habilidades para establecer vínculos afectivos con otras personas, como la inteligencia emocional y la empatía, y otras relacionadas con los valores personales, como la gratitud (*ibid.*). Según Lombardo (2013), los primeros resultados destacan la importancia de estudiar el capital psíquico en la vejez, tanto para profundizar en su comprensión como para diseñar intervenciones que incluyan los aspectos positivos asociados al mismo.

En este contexto y relacionando la psicología positiva con el abordaje de la salud en personas mayores, se plantea la «paradoja del bienestar en la vejez». Esta paradoja se basa en que, a pesar de que el envejecimiento conlleva distintas pérdidas a nivel afectivo, físico y cognitivo, entre otros, los niveles de bienestar y satisfacción con la vida se mantienen similares o incluso superiores a los de personas más jóvenes (Carstensen, 1993). Ortiz y Castro (2009) sugieren que las personas mayores logran adaptarse a los cambios y déficits propios del envejecimiento, y no solo eso, sino que también aprenden a revisar sus prioridades y establecer nuevos objetivos, lo que potencia sus competencias personales. En otro estudio, Scheibe y Carstensen (2010, citados en Lombardo, 2013) afirman que los adultos mayores pueden mantener altos niveles de bienestar emocional a pesar del declive biológico, las pérdidas psicológicas y sociales, y los prejuicios sociales que los estigmatizan. Por su parte, el estudio de Ruch *et al.* (2010) concluye que la psicología positiva puede potenciar el envejecimiento saludable al favorecer la adaptación a los cambios que ocurren en este ciclo vital y también por favorecer las experiencias, rasgos y vínculos positivos (felicidad, placer, bienestar con el pasado y esperanza con el futuro, fortalezas...). Por lo tanto, a la vista de las conclusiones de estudios previos, parece evidente señalar que las personas mayores podrían beneficiarse de un programa de promoción de la salud y bienestar emocional, ya que esta etapa de la vida presenta aspectos positivos, como tener más tiempo para dedicar al ocio, lo cual brinda mayores oportunidades de rea-

lización personal (Lombardo, 2013). Cassullo *et al.* (2019) señalan que la psicología puede contribuir identificando y respondiendo a cuestiones sociales y ambientales que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores. Asimismo, destacan la importancia de desarrollar un programa de psicología positiva, ya que este podría promover emociones positivas y estrategias de afrontamiento frente a las adversidades cotidianas.

Así pues, y teniendo en cuenta la conclusión de las mencionadas investigaciones sobre este beneficio, los investigadores se proponen implementar acciones que promuevan la salud y bienestar emocional de las personas mayores, centrándose en los aspectos positivos de la salud y valorando lo que cada individuo posee (Wikler, 2019). Y es que no hay que olvidar que dos de las principales líneas de trabajo de la psicología de la salud, según Matarazzo (1980), son la promoción y el mantenimiento de la salud y la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Tal y como señalan Jiménez *et al.* (2016), los programas dirigidos a personas mayores desde la perspectiva de la psicología positiva incluyen técnicas que permiten favorecer el bienestar emocional. En el estudio de Avia *et al.* (2012) se trabajó con la memoria autobiográfica, lo que provocó mejoras en la autoestima y la satisfacción con la vida. Por su parte, Killen *et al.* (2015) sostienen que con el trabajo para el fomento de la gratitud se producía un aumento del bienestar, así como de la resiliencia y la disminución significativa del estrés. En otros estudios en los que se realizaban intervenciones para el fomento de la gratitud se produjo un aumento de la resiliencia, lo que condujo a un aumento del afecto positivo y de los niveles de felicidad y una reducción tanto de los afectos negativos como de depresión después de la intervención (Salces-Cubero, 2018). Otras propuestas que incorporan distintos elementos, como la práctica de fortalezas, el perdón y la gratitud, lograron como resultado un decremento significativo en estados de ansiedad y depresión y el incremento en los niveles de memoria específica, satisfacción con la vida y felicidad percibida (Killen *et al.*, 2015; Ramírez *et al.*, 2014).

Sin embargo, a pesar de los beneficios evidenciados y de su interés científico, son escasas las intervenciones basadas en la psicología positiva dirigidas a personas mayores; autores como Ranzijn (2002) señalan la necesidad de estudiar su aplicación en este colectivo porque la vejez ha estado asociada a estereotipos de pérdidas y declive, sin prestar atención a las ganancias y áreas de crecimiento; además, señala que la psicología positiva puede mejorar la salud mental y física, y también puede conllevar una reducción de la dependencia y los costes de los cuidados asociados a la vejez; por último, debido al incremento de la longevidad en la población, se prevé un aumento en la demanda de atención psicológica de este colectivo, por lo que es importante anticipar el potencial y las limitaciones del desarrollo y aplicación de intervenciones basadas en la psicología positiva con personas mayores.

En resumen, la psicología positiva parece ser una base ideal para un programa de promoción de la salud dirigido a personas mayores, ya que busca ayudarles a comprender mejor su salud y bienestar desde una perspectiva optimista, enfatizando sus capacidades en lugar de sus limitaciones. En este sentido, el concepto de bienestar subjetivo, es decir, cómo las personas experimentan sus emociones, resulta relevante. Vázquez y Hervás (2009) relacionan el bienestar subjetivo con la importancia de las emocio-

nes a lo largo de la vida de cada individuo. Este bienestar subjetivo será uno de los aspectos a considerar al evaluar la efectividad de un programa de intervención diseñado específicamente para personas mayores del ámbito rural, con el objetivo de promover su bienestar y salud emocional. Los resultados obtenidos podrían tener implicaciones significativas para el diseño de políticas y programas de salud mental dirigidos a personas mayores en zonas rurales. Desde esta perspectiva, se busca que el programa no se centre en las deficiencias y, en su lugar, se enfoque en reflexionar sobre los aspectos positivos de la salud de cada individuo, fomentando así aquello que poseen.

2. Método

2.1. Diseño

Se realizó un estudio de investigación cuantitativa utilizando un diseño cuasi experimental con medidas pretest-postest no aleatorizado y transversales. Se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia para seleccionar los grupos independientes.

2.2. Participantes

La muestra estuvo formada por 24 personas mayores, 20 mujeres y 4 hombres, con un rango de edad de 65 a 85 años ($M = 73,91$; $SD = 6,80$). Del total ($N = 24$), las participantes residentes en el municipio de Tiedra (Valladolid) ($n = 14$) fueron asignadas al grupo experimental, mientras que las participantes residentes en el municipio de Villamuriel de Cerrato (Palencia) ($n = 10$) fueron asignadas al grupo de control. Todas las personas participantes de ambos grupos completaron todas las evaluaciones.

2.3. Procedimiento

Se propuso la realización de un taller de seis sesiones, «Vivo mis emociones con salud» (véase el apéndice A), de forma gratuita a los ayuntamientos, como parte del programa de envejecimiento activo del IPRF autonómico, con financiación de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Ambos ayuntamientos respondieron de manera positiva, lo que permitió la organización del taller, incluyendo la planificación de fechas, horarios y ubicación. Además, se crearon carteles e infografías para difundir la actividad entre la población mayor de 65 años de ambos municipios.

Se establecieron dos requisitos en los criterios de inclusión, ya que la actividad estaba financiada dentro del programa de envejecimiento activo. Se solicitó que el grupo tuviera al menos 10 personas y que los participantes fueran mayores de 65 años, siguiendo la definición de Fernández-Ballesteros *et al.* (2004), que considera a las personas mayores a partir de esa edad en el contexto europeo. Otro criterio de inclusión fue que todos los participantes asistieran a las seis sesiones del programa de

intervención y completaran los documentos requeridos, como el consentimiento informado, el cuestionario de evaluación antes y después de la intervención, y los cuestionarios entre sesiones. En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron a las personas mayores con enfermedades graves y/o demencia. Aquellas personas que no cumplieran los 65 años fueron derivadas a otros programas adecuados para su perfil.

2.4. Instrumentos

Se ha optado por dos cuestionarios *ad hoc*, con un número reducido de ítems (13 y 9) y una escala tipo Likert con un rango de respuesta de 1 (Nada) a 4 (Mucho), para facilitar la participación, y con el objetivo de resultar más sencillo a las personas participantes, dadas las características sociodemográficas de la muestra.

Para la evaluación, se ha pasado un cuestionario *ad hoc*, en el cual se recopila información sociodemográfica (edad, sexo, municipio y con quién convive la persona), y está compuesto por 11 ítems tipo Likert que evalúa el grado de salud y bienestar emocional de la persona al inicio del taller. Posteriormente, dicho cuestionario se volverá a realizar una vez finalizada la actividad, con el objetivo de evaluar los cambios con respecto a las respuestas del cuestionario utilizado al inicio (*Cuestionario ad hoc de evaluación al final de cada sesión*). Además, a la finalización de cada sesión, se está entregando un cuestionario de evaluación compuesto por 9 ítems tipo Likert, que evalúa el grado de satisfacción con las actividades realizadas en cada sesión. El objetivo es evaluar qué actividades tienen mejor acogida y resultan de mayor utilidad para la salud y bienestar emocional en esta población.

2.5. Análisis de datos

Se realizaron análisis para comprobar los principios de normalidad y homocedasticidad. Se calcularon medidas descriptivas para la muestra general y los grupos de intervención (experimental y control) con el fin de verificar la equivalencia preintervención en variables sociodemográficas. Se utilizó la prueba *T* de muestras relacionadas para comparar el pretest y el posttest del grupo experimental y de control, con el fin de evaluar las mejoras y diferencias significativas. Se empleó el análisis de varianza factorial (ANOVA) de diseño mixto y el coeficiente *d* de Cohen para evaluar el tamaño del efecto. Se realizó un análisis descriptivo de la percepción de calidad y satisfacción con cada sesión del programa mediante el «Cuestionario Fin de Sesión». Se utilizó el programa SPSS Statistics versión 25.

2.6. Resultados

Se comprobó que las variables cumplieran los supuestos estadísticos de normalidad y homocedasticidad. Tal y como se puede observar en la tabla 1, se aplicó el test de Shapiro-Wilk, que llevó a aceptar en las variables edad y resultados preintervención la hipótesis de normalidad ($p > 0,05$). Por otro lado, para comprobar el supuesto de homocedasticidad, primero se realizó para la variable Edad la prueba de Levene para

igualdad de varianzas (los datos $p < 0,05$ aparecen en la tabla 2 y su representación en la figura 1), asumiendo varianzas iguales con una puntuación de $p = 0,746$; y, en segundo lugar, se llevó a cabo la prueba M de Box con una puntuación de $p = 0,195$ (tabla 3) por encima de $0,05$, lo cual nos permitió asumir que son iguales y continuar con los análisis de pruebas paramétricas correspondientes.

Tabla 1

Pruebas de normalidad Shapiro-Wilk para $N < 49$

	Grupo de intervención	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Edad participante	Experimental	0,922	14	0,238
	Control	0,932	10	0,465
Resultados PRETEST	Experimental	0,956	14	0,651
	Control	0,897	10	0,201

Tabla 2

Prueba de Levene de igualdad de varianzas para comprobación del principio de homocedasticidad

		F	Sig.
Edad participante	Se asumen varianzas iguales	0,108	0,746

Figura 1

Representación del principio de homocedasticidad para la variable Edad

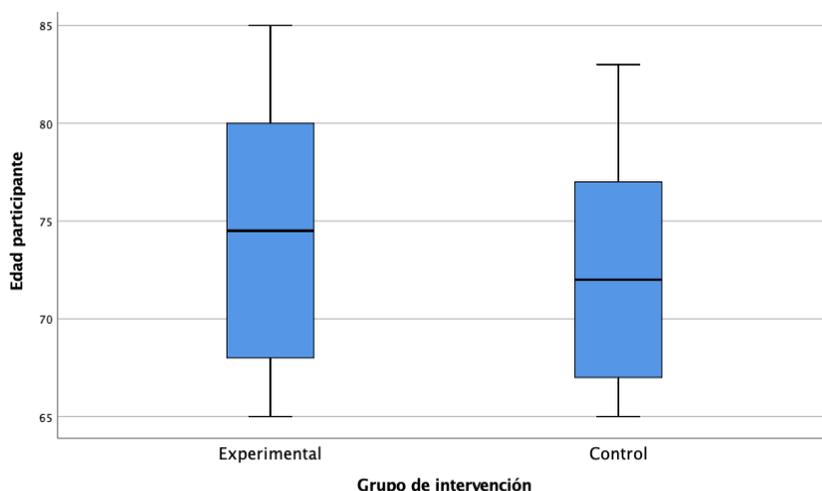


Tabla 3

Prueba M de Box de la igualdad de matrices de covarianzas

M de Box	5,243
F	1,567
gl1	3
gl2	25.755,6
Sig.	0,195

Prueba la hipótesis nula de que las matrices de covarianzas observadas de las variables dependientes son iguales entre los grupos. aDiseño: Intersección + GRUPO_INTERVENCIÓN Diseño intra-sujetos: PRE_POST

A continuación se presenta en la tabla 4 la información descriptiva acerca de la muestra y más concretamente sobre los grupos de intervención: grupo experimental y grupo de control, con los datos correspondientes a los estadísticos descriptivos, media, desviación típica y rango, de las variables cuantitativas edad y puntuaciones preintervención y posintervención, tanto para la muestra general como en los grupos experimental y de control.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos (Media, D.T. y Rango) para muestra, grupo experimental y grupo de control en las variables cuantitativas Edad, Resultados Preintervención y Posintervención

	Grupo de intervención	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Edad participante	Muestra	24	65	85	73,92	6,801
	Experimental	14	65	85	74,71	7,151
	Control	10	65	83	72,80	6,477
Resultados Pretest	Muestra	24	25	44	35,00	5,413
	Experimental	14	27	44	36,29	4,268
	Control	10	25	42	33,20	6,512
Resultados Postest	Muestra	24	31	49	40,33	5,105
	Experimental	38	49	43,00	3,464	38
	Control	10	31	43	36,60	4,766

En los gráficos de las figuras 2 y 3 están representados los gráficos de Q normal para la variable Edad de los participantes para grupo experimental y grupo de control respectivamente.

Figura 2

Gráfico de la variable *Edad* para grupo experimental

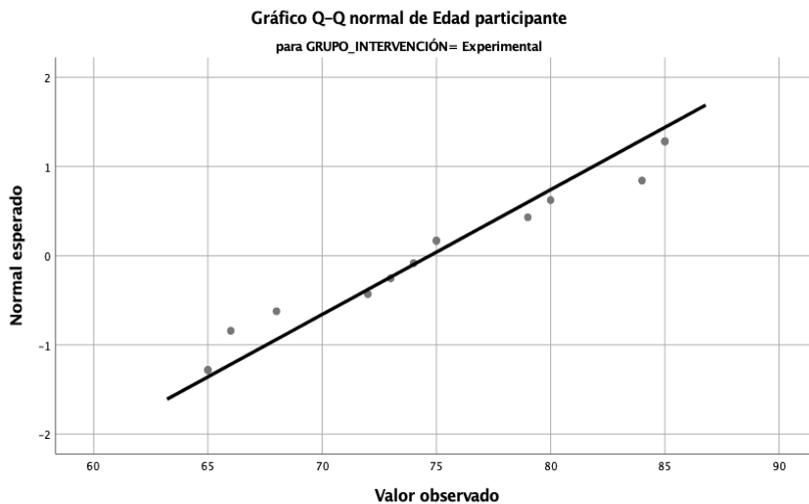
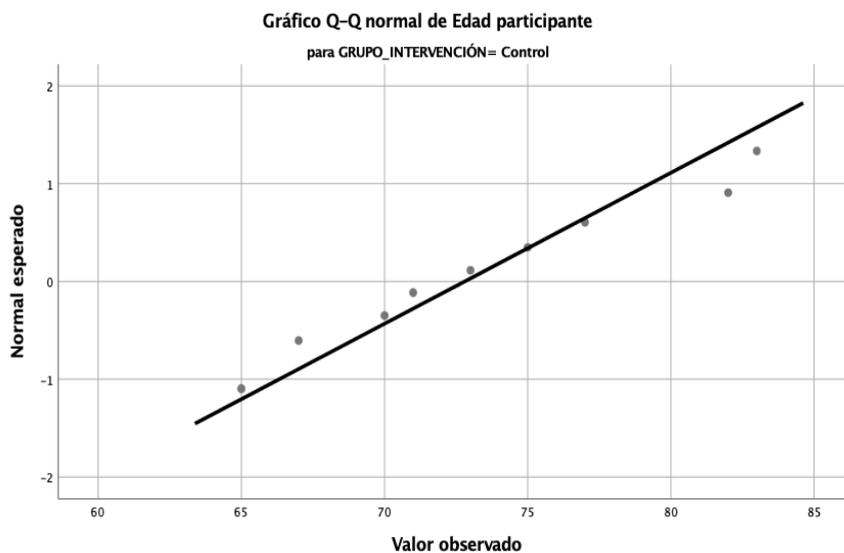


Figura 3

Gráfico de la variable *Edad* para grupo de control



En los gráficos de las figuras 4 y 5 está representada la distribución de las puntuaciones obtenidas previamente al inicio de la intervención por las participantes de ambos grupos de intervención, experimental y de control.

Figura 4

Puntuaciones pretest para grupo experimental

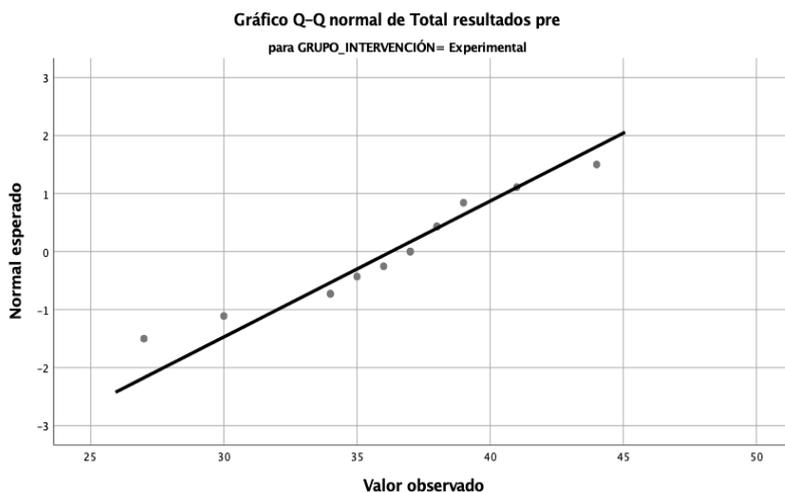
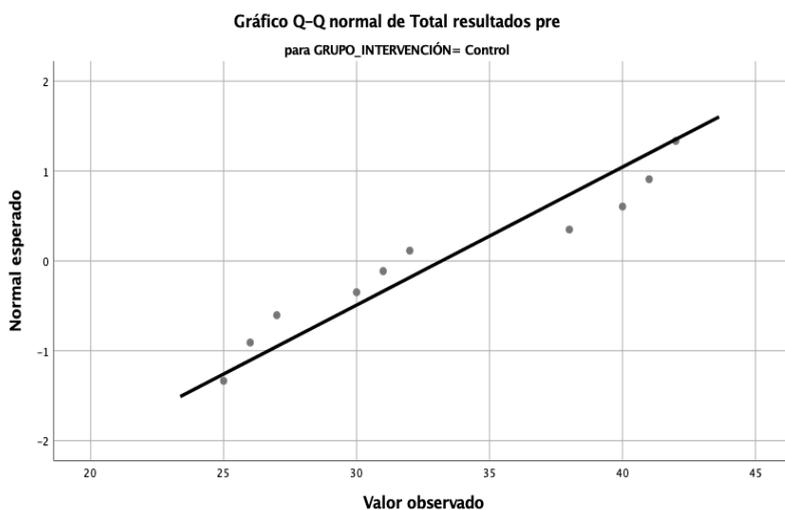


Figura 5

Puntuaciones pretest para grupo de control



En las figuras 6 y 7 está representada la distribución de las puntuaciones posttest ob-

tenidas por las participantes una vez realizada la intervención, la distribución de cada gráfica representa cada uno de los grupos de intervención, experimental y de control.

Figura 6

Puntuaciones postest para grupo experimental

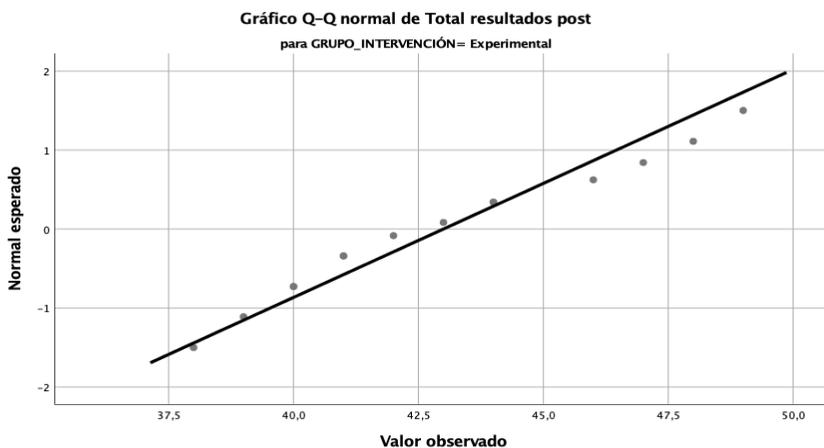
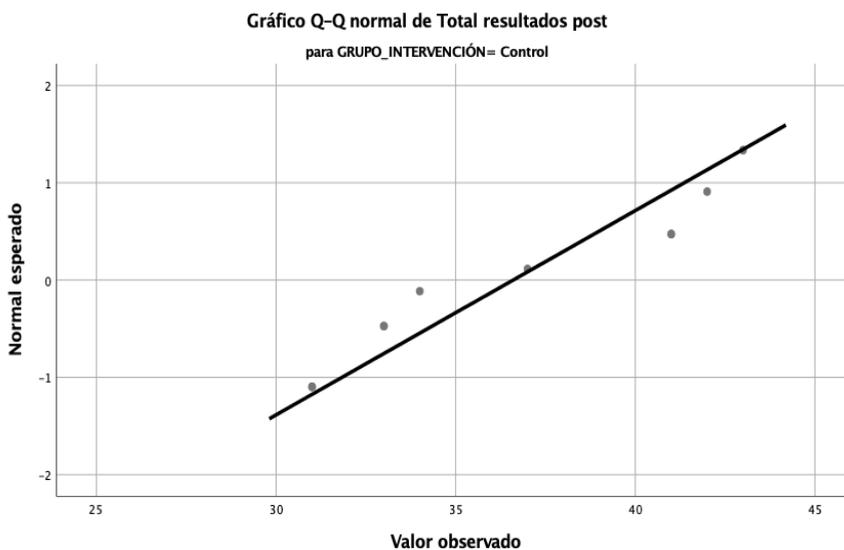


Figura 7

Puntuaciones postest para grupo de control



En la prueba *t* de Student para la comparación de medias en muestras relacionadas, se evaluó si había diferencias en las puntuaciones obtenidas preintervención y posintervención, se realizó esta prueba en cada uno de los grupos por separado y para diferentes dimensiones del cuestionario: comprensión emocional, bienestar subjetivo, factores sociales y puntuaciones totales del inicio y del fin. En la tabla 5 se pueden observar los cambios en cada uno de los grupos y para cada una de las dimensiones en el momento pre y posintervención. Las puntuaciones en el nivel de significación revelan que sí existen diferencias en todas las dimensiones del grupo experimental, por lo que podría entenderse que el programa de intervención supone una mejoría para las personas participantes en comprensión emocional, bienestar subjetivo, relaciones sociales y, en general, habría mejorado su salud y bienestar emocional. Mientras que las puntuaciones del grupo de control revelan que sí hay diferencias significativas en los resultados del postest con respecto al pretest en el bienestar subjetivo y en la puntuación total. Sin embargo, con respecto a comprensión emocional y factores sociales no presentaría diferencias. Por lo tanto, no podemos afirmar que el programa de reminiscencia suponga una mejoría para su salud y bienestar emocional.

Tabla 5

Prueba t de Student de medidas en los grupos experimental y de control, diferencia de muestras emparejadas

G ¹	Media		Desviación		t		gl		Sig. (bilateral)	
	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC
CE ² Pre-Post	-1,786	-1,000	2,392	1,826	-2,794	-1,732	13	9	0,015	0,117
BS ³ Pre-Post	-2,786	-1,500	2,119	1,650	-4,920	-2,875	13	9	0,000	0,018
SOC ⁴ Pre-Post	-2,143	-0,900	1,610	1,595	-4,979	-1,784	13	9	0,000	0,108
TOT ⁴ Pre-Post	-6,714	-3,400	3,950	2,914	-6,360	-3,690	13	9	0,000	0,005

¹GE y GC: grupo experimental y control. ² Bienestar subjetivo. ³ Comprensión emocional. ⁴ Puntuaciones totales del test.

Los ANOVA indicaron que existe una interacción significativa de grupo pre y posintervención en Comprensión emocional ($F = 0,759$; $p = 0,393$), en Bienestar subjetivo ($F = 2,560$; $p = 0,124$), Factores sociales ($F = 3,502$; $p = 0,75$) y en puntuaciones totales ($F = 5,048$; $p = 0,035$) relativas a la mejora de la salud y bienestar emocional correspondiente a la aplicación del programa. Estos resultados sugieren que existen diferencias entre las participantes que han formado parte del grupo experimental y las del grupo control (véase la tabla 6). Además, tal y como se puede apreciar en la tabla 6, el cálculo del tamaño del efecto demuestra que este ha sido superior en el grupo experimental.

Tabla 6

Media, desviación típica de las variables en cada grupo y análisis de la interacción grupos intervención x momento

Puntuaciones	Grupo experimental		Grupo de control		F	Sig.	Eta parcial al cuadrado	d de Cohen		effect-size r	
	Pre M (D.T.)	Post M (D.T.)	Pre M (D.T.)	Post M (D.T.)				Pre	Post	Pre	Post
Comprensión emocional	17,43 (2,563)	19,21 (1,805)	16,00 (2,906)	17,00 (2,309)	0,759	0,393	0,033	0,521	1,06	0,252	0,470
Bienestar subjetivo	11,07 (2,093)	13,86 (1,657)	9,40 (2,914)	10,90 (2,558)	2,560	0,124	0,104	0,658	1,373	0,312	0,566
Factores sociales	7,79 (1,051)	9,93 (0,997)	7,80 (1,814)	8,70 (1,160)	3,502	0,075	0,137	-0,006	1,137	-0,003	0,494
Puntuación Total	36,29 (4,268)	43,00 (3,464)	33,20 (6,512)	36,60 (4,766)	5,048	0,035	0,187	0,561	1,536	0,270	0,609

A continuación se presentan los gráficos de los resultados obtenidos con los análisis de medias repetidas ANOVA, en los cuales se puede observar las medias marginales antes y después de la intervención en Comprensión emocional (véase la figura 8), en Bienestar subjetivo (véase la figura 9), Factores sociales (véase la figura 10) y en puntuaciones totales (véase la figura 11), para ambos grupos: experimental y de control. Por lo tanto, el programa de reminiscencia no sería tan claro en la mejora de la salud y bienestar emocional como el programa basado en psicología positiva.

Figura 8

Medias en Comprensión emocional

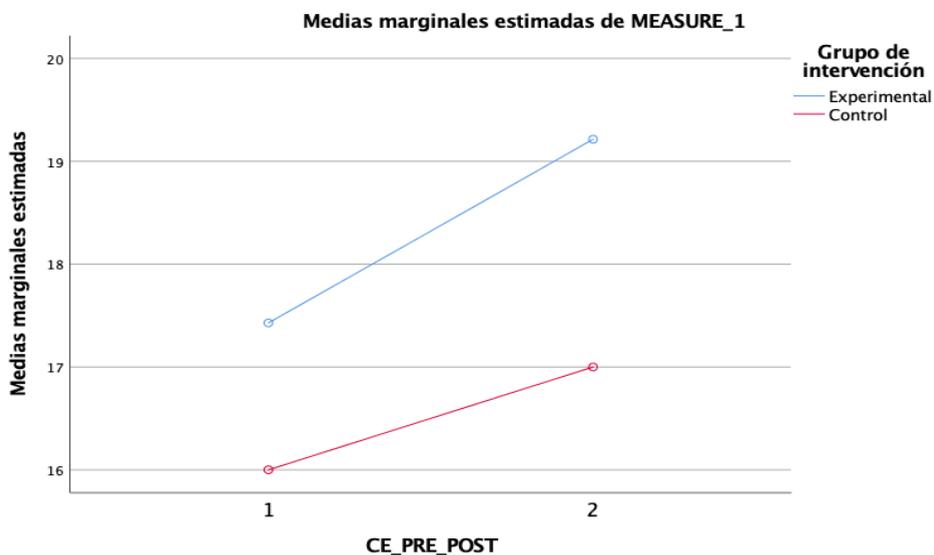


Figura 9

Medias en Bienestar subjetivo

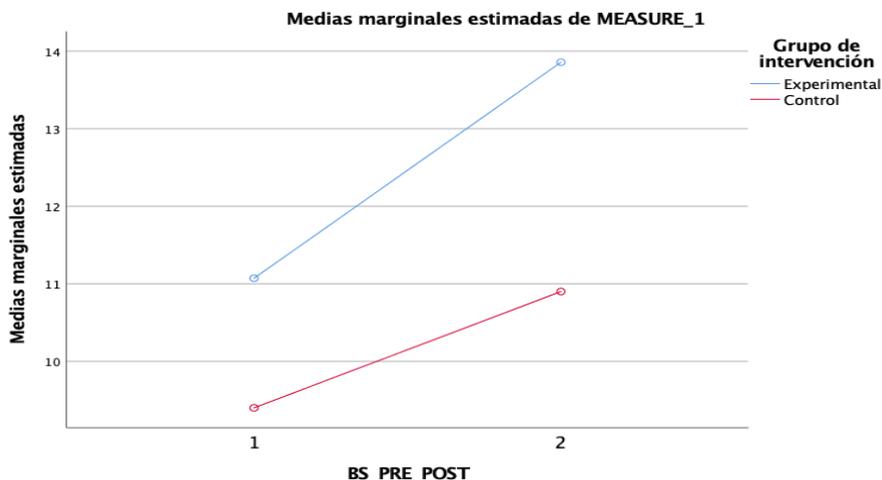


Figura 10

Medias en Factores sociales

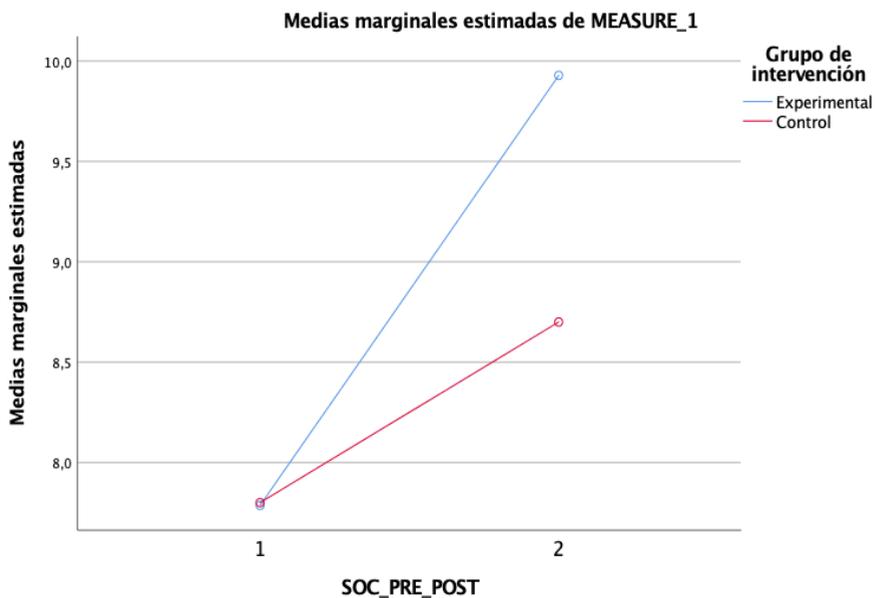
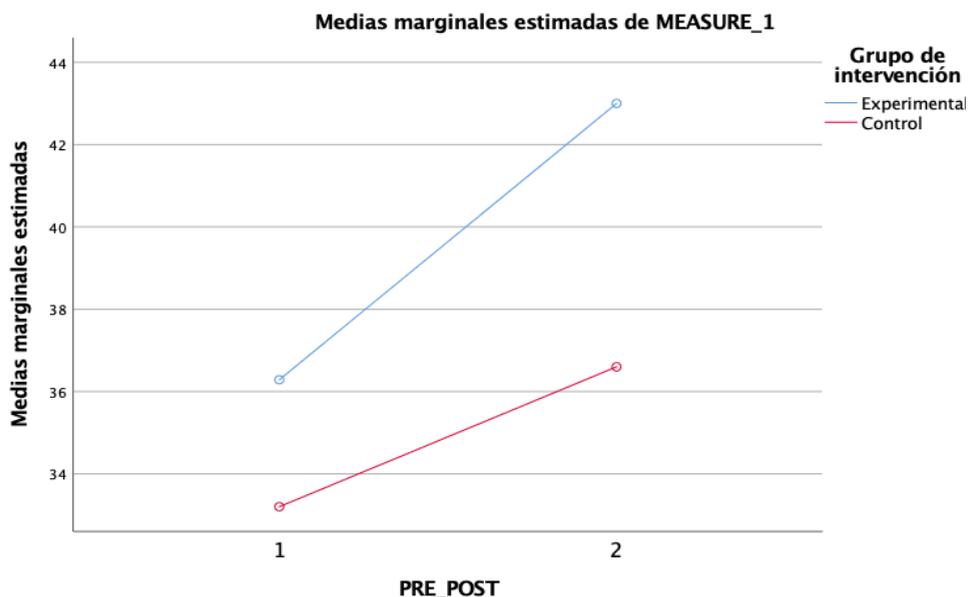


Figura 11

Medias en puntuación total Salud y Bienestar emocional



Los resultados confirman las tres hipótesis planteadas al inicio de la investigación. La evaluación de la percepción de calidad de cada sesión del programa de intervención se llevó a cabo al finalizar cada sesión, utilizando un breve cuestionario para evaluar el nivel de satisfacción de los participantes con respecto a cada sesión. Todas las sesiones recibieron altas valoraciones.

3. Discusión

El propósito de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención dirigida a personas mayores, específicamente aquellas que residen en áreas rurales de Castilla y León, a través de un programa de psicología positiva para determinar si mejora su bienestar y salud emocional. Los resultados obtenidos al comparar los grupos experimental y de control en base a las puntuaciones obtenidas mediante el cuestionario *ad hoc*, aplicado al inicio y al final de la intervención, indicaron que se puede sugerir que las mejoras observadas podrían atribuirse al programa.

Los participantes del grupo de control realizaron un programa basado en reminiscencia, y si bien se detectó cierta mejora en los resultados, no fue tan significativa como en las puntuaciones de los participantes del grupo experimental, lo cual podría deberse más al efecto placebo que al contenido específico del programa en sí (Amigo, 2020). Es importante destacar que, inicialmente, se planteó que realizar seis sesiones podría ser limitante, ya que es un período de tiempo breve para evaluar la efectividad del programa en el mejoramiento del bienestar emocional. Sin embargo, una

vez concluido, se determinó que en realidad esta duración resultó ser una ventaja, ya que todos los participantes continuaron asistiendo, no hubo ausentismo y facilitó la asistencia de todos los involucrados, lo que finalmente previno el abandono del programa.

Es necesario señalar las limitaciones de este estudio. En primer lugar, se destaca la limitación temporal, debido al poco tiempo disponible para desarrollar y llevar a cabo el programa piloto. Como resultado, la principal limitación del estudio se relaciona con el reducido tamaño de la muestra ($n = 24$). Con un marco temporal más amplio, el programa podría haberse extendido a un mayor número de grupos, incrementando así el tamaño de la muestra. El tamaño limitado de la muestra restringe la generalización de los resultados y afecta la obtención de resultados estadísticamente significativos. En segundo lugar, se señala como limitación los instrumentos de medición utilizados. Como señalaron Jiménez *et al.* (2016), aún existen pocos instrumentos de medición adecuados y específicos para personas mayores, a pesar del creciente interés en la psicología positiva y el desarrollo de instrumentos válidos y confiables en este campo. Además, en las zonas rurales, las personas mayores pueden tener un bajo nivel de alfabetización y comprensión lectora, y pueden considerar la cumplimentación de una prueba o cuestionario como una evaluación, lo que podría llevarlos a participar sin leer detenidamente o añadir estrés adicional. Sería interesante definir adecuadamente el protocolo de evaluación y disponer de instrumentos de medición adaptados a la población de edad avanzada.

A pesar de las limitaciones mencionadas, es importante destacar que este tipo de investigaciones relacionadas con programas de intervención para la prevención y promoción del bienestar y la salud resultan de especial interés. Por lo tanto, resulta interesante medir de alguna manera los resultados que estas actividades tienen en las personas mayores y cómo influyen en su estado emocional, ya que les ayuda a salir de casa, relacionarse con personas de su misma edad y les brinda un proyecto personal, previniendo enfermedades.

En conclusión, el programa presenta una serie de beneficios adicionales que no son fácilmente medibles, pero que son percibidos por los participantes a través del *feedback* recibido. El programa fomenta la participación social y facilita que las personas mayores se relacionen, incluso con individuos de diferentes edades, lo que puede conducir a la creación de vínculos intergeneracionales significativos. Además, promueve un envejecimiento activo alentando a los participantes a involucrarse en diversas actividades que benefician su flexibilidad y estimulación cognitiva, lo cual es especialmente valioso a medida que envejecen. Por último, es importante destacar que el programa acerca diferentes recursos a las personas mayores, lo cual es especialmente relevante en el entorno rural de Castilla y León, donde la educación emocional suele ser escasa. Participar en estos programas puede ayudar a las personas mayores a normalizar y aceptar sus emociones, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida y bienestar emocional.

4. Referencias

- Amigo Vázquez, I. (2020). *Manual de psicología de la salud* (4ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Andrews, F. M. y Whithey, S. (1976). *Social Indicators of Well Being. American's Perceptions of Life Quality*. New York, NY: Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2253-5>
- Cañero, M., Mónaco, E. y Montoya, I. (2019). La Inteligencia Emocional y la Empatía como Factores Predictores del Bienestar Subjetivo en Estudiantes Universitarios. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9, 19–29. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v9i1.313>
- Carstensen, L. (1993). Motivation for social contact across the life span: a Theory of Socioemotional Selectivity. En J. E. Jacobs (Ed.), *Symposium on motivation 1992* (vol. 40, pp. 209–254). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Casullo, M. M. (2006). El capital psíquico: Aportes de la psicología positiva. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, (6), 59–72. <https://doi.org/10.18682/psd.v6i0.441>
- Cassullo, G. L., Caballero, R. Y., Favara, J. e Iriarte, M. L. (2019). Valoración de un programa para adultos mayores enfocado desde la psicología ambiental y la psicología positiva. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires.
- Danis, M. y Gostin, L. O. (2019). Health and responsibility. *JAMA*, 321(17), 1651–1652. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.15312>
- Dean, M., Grunert, K., Raats, M., Nielsen, N. y Lumbers, M. (2008). The impact of personal resources and their goal relevance on satisfaction with food-related life among the elderly. *Appetite*, 50, 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.08.007>
- Depp, C. A., Vahia, I. V. y Jeste, D. V. (2012). Successful aging. En S. K. Whitbourne y M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley–Blackwell handbook of adulthood and aging* (pp. 459–476). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118392966.ch23>
- Diener, E., Sandvik, E. y Larsen, R. J. (1985). Age and Sex Effects for Emotional Intensity. *Developmental Psychology*, 21(3), 542–546. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.3.542>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim–Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas–Diener, R. (2010). New Well–being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fernández–Ballesteros, R., Caprara, M. G. y García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad–M®: Un programa europeo multimedia. *Psychosocial Intervention*, 13(1), 63–84.

- Galea, S., Merchant, R. M. y Lurie, N. (2018). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, 178(8), 1022-1023.
- Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León (2018). Índice de Envejecimiento Activo en Castilla y León.
- Grunert, K., Dean, D., Raats, M., Nielsen, N. y Lumbers, M. (2007). A measure of satisfaction with food-related life. *Appetite*, 49(2), 486-493. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.03.010>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Indicadores de Estructura de la Población. Resultados por comunidades autónomas. Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452>
- 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. *Suma Psicológica*, 23, 51-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001>
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate*, 13, 47-60. <https://doi.org/10.18682/pd.v13i0.361>
- Mohd, S., Azman, A., Sulaiman, J. y Baba, I. (2010). Establishing the well-being of the rural-urban elderly population: A case study of Indonesia. *The Hong Kong Journal of Social Work*, 44(2), 105-120. <https://doi.org/10.1142/S0219246210000124>
- Ortiz Arriagada, J. B. y Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>
- Pérez Díaz, J., Ramino Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Muñoz Díaz, C., Buneo López, C., Ruiz-Santacruz, J. S., Fernández Morales, I., Castillo Belmonte, A. B., de las Obras-Loscertales Sampériz, J. y Villuendas Hijosa, B. (2022). Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red, 29, Madrid. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>
- Pinto, A. D., Henry, D. y Gogovor, A. (2021). Personal responsibility and health system sustainability. *Health Affairs*, 40(3), 445-450.
- Ruch, W., Proyer, R. T. y Weber, M. (2010). Humor as a character strength among the elderly: Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13-18. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0090-0>
- Salces-Cubero, I. M., Ramírez-Fernández, E. y Ortega Martínez, A. R. (2018). Strengths in older adults: Differential effect of savoring, gratitude and optimism on well-being. *Aging & Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1471585>

- Scheibe, S. y Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65(2), 135-144. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Schnettler, B., Denegri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Mora, M. y Lobos, G. (2014). Satisfaction with life and with food-related life in central Chile. *Psicothema*, 26, 200-206. doi: 10.7334/psicothema2013.13
- Seligman, M. (2003). *La Auténtica Felicidad* (1ª ed.). Madrid: Vergara.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/ Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.
- Wikler, D. (2019). Individual responsibility for health promotion: An ethical analysis. *Public Health Ethics*, 12(3), 284-292.

Apéndice A.

Tabla resumen contenido de las sesiones del programa

Sesión y objetivo	Actividades
<p>Sesión 0. PRE</p> <p>Presentación y evaluación. En esta sesión se da la bienvenida al grupo para facilitar la conexión entre los participantes y se proporciona información importante sobre el funcionamiento del programa. Al mismo tiempo, se facilitan los cuestionarios de evaluación de las variables objeto de estudio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bienvenida. - Presentación del programa. - Consentimiento informado. - Protocolo de evaluación. - Comenzamos a indagar en nuestras fortalezas.
<p>Sesión 1. ¿Qué entendemos por salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y bienvenida a las personas participantes. - Psicoeducación: La salud desde un punto de vista biopsicosocial. - Parte experiencial: La gratitud y la salud. - Presentación de dinámica transversal. - Dinámica grupo experimental: "El frasco de la gratitud".
<p>Sesión 2. ¿Cómo puedo cuidar mi autoestima?</p> <p>En esta sesión trabajamos el concepto de autoestima, experimentando vivencialmente cómo puede ayudarnos y apoyarnos ante las dificultades cotidianas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y bienvenida a las personas participantes. - Dinámica transversal. <p>Parte teórica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación: ¿Qué es la autoestima? - Parte experiencial: Autoestima en grupo. Empatía e inteligencia emocional. - Compasión y autocompasión: "Soy amable conmigo mismo". - Dinámica grupo experimental: "Me/Te admiro porque...". - Dinámica grupo de control: "El círculo de las virtudes". - Cuestionario de evaluación de sesión 2. - Fin de sesión y despedida.
<p>Sesión 3. ¿Cómo influyen mis pensamientos en mi estado de ánimo?</p> <p>El objetivo de esta sesión será aprender qué son los pensamientos y cómo influyen en nuestra vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y bienvenida a las personas participantes. - Psicoeducación: Los pensamientos. - Pensamientos positivos versus pensamientos negativos. - El Mindfulness como aliado. <p>Parte experiencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinámicas relacionadas con los pensamientos: Mindfulness y pensamientos. - Dinámica grupo experimental: "Don Positivo y Don Negativo". - Dinámica grupo control: "¡Oye, y tuve éxito!". - Cuestionario de evaluación de sesión 3. - Fin de sesión y despedida.
<p>Sesión 4. Vivo mis emociones con salud</p> <p>En esta sesión se presentan algunos «obstáculos mentales» y se ofrecen recursos para ayudar a la mente a trabajar en beneficio de la persona. Hablar con amabilidad, no fundirse con el pensamiento y la gratitud como antídoto contra los prejuicios negativos son herramientas eficaces para hacer frente a la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y bienvenida a las personas participantes. <p>Parte teórica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación: Elementos clave para entender mis emociones. La regulación emocional. Los valores. <p>Parte experiencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinámicas relacionadas con la regulación emocional y los valores. - Mindfulness y metáforas. - Cuestionario de evaluación de sesión 4. - Fin de sesión y despedida.
<p>Sesión 5. Creo lazos saludables con mi entorno</p> <p>El objetivo de esta sesión es aprender a comunicarse de manera asertiva. También se trabajará la aceptación y la flexibilidad cognitiva para contribuir a la mejora de la resiliencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y bienvenida a las personas participantes. - Dinámica transversal. - Psicoeducación: Comunicación asertiva y gestión de límites. - Aceptación y flexibilidad. - Resiliencia. <p>Parte experiencial: Dinámicas relacionadas con habilidades sociales y resiliencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinámica grupo experimental: "¿Qué situación tan difícil?". - Roleplaying. - Dinámica grupo control: "Carta a mi pasado". - Cuestionario de evaluación de sesión 5. - Finalización y despedida.
<p>Sesión 6: Sesión cierre</p> <p>El objetivo de esta sesión es realizar una medición posintervención de los participantes del programa para su evaluación. También facilitar un espacio para compartir su experiencia durante las sesiones y cómo pueden continuar su práctica una vez finalizado el programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y bienvenida a las personas participantes. - Cierre de dinámica transversal. - Cuestionario de evaluación final del programa. - Fin de sesión y despedida.

Susana Pérez Herrero

Psicóloga general sanitaria, trabaja en la Asociación Colectivo para el Desarrollo Rural de Tierra de Campos desde el 2017, desarrollando acciones para la promoción de la salud y bienestar psicológico, emocional, laboral y social de diferentes colectivos, personas mayores, en riesgo o situación de exclusión social, en situación de dependencia, con diversidad funcional... Entre otras actividades, ha desarrollado e impartido talleres de gestión emocional y cursos de asistencia personal, así como psicoterapia a nivel individual. Su perspectiva de trabajo tiene como base la Psicología Humanista y la Psicología Positiva, y está formada en EMDR Nivel II.

Jesús González-Moreno

Doctor en Psicogerontología, ocupa el cargo de director del Máster en Psicología General Sanitaria en la Universidad Internacional de Valencia. Su labor investigadora se enfoca en la psicogerontología, abarcando desde la evaluación psicológica hasta el tratamiento y la intervención en personas mayores. Ha liderado diversos proyectos que han implicado la creación y puesta en marcha de diversos programas de intervención que buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Posee una especialización en Intervención Social y en metodologías de investigación en las ciencias sociales y de la salud.

Francisco Rivera Rufete

Psicólogo general sanitario, director del Centro de Psicología y Neuropsicología La Garena y experto en gestión del desarrollo dentro de las organizaciones. Actualmente su práctica abarca el ejercicio clínico y asistencial desde el marco teórico cognitivo conductual y terapias de tercera generación, la supervisión de psicólogos generales sanitarios y el desarrollo de personas dentro de organizaciones y empresas, con labores de investigación en el ámbito de la psicología de la salud y psicología de las organizaciones. Además, colabora en el diseño e implementación de programas de salud en el ámbito de la inmunología y enfermedades raras.

María Cantero-García

Doctora en Psicología, desempeña el cargo de profesora contratada doctora en el Departamento de Psicología de la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). Su ámbito de investigación abarca la psicología de la salud, la evaluación psicológica, el tratamiento y la intervención a lo largo del ciclo vital. Ha desarrollado e implementado diversos programas de intervención destinados a fortalecer la resiliencia en pacientes oncológicos y personas con enfermedades crónicas (entre otros), aplicando enfoques de terapias de tercera generación. Especializada en Psicología de la Salud y con amplia experiencia en el ámbito de la Psicogerontología.

