



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA “PIENSA Y
ACTÚA EN +” EN PERSONAS MAYORES CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE: UN ESTUDIO PILOTO

Autor: Jaime Borda Prado

Tutora: Rocío Caballero Campillo

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo 2025

Resumen

El bienestar subjetivo en personas mayores con trastorno mental grave (TMG) ha sido escasamente explorado desde enfoques positivos. El presente estudio piloto evalúa la aceptabilidad y posible efectividad de una intervención grupal basada en psicología positiva (programa Piensa y Actúa en positivo (PyA+)) en una muestra de 23 residentes de la Mini Residencia Grupo 5 Puerta de Hierro mayores de 65 años con diagnóstico de TMG. Se utilizó un diseño cuasiexperimental con medidas pre-post, así como monitorización intersesión. Los resultados no mostraron mejoras significativas en las escalas de bienestar (SWLS, WEMWBS) ni en sintomatología (SA-45), aunque se observaron tendencias positivas puntuales y una alta aceptación del programa. Los datos cualitativos reflejaron verbalizaciones positivas asociadas a la experiencia grupal y la proyección vital. Se concluye que la intervención es viable y segura, y que puede favorecer aspectos subjetivos de recuperación no captados por escalas estandarizadas. Se recomienda profundizar en futuras investigaciones con diseños controlados y medidas sensibles al cambio en esta población.

Palabras clave: bienestar subjetivo, trastorno mental grave, personas mayores, psicología positiva, intervención grupal.

Abstract

Subjective well-being in older adults with severe mental illness (SMI) has been scarcely explored from a positive psychology perspective. This pilot study evaluates the acceptability and potential effectiveness of a group intervention based on positive psychology (the "Think and Act in +" program – PyA+) in a sample of 23 residents over the age of 65 diagnosed with SMI at the Mini Residencia Grupo 5 Puerta de Hierro. A quasi-experimental design was used, including pre-post measurements and intersession monitoring. Results showed no statistically significant improvements in well-being scales (SWLS, WEMWBS) or symptomatology (SA-45), although

occasional positive trends and high program acceptance were observed. Qualitative data revealed positive verbalizations related to the group experience and life projection. The findings suggest that the intervention is both feasible and safe, and may support subjective aspects of recovery not captured by standardized measures. Further research with controlled designs and more sensitive measures is recommended for this population.

Keywords: subjective well-being, severe mental illness, elderly people, positive psychology, group intervention.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 6 |
| Trastorno Mental Grave (TMG) | 6 |
| Dificultades de las Personas con TMG | 7 |
| Población Mayor..... | 8 |
| Población Mayor con TMG | 10 |
| <i>Factores Sociales Asociados</i> | 10 |
| <i>Factores de Salud Asociados</i> | 11 |
| <i>Factores Psicológicos Asociados</i> | 12 |
| Tratamientos para el TMG..... | 14 |
| Bienestar Subjetivo (BS) | 16 |
| Psicología Positiva | 18 |
| Metodología..... | 20 |
| Procedimiento | 20 |
| Participantes..... | 21 |
| Medidas | 22 |
| <i>Características Sociodemográficas y Clínicas</i> | 22 |
| <i>Medidas de Viabilidad y Aceptabilidad</i> | 22 |
| Cuestionarios Rellenados por los Terapeutas. | 22 |
| Cuestionarios Rellenados por los Participantes. | 22 |

| | |
|--|----|
| <i>Bienestar y Medidas Clínicas</i> | 24 |
| Medidas Primarias..... | 24 |
| Medidas Secundarias..... | 25 |
| Diseño de Estudio..... | 27 |
| Procedimiento de la Intervención..... | 27 |
| <i>Características del Protocolo PyA+ Original</i> | 27 |
| <i>Adecuación de PyA+</i> | 28 |
| <i>Estructura de las Sesiones</i> | 29 |
| Análisis de Datos..... | 30 |
| Resultados..... | 31 |
| Viabilidad..... | 31 |
| Aceptabilidad y Satisfacción..... | 35 |
| Análisis de los Resultados..... | 36 |
| Discusión..... | 38 |
| Referencias..... | 44 |
| Apéndice. Subescalas del cuestionario SA-45 y su fiabilidad..... | 67 |

Introducción

Trastorno Mental Grave (TMG)

El trastorno mental grave (TMG) se define como una categoría diagnóstica conformada por un espectro de trastornos relacionados con las áreas mental, emocional y física, que interfieren significativamente y limitan una o más áreas importantes de la vida de quien lo padece (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020). Es una etiqueta que, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Ed. (CIE-11), engloba diagnósticos clínicos como los trastornos esquizofrénicos, bipolares o depresivos graves. El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos define el TMG como los trastornos psicológicos que causan un deterioro significativo en las funciones diarias, interfiriendo de manera sustancial en actividades básicas de la vida (NIMH, 2024). Se calcula que en España entre un 2,5% y un 3% de la población adulta presenta un TMG (Confederación Salud Mental España, 2019; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Es importante señalar que muchos autores han percibido cierta dificultad para consensuar una única definición del TMG. Como consecuencia, investigadores, responsables políticos y profesionales de la salud pueden emplear diversos conceptos sobre este, dificultando así el realizar diagnósticos precisos o tratamientos adecuados (Zumstein y Riese, 2020). Schinnar et al., (1990) compararon 17 definiciones de TMG utilizadas en Estados Unidos entre 1972 y 1987. Los autores concluyeron que la definición con más consenso era la del NIMH (1987), la cual cuenta con tres criterios para considerarlo: (1) tener un diagnóstico de psicosis no orgánica o trastorno de personalidad; (2) características de duración que implican enfermedad prolongada y tratamiento a largo plazo (dos años o más de enfermedad mental o tratamiento); y (3) discapacidad, por lo menos en tres de ocho criterios concretos (NIMH, 1987).

Dificultades de las Personas con TMG

Las personas afectadas por un TMG son un colectivo especialmente vulnerable debido a que sufren diversas desventajas biopsicosociales además de los síntomas psicopatológicos, como la comorbilidad con otras enfermedades, la mortalidad prematura, el deterioro cognitivo, la discapacidad psicosocial, el estigma y la discriminación (Kirkpatrick y cols., 2008; Meyer y Nasrallah, 2009; Sabhesan y Parthasarathy, 2005). Al igual que en la población general, las personas con TMG tienen altas tasas de síntomas y trastornos depresivos (Trucharte et al., 2019) y de ansiedad (Marneros y Akiskal, 2006). Se estima que esta comorbilidad aparece en entre el 57.3 – 62% de los casos (Good, 2002). En cuanto a la mortalidad prematura, diversos estudios realizados en diferentes contextos socioeconómicos informan de un aumento del riesgo relativo de mortalidad prematura en esta población, pudiéndose reducir la esperanza de vida hasta en 15 años (Crump et al., 2013). Esta mortalidad la explica, en parte, el tratamiento con antipsicóticos (Franch Pato et al., 2016). Se calcula que existe un riesgo relativo 2,41 veces mayor para la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, infecciosas, endocrinas y respiratorias en personas con esquizofrenia (Saha et al., 2007). Esta mayor mortalidad se asocia con factores de salud inherentes a la propia enfermedad, así como factores genéticos y factores asociados al tratamiento farmacológico, hábitos de vida poco saludables y dificultades para el acceso a servicios de salud (Franch Pato et al., 2016).

Además de ello, las personas con TMG experimentan también dificultades sociales y económicas como resultado directo de la enfermedad (Morgan et al., 2018). Aunque los organismos competentes y la sociedad hayan reconocido la salud mental en muchos aspectos, sigue existiendo mucho estigma alrededor de ella (Corrigan, 2004). El colectivo se enfrenta a creencias erróneas, estereotipos y prejuicios que resultan de conceptos equivocados sobre su

propio comportamiento, etiquetado muchas veces de peligroso, violento o impredecible (Morgan et al., 2018). En materia económica, las personas con TMG presentan dificultades en la adquisición de un trabajo (World Health Organization [WHO], 2000) debido a aspectos tanto individuales como internos (Bond y Drake, 2008), como pueden ser una baja autoestima (Thewissen et al., 2007) o barreras sociales como la alta tasa de desempleo, la falta de experiencia previa o el no contar con una red de apoyo amplia (Corbière et al., 2004), lo que dificulta tener una vida económicamente independiente.

Población Mayor

El término de población mayor cobra mucho sentido en esta investigación. El mundo envejece rápidamente. Actualmente, el 10,3% de la población mundial tiene 65 años o más (considerada población mayor), pronosticando que este porcentaje se duplique para dentro de 50 años (Naciones Unidas, 2024). Este crecimiento da lugar a que las personas mayores sean más numéricamente y, por tanto, se merezcan jugar un papel relevante en nuestra sociedad por derecho y por deber, como parte de la ciudadanía que son (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2011), planteando un desafío para los gobiernos e instituciones, que han de plantearse medidas para abordar los efectos de este crecimiento (Cardona Arango y Peláez, 2012).

En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024), la población mayor de 65 años sigue en aumento, alcanzando casi las 10 millones de personas en 2024. Esta cifra representa un crecimiento significativo respecto al año 2000, con un incremento cercano a los 1,5 millones de personas en solo una década (INE, 2024). De acuerdo con el informe de Statista (2024), en los últimos 10 años la población mayor ha aumentado considerablemente, consolidándose como uno de los segmentos demográficos de mayor

crecimiento en el país. Estos datos reflejan un claro envejecimiento de la población española y destacan la necesidad urgente de adaptar las políticas públicas y los recursos sociales para atender las demandas de este grupo. Este crecimiento se debe, en parte, a los avances en medicina y farmacología, así como a la baja natalidad. Tal circunstancia lleva aparejada un mayor número de personas mayores en situación de dependencia, lo que conlleva diversos desafíos a nivel político y social (Jiménez Rodríguez, 2022).

Hacerse mayor, desde una perspectiva biologicista, se relaciona en última instancia con la muerte, así como con la supervivencia o la enfermedad. En el proceso de envejecimiento, algunas de las afecciones asociadas más comunes son la pérdida de audición, las cataratas, los dolores de espalda, neumopatías obstructivas crónicas, depresión o demencia. Además, aparecen los popularmente llamados síndromes geriátricos, consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen la incontinencia urinaria, las caídas o los estados delirantes (OMS, 2024). Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud les deja desprovistos de atención especializada a partir de los 65 años. Al cumplir esta edad, habitualmente, estas personas son derivadas a servicios geriátricos, donde se priorizan otros cuidados, como los paliativos o los físicos, y menos los relacionados con salud mental, además de existir dificultades para coordinar servicios de salud mental y geriátricos (Escobar et al., 2023). Es decir, surge una especie de despriorización terapéutica hacia las personas mayores, lo que conlleva que la estigmatización o el curso de la enfermedad se mantenga.

Por ello, se convierte en un grupo poblacional con necesidades variadas que requieren atención específica y continua por parte de las instituciones y profesionales, ya que en muchas ocasiones ésta no puede ser proporcionada por la familia (Cardona Arango y Peláez, 2012).

Población Mayor con TMG

Los TMG pueden interactuar con diversos problemas relacionados con la edad, como la discapacidad física, el aislamiento o el deterioro cognitivo (Berry y Barrowclough, 2009). Como consecuencia, las personas mayores con TMG pueden presentar necesidades significativas no satisfechas (Berry et al., 2020), pudiéndose convertir en un grupo de personas especialmente vulnerable dentro del sistema de atención médica y social (Berry & Barrowclough, 2009).

Estas personas cuentan con ciertas desventajas que les convierten en un grupo poblacional a tener en cuenta con respecto a otras personas mayores o al resto de población con TMG u otras enfermedades psiquiátricas (Mata et al., 2016). Estas desventajas están no sólo asociadas a los síntomas psicopatológicos, sino también a diferentes factores sociales, físicos y de salud mental.

Factores Sociales Asociados

Las personas mayores con TMG han constituido uno de los colectivos más señalados a lo largo de la historia, siendo encerrados en instituciones psiquiátricas y privados de derechos básicos. Hoy en día, este encierro ha quedado desacreditado, por lo que han pasado a ser personas con obligaciones y derechos, pero con dificultades para ejercerlos, dificultades que se traducen en barreras sociales, dificultando su inclusión en la sociedad (Mata Sáenz et al., 2016).

El edadismo es otra de las adversidades con las que tiene que lidiar el colectivo. Se trata de un concepto acuñado por Butler en 1980, y definido como prejuicio, estereotipo o discriminación basada en la edad, particularmente contra las personas mayores. Afecta a estas personas no sólo desde el punto de vista social sino también psicológico (Robert Butler, 1980). Con ello, esta población se enfrenta a una triple amenaza, compuesta por el edadismo, el mentalismo y el capacitismo (Raberhu y Gilis, 2021), que se ve magnificada por el prometedor

crecimiento de personas mayores diagnosticadas de TMG, suponiendo un reto para las generaciones presentes. El artículo de Kotzé y Roos (2022) analiza cómo el edadismo afecta a la atención de personas mayores con TMG. Señala que el estigma hacia los adultos mayores, combinado con sus condiciones psiquiátricas, contribuye a una atención desigual y vulnera sus derechos humanos. Según el Informe Mundial sobre el Edadismo, publicado en 2021, al menos una de cada dos personas en el mundo tiene actitudes moderada o sumamente edadistas. Estas actitudes perpetúan la exclusión social y la falta de acceso a cuidados adecuados, lo que empeora los resultados en el tratamiento y la calidad de vida de las personas mayores que padecen TMG.

Por último, la dificultad para recibir atención comprende un impedimento añadido al que hacer frente. Según la OMS, los TMG a menudo son subdiagnosticados debido al estigma social, la falta de recursos adecuados para la atención y la dificultad para reconocer los síntomas en esta población (WHO, 2021). Estas referencias proveen de un contexto global que muestra cómo las personas mayores con TMG son, en ciertas ocasiones, ignoradas, incrementando esa no-inclusión social (Bobes et al., 2008).

Tanto el estigma, como las barreras sociales, como el edadismo, conforman un paradigma que dificulta la integración del colectivo en la sociedad. Según Morales y Bustillos (2009), vivir en exclusión de manera sostenida desencadena sentimientos de injusticia o humillación, traducándose en altos niveles de emoción negativa, no valía, desesperanza y depresión (Stuber et al., 2008).

Factores de Salud Asociados

Factores de salud como enfermedades cardiovasculares, mortalidad prematura, demencia o déficit cognitivo conforman otra dificultad con la que lidiar. La mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares en el colectivo tiene que ver con la exposición a factores de

riesgo causantes de éstas (De Hert, 2011). En esquizofrenia, los más prevalentes son: el tabaquismo (71%), la hipercolesterolemia (66%), la hipertrigliceridemia (26%), la hipertensión arterial (18%) y la diabetes (5%) (Bernardo et al., 2009). Varios pueden ser los causantes de esta exposición a los factores de riesgo mencionados, como por ejemplo la baja adherencia al tratamiento, las conductas insanas o la dificultad en la comunicación (Gold et al., 2008).

Además, frecuentemente, en los TMG, existe cierta negligencia en las actividades preventivas, lo que conlleva al infradiagnóstico e, inevitablemente, al menor control de los factores de riesgo (Bobes et al., 2007).

En materia de enfermedades neurodegenerativas, y atendiendo al crecimiento poblacional, la demencia es otro de los retos que presenta el colectivo. Se atribuye un peso importante a factores modificables mediante una intervención temprana y la adopción de medidas preventivas. Estos factores modificables son el sueño, el ciclo sueño-vigilia y los ritmos circadianos (Mérida-Raigón et al., 2023). Se conoce que, en el caso de las personas con TMG, entre un 30 - 80% de los pacientes manifiestan dificultades en materia de sueño (Cohrs, 2008). A su vez, se estima una prevalencia del 50% en personas mayores afectadas por la dificultad para iniciar y/o mantener el sueño (Quan y Zee, 2004).

Para concluir, tanto las enfermedades cardiovasculares como las neurodegenerativas proponen un escenario complejo de abordar para las personas mayores con TMG, que ya no solo se enfrentan a una mortalidad prematura por estas, sino a unos niveles bajos de bienestar subjetivo (BS) general (Caballero, 2024).

Factores Psicológicos Asociados

Por último, la población mayor con TMG se enfrenta también a retos relacionados con factores psicológicos, como niveles más altos de psicopatología (Sciolla et al., 2003), déficits

cognitivos o un rendimiento neurológico más pobre (Mackin, 2009; Unutzer y Bruce, 2002). Trastornos como la esquizofrenia paranoide o el trastorno bipolar, además, correlacionan con altas tasas de suicidio (Gosh y Víctor, 1996).

Según la OMS (2019), cada año se suicidan 800.000 personas, siendo la principal causa de muerte entre las personas mayores de 70 años, ya que las tasas son hasta ocho veces más altas en adultos mayores comparado con otros grupos etarios (Álvarez et al., 2020; Bachmann, 2018). El estado de salud es un factor importante en la consumación del suicidio, pudiendo contribuir como factor protector o de riesgo. De esta manera, en la revisión realizada por Calderón-Cholbi et al. (2021), se observó que se constituía como un factor de riesgo padecer un trastorno depresivo mayor, el cual a medida que aumentaba la edad, se incrementaba la posibilidad de padecerlo. Asimismo, recibir atención psiquiátrica se constituyó como un factor de protección.

Según la revisión realizada por Pabón (2021), observó en varios metaanálisis y revisiones sistemáticas la relación entre intentos de suicidio y esquizofrenia. Tras el estudio, pudo concluir que el porcentaje correspondiente fue del 26.8%, porcentaje menor en relación con el trastorno bipolar o el depresivo mayor. Variables como el consumo de alcohol y tabaco se relacionaron con los intentos de suicidio.

La soledad no deseada se considera otro factor de riesgo. Se define como el sentimiento de discordancia entre cómo es nuestra red social y cómo nos gustaría que fuese (Perlman y Peplau, 1982). Avalado por la evidencia internacional, las personas mayores sufren más intensamente esta soledad no deseada (Nicolaisen y Thorsen, 2014; Luhmann y Hawkey, 2016; Lasgaard et al., 2016). En los últimos años, la literatura científica ha mostrado cierto interés sobre este fenómeno y su impacto, observando que la soledad se asocia con un peor estado de salud general (Rico-Uribe et al., 2016; Richard et al., 2017; Macdonald et al., 2018), y, más

concretamente, puede conllevar problemas de salud mental como la depresión (Cacioppo et al., 2010) y el suicidio (Schinka et al., 2012). En cuanto a la prevalencia, depende del contexto analizado, pero suele variar entre el 20 – 35% (Hernán Montalbán y Rodríguez Moreno, 2017); Nicolaisen y Thorsen, 2014; Victor y Yang, 2012).

Tratamientos para el TMG

Durante mucho tiempo, el colectivo ha sido olvidado por diversas razones, ya sea la falta de conocimiento realista de la naturaleza de su padecimiento, debido a su condición de “colectivo sin voz”, los prejuicios sociales y la estigmatización, la ignorancia y pensamiento acrítico sobre su inclusión en la sociedad o la simple falta de prioridad (IMSERSO, 2007). Además, las altas tasas de enfermedad crónica del colectivo, que dificulta su estancia tanto en el hogar como en la comunidad; la mayor tasa de hospitalización aguda y su rápida transición a centros de larga estancia, donde no se prioriza la salud mental, conforman un paradigma de preocupación significativa en el colectivo (SAMHSA, 2021).

Con este paradigma, encontrar el tratamiento adecuado se vuelve aún más desafiante. El uso de antipsicóticos de segunda generación suele ser la principal opción terapéutica para estas personas debido a su mayor facilidad de administración. Sin embargo, a pesar de su uso extendido, no logra mejorar los síntomas negativos ni cognitivos vinculados al TMG y, además, provoca una considerable cantidad de efectos adversos (Chien y Yip, 2013).

De manera complementaria, y revisando las dificultades que presenta el colectivo, se utilizan también tratamientos psicosociales. Los más tradicionales se han centrado en la mejoría del funcionamiento general de la persona, contrarrestando los posibles déficits y fomentando su integración social (Siegrist y cols., 2015; Varga y cols., 2018). Como podemos observar en el “Modelo de atención a personas con TMG” del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

(Guinea, 2007), la situación actual del colectivo progresa hacia un abandono de la exclusividad del tratamiento hospitalario, y se acerca más a un tono socio-comunitario, buscando integración y normalización.

Actualmente, algunas de las intervenciones psicosociales que se llevan a cabo son el tratamiento asertivo comunitario (TAC), la terapia cognitivo conductual en entrenamiento en habilidades sociales, la adaptación funcional de habilidades sociales o el manejo integrado de la enfermedad y recuperación. Estas intervenciones tienen por objetivos, de forma general, buscar el buen funcionamiento en el hogar, en las relaciones y para con la comunidad, así como conseguir la adherencia al tratamiento y reducir los síntomas (SAMHSA, 2021).

Uno de los tratamientos más aplicado y probado empíricamente es el TAC (Saiz Galdós y Chévez Mandelstein, 2009). Desarrollado por Max, Stein y Test en 1973, su objetivo principal es la adquisición de las habilidades necesarias para incluirse en la vida comunitaria, así como mejorar la calidad de vida de las personas con TMG (Test y Stein, 1976).

Por tanto, existen programas destinados al tratamiento del TMG, pero siguen siendo escasos. En la revisión realizada por Sáenz Mata (2016), se concluyó que existen escasos estudios rigurosos acerca de los programas psicosociales para personas mayores con TMG, y no está claro cuáles de estos poseen mayor eficacia, presentando un reto el buscar adaptaciones para el colectivo. Además, a pesar del valor potencial de estos programas a lo largo del ciclo vital, no se consideran de manera implícita las necesidades particulares de las personas mayores con TMG (Pratt et al., 2008). Muchos programas se aplican en población adulta con TMG sin haber sido realmente adaptados a ellas (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2008). Teniendo en cuenta las circunstancias a las que se enfrenta el colectivo y su exponencial crecimiento, se torna necesario adaptar los tratamientos a sus necesidades, proveyendo tratamientos integrales que

promuevan el bienestar, mejoren la calidad de vida y reduzcan los síntomas propios del TMG (Bartels y Pratt, 2009).

Esta necesidad ha motivado la implementación de programas como HOPES (Helping Older People Experience Success), el cual integra la rehabilitación psiquiátrica y la gestión de la salud para mejorar el funcionamiento psicosocial y reducir las necesidades médicas de las personas mayores con TMG (Pratt et al., 2008); HEALTHY IDEAS, otro programa basado en la comunidad que se centra en depresión en personas mayores y que aborda las barreras habituales que se pueden encontrar y que impiden acceder a un servicio de salud mental (Banghwa et al., 2008); o PATCH, cuyo objetivo es capacitar al personal de vivienda social para que actúe como detector de casos y brinde evaluaciones y tratamientos a domicilio (Robbins et al., 2000).

Estos tratamientos son más específicos y cubren necesidades de las personas mayores con TMG, pero dejan en un segundo plano el bienestar. Las personas mayores presentan con mayor frecuencia menor calidad de vida que las jóvenes, sobre todo cuando inciden factores de riesgo sobre ellas como las enfermedades físicas o mentales o la institucionalización (Azeem y Naz, 2015; Chachamovich et al., 2008; Corcoran et al., 2013; Nicholson et al., 2006; Lelkes, 2008; Valko et al., 2007). Por ello, atendiendo a los múltiples beneficios que concede el experimentar niveles altos de bienestar subjetivo, como la mejora de la calidad de vida, incluso el pronóstico asociado al TMG, potenciando sus recursos personales, conviene incluirlo en los tratamientos destinados a las personas mayores con TMG (Caballero, 2024).

Bienestar Subjetivo (BS)

Anteriormente, los tratamientos psicosociales se han basado en la mejoría del funcionamiento general, compensando los déficits y potenciando una integración comunitaria, social y normalizada, pero dando al BS un papel secundario (Siegrist y cols., 2015; Varga y

cols., 2018). En el presente, se puede afirmar que la rehabilitación psicosocial y la intervención comunitaria son esenciales para mejorar la calidad de vida de esta población (Bartels & Pratt, 2009). Varios estudios señalan que las personas afectadas por un TMG sí son capaces de experimentar BS, y que este es independiente de la gravedad de sus síntomas psiquiátricos (Stanga y cols., 2019). Cuando la función social y la reducción de los síntomas son posibles, el BS se considera una variable muy valiosa de cara a la recuperación de estas personas (Bartels et al., 2004).

El bienestar se define según la RAE (2024) como “el conjunto de las cosas necesarias para vivir bien”. El BS es un concepto más concreto. Las primeras apariciones relacionadas con el concepto consideraron el término eudaimonia, haciendo referencia a la “plenitud del ser”, y daimon, uniendo las ideas de felicidad y fortuna divina (Tatarkiewicz, 1976; Wilson, 1967).

A lo largo de los años, este concepto ha ido cambiando según las circunstancias (Caballero, 2024). Hoy en día, el BS se puede entender desde componentes más objetivos como la renta per cápita, a conceptos más subjetivos como la satisfacción vital (Aedo et al., 2020). De esta manera, Diener (1994) clasifica los siguientes elementos dentro del BS: (1) la subjetividad, entendida como la propia experiencia de la persona; (2) su dimensión global, ya que valora todos los aspectos de la vida; y (3) la inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.

Actualmente, el BS se conceptualiza en dos componentes: el componente hedónico y el eudaimónico. El componente hedónico tiene que ver con conceptos como el balance del afecto (positivo / negativo), la satisfacción y la felicidad; el componente eudaimónico incluye la autonomía, la autoaceptación, el control del entorno, el propósito de vida, las relaciones positivas y el crecimiento personal.

Concretamente, en este colectivo hay datos que apuntan que la promoción del BS disminuye el sufrimiento emocional asociado (Chakhssi y cols., 2018), mejora el pronóstico (Emsley y cols., 2011), la respuesta terapéutica (Frese y cols., 2009; Schennach-Wolff y cols., 2011), y se asocia a una mejor respuesta ante los tratamientos farmacológicos (Fenton y cols., 1997; Remington y cols., 2010). Finalmente, los niveles altos de BS se han asociado también con un menor aislamiento y menores niveles de sentimientos de soledad (VanderWeele y cols., 2012), existiendo una relación directa entre el BS y la búsqueda de apoyo social (Broyd y cols., 2016). En cambio, el papel del funcionamiento psicosocial, pese a ser un objetivo diana en la rehabilitación psicosocial, no ha mostrado ser determinante para el BS (Saperia y cols., 2018).

Además, el bienestar y la calidad de vida asociada a la salud se han relacionado con un envejecimiento exitoso (Noriega et al., 2017). Este envejecimiento exitoso se basa, entre otros conceptos, en el grado de BS. La creencia de que envejecer es transportarse de la plenitud social, física y mental a la decrepitud está desapareciendo (Sarabia Cobo, 2009). Es necesario trabajar el BS en los programas dirigidos a personas mayores, ya que es considerado un indicador de salud mental, además de sinónimo de felicidad e integración social (Anguas, 1997).

Psicología Positiva

La psicología positiva, según Seligman (1999), se define como el estudio científico de las experiencias y características personales positivas, así como de las instituciones que fomentan su desarrollo y los programas diseñados para mejorar la calidad de vida de las personas, mientras se previene o reduce la aparición de trastornos psicológicos. También se entiende como el análisis de las fortalezas y virtudes humanas, lo que permite adoptar una visión más amplia del potencial humano, sus motivaciones y capacidades.

Diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas recientes han confirmado que las intervenciones basadas en la psicología positiva son efectivas para mejorar el bienestar psicológico y subjetivo. Estos resultados se han observado en comparación con otros grupos de control activo, tanto en poblaciones adultas (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2021; Chakhssi et al., 2018; Hendriks et al., 2020; Hoppen y Morina, 2021; McTiernan et al., 2022; Schutte y Malouff, 2019) como en personas mayores de 60 años (Iwano et al., 2022; Sutipan et al., 2017).

En esta línea, existen algunos estudios que han estudiado la eficacia de programas multicomponente basados en la Psicología Positiva para personas afectadas por un TMG como el Positive Living de Meyer et al., (2012) y el WELLFOCUS de Schrank et al., (2016).

Algunos componentes de la psicología positiva que han sido incorporados en los programas para incrementar el BS son el optimismo, a través de la reestructuración cognitiva de pensamientos negativos hacia otros más positivos (Laranjeira, 2022); la autocompasión hacia sí mismo (Çutuk, 2021), entendida como una forma saludable de autoaceptación ante las dificultades, tratándose uno con amabilidad, mediante el diálogo positivo con uno mismo, reconociendo y aceptando el malestar (Neff, 2003). Asimismo, otros factores como la promoción de emociones positivas también han mostrado tener una relación fuerte y directa con el BS. Fredrickson (2001) expuso que las emociones positivas tenían un efecto beneficioso en el estilo de pensamiento. Concretamente, mejoraban los pensamientos automáticos, ampliando la gama de estos, orientándolos hacia el futuro, haciéndolos más flexibles y adaptables a los cambios, siendo en último término más eficientes.

Metodología

Procedimiento

Antes de la puesta en marcha del programa, se llevó a cabo un proceso de adaptación del protocolo con el objetivo de asegurar su idoneidad para personas mayores con TMG. Para ello, se organizaron tres reuniones de coordinación con los tres profesionales de la psicología involucrados en la implementación del programa. Durante estos encuentros, se revisó exhaustivamente todo el material, verificando que estuviera debidamente adaptado a las características y necesidades específicas de la población destinataria. Esta adaptación consistió en la adecuación de las narrativas, las imágenes y lenguaje. Además, se tomaron decisiones relacionadas con el trabajo en las sesiones, atendiendo a la secuenciación de las mismas de manera exhaustiva previendo posibles déficits cognitivos. Asimismo, se ajustó el tamaño de todas las presentaciones debido a las dificultades visuales.

De esta manera, durante los meses previos a la intervención se formó a los terapeutas en el protocolo de PyA+, con el objetivo de garantizar una aplicación homogénea y rigurosa del mismo, así como fomentar una comprensión profunda de sus fundamentos teóricos y metodológicos.

La aprobación ética del estudio se obtuvo a través del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Pontificia de Comillas en septiembre de 2024. Todos los procedimientos realizados siguen las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones posteriores (Asociación Médica Mundial, 2013).

Todos los participantes fueron informados sobre el estudio y la intervención de grupo mediante una hoja informativa que fue completada antes de comenzar el estudio. Tras firmar el consentimiento informado, se evaluó a los participantes en una medida pretest. Esta evaluación

incluyó las medidas clínicas y de bienestar que describiremos a continuación. Los cuestionarios fueron autoinformados de manera individual y, en caso necesario, con la ayuda de un profesional.

Una vez comenzado el programa, las sesiones se llevaron a cabo semanalmente en dos grupos de 13 a 15 participantes. Al final de cada sesión, los terapeutas completaban el cuestionario de consecución de objetivos, asistencia y cumplimentación de tarea y los participantes realizaban los cuestionarios de intersesión.

Al finalizar el programa, los participantes completaron un cuestionario de satisfacción y se volvieron a recoger las medidas clínicas y de bienestar obtenidas en la medida pretest (medida posttest).

Participantes

Los participantes del estudio fueron 26 personas residentes del Centro Residencial Grupo 5 Puerta de Hierro, situado en Madrid. El método de reclutamiento se basó en la participación voluntaria, la adecuación al programa y el cumplimiento de los criterios de inclusión, que fueron los siguientes: 1) tener más de 60 años; 2) tener diagnóstico de TMG; 3) vivir en la MR Puerta de Hierro; 4) querer participar en el programa voluntariamente. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: 1) presentar una discapacidad física que impidiera el traslado a la sesión; 2) presentar discapacidad cognitiva grave; 3) tener una incapacidad que precisase un consentimiento del tutor o no que éste no acepte que el usuario participe.

Todos los participantes son personas mayores de 60 años con diagnóstico de TMG. Las sesiones se realizaron en dos grupos separados, debido a la disponibilidad de espacio en la residencia y a la incompatibilidad con otras actividades internas.

Medidas

Características Sociodemográficas y Clínicas

Se recogió información sobre la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo más alto alcanzado, la situación laboral, la convivencia en el momento de la evaluación, el diagnóstico clínico, el tipo de medicación, el primer contacto con servicios de salud mental, la frecuencia de asistencia a terapia psicológica y el porcentaje de discapacidad reconocida.

Medidas de Viabilidad y Aceptabilidad

Cuestionarios Rellenados por los Terapeutas.

- *Asistencia a las sesiones y cumplimiento de las tareas.* Se diseñó un inventario con el que se evaluó la asistencia a las sesiones, la realización de las tareas en sesión (Sí / No) y las tareas para casa (Sí / No). Se proporcionó una tabla inmediatamente debajo para registrar a los usuarios que no asistían a la sesión, así como un espacio para especificar el motivo de dicha ausencia.
- *Formulario de cumplimiento del protocolo.* Se diseñó un inventario de nueve ítems que evaluó la consecución de los objetivos de cada sesión (p. ej., la explicación de los conceptos clave de la sesión). Los terapeutas puntuaron el grado de consecución de los objetivos en cada sesión mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (0 = “nada”, 1 = “parcialmente”, 2 = “totalmente” y 9 = “no aplicable”).

Cuestionarios Rellenados por los Participantes.

- *El estado psicológico general de los participantes.* Se utilizó la versión en castellano del *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure* (CORE-OM; Feixas et al., 2012), que consta de cinco ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos (0 =

“Nunca”; 4 = “Siempre o casi siempre”). La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems y calculando la media. Según los criterios propuestos por Barkham et al. (2013), se considera que una puntuación media inferior a 1,0 indica un nivel bajo de malestar, entre 1,0 y 1,49, leve, entre 1,5 y 1,99, moderado, y puntuaciones iguales o superiores a 2,0 un nivel alto o clínicamente significativo de malestar psicológico. La consistencia interna del cuestionario, evaluándose mediante el coeficiente α de Cronbach, arrojó un valor de 0.80.

- *El bienestar mental positivo de los participantes.* Se utilizó la versión en castellano del *Warwick Edinburgh Mental Well being Scale* (WEMWBS; Tennant et al., 2007) que evalúa el grado de acuerdo con siete afirmaciones sobre sentimientos y pensamientos, utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = “Nunca”; 5 = “Siempre o casi siempre”). La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems, y puede transformarse mediante una conversión estandarizada para facilitar su interpretación. Según Stewart-Brown et al. (2009), puntuaciones más altas indican niveles superiores de bienestar mental. La consistencia interna del cuestionario, evaluándose mediante el coeficiente α de Cronbach, arrojó un valor de 0.92.
- *La satisfacción con el programa.* Al final del programa, se evaluó la satisfacción de los participantes con el programa mediante la versión española del *Client Satisfaction Questionnaire-8* (CSQ-8; Larsen et al., 1979), un cuestionario de calidad asistencial compuesto por ocho ítems con una escala tipo Likert de 4 puntos, con diferentes codificaciones según el ítem. Las puntuaciones totales oscilan entre 8 y 32. Puntuaciones más altas indican una mayor satisfacción con la intervención. Se considera que una puntuación superior a 24 refleja una satisfacción elevada. La

consistencia interna del instrumento arrojó un valor de α de Cronbach de 0.88

- El *funcionamiento grupal*. En relación con la satisfacción, se añadieron cuatro cuestiones relacionadas con el funcionamiento grupal, puntuadas en una escala de 0 a 10. Puntuaciones más altas reflejan una mejor percepción del trabajo en grupo.
- El *feedback de los participantes*. El cuestionario incluyó dos preguntas abiertas para obtener retroalimentación cualitativa por parte de los participantes.

Ambos cuestionarios (CORE-OM Y WEMWBS) fueron aplicados al final de cada sesión para evaluar el impacto emocional inmediato de la intervención.

Bienestar y Medidas Clínicas

Se realizó una evaluación antes de la intervención (medida pretest) y otra al término de esta (medida posttest). Las diferentes medidas recogidas en ambos momentos se dividieron en primarias, relacionadas con el bienestar, y secundarias, relacionadas con el autoestigma, la percepción de futuro, la percepción de su propia vida y la sintomatología clínica.

Medidas Primarias.

- El *bienestar hedónico* se midió mediante el *The Satisfaction With Life Scale (SWLS;* Diener et al., 1985) en su versión validada al castellano (Vázquez et al., 2013). La escala cuenta con cinco ítems con escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1 = “totalmente en desacuerdo”; 7 = “totalmente de acuerdo”), proporcionando un rango de puntuación total de 5 a 35. Puntuaciones más altas indican mayor nivel de satisfacción con la vida. Según los puntos de corte propuestos por Pavot y Diener (1993), una puntuación entre 20 y 24 se considera un nivel medio de satisfacción, mientras que puntuaciones de 25 o más reflejan un nivel alto, y por debajo de 20, baja satisfacción. El análisis de fiabilidad arrojó un α de Cronbach de 0.86.

- El *bienestar psicológico* se evaluó a través del *Warwick Edinburgh Mental Well being Scale* (WEMWBS; Tennant et al., 2007), en su versión abreviada y traducida al castellano (López et al., 2013). Esta versión consta de siete ítems que miden aspectos del bienestar psicológico positivo, utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos (1=“nunca”; 5=“siempre”). La puntuación total varía entre 7 y 35, siendo las puntuaciones más altas indicativas de un mayor nivel de bienestar mental. No existen puntos de corte clínicos específicos, pero se considera que puntuaciones más elevadas reflejan un mejor estado psicológico general. El análisis de fiabilidad mostró un α de Cronbach de 0,88.

Medidas Secundarias.

- El *autoestigma* se evaluó con el *Internalized Stigma of Mental Illness-12* (ISMI-12; Hammer et al., 2018), en su versión traducida al castellano (Caqueo-Urizar et al., 2019). El cuestionario consta de 12 ítems con una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = “totalmente en desacuerdo”; 4 = “muy de acuerdo”), con una puntuación total que varía entre 12 y 48. Puntuaciones más altas indican mayor autoestigma. Aunque no existen puntos de corte universales en esta versión abreviada, se considera que una puntuación total superior a 36 refleja una interiorización significativa del estigma. El análisis de fiabilidad mostró un α de Cronbach de 0.69.
- La *apertura hacia el futuro* se evaluó mediante la *Openness to the Future Scale* (OFS; Botella et al., 2018) en su versión en castellano (EAF). Cuenta con 10 ítems y una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = “totalmente en desacuerdo”; 5 = “totalmente de acuerdo”), lo que da lugar a una puntuación total que puede oscilar entre 10 y 50.

Puntuaciones más altas reflejan una actitud más positiva y esperanzadora hacia el futuro. El análisis de fiabilidad mostró un α de Cronbach de 0.86.

- La *percepción de su propia vida* se evaluó mediante *The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (PGMS; Lawton, 1978). Este cuestionario consta de cinco ítems con respuestas dicotómicas (SI/NO). La puntuación total varía entre 0 y 5, con una mayor puntuación indicando una percepción más positiva de la propia vida. Generalmente, puntuaciones más altas reflejan un mejor bienestar general, mientras que puntuaciones más bajas podrían estar asociadas a una percepción negativa o deteriorada de la salud y calidad de vida. Para mejorar la consistencia interna del instrumento, se invirtieron los ítems 2 y 4, ya que inicialmente el α de Cronbach resultó negativo. Tras la corrección, el análisis de fiabilidad mostró un α de Cronbach de 0.79.
- Los *sintomatología clínica* asociada al TMG se evaluó mediante el *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45; Sandín et al., 2008), una adaptación reducida del Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis, 2004). Este instrumento autoinformado consta de 45 ítems que exploran distintos síntomas psicológicos, donde los participantes indican la frecuencia o intensidad de cada síntoma en una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = “nada”; 4 = “mucho”). La puntuación total puede oscilar entre 0 y 180, de modo que puntuaciones más altas reflejan un mayor grado de sintomatología psicológica. El instrumento mostró un α de Cronbach total de 0.95. Este cuestionario se divide en nueve subescalas sintomáticas, cada una con su propia consistencia interna, reflejadas en el Apéndice.

Diseño de Estudio

Se trata de un estudio piloto cuasiexperimental de aceptabilidad y eficacia del programa PyA+ en personas mayores con TMG. Consiste en un diseño pre-post, con evaluación de los participantes inmediatamente antes y después de la intervención, la cual tuvo una duración de 15 semanas. Además, se realizó un seguimiento semanal de los resultados con el fin de monitorizar de manera precisa el estado de los participantes durante el programa y evaluar su evolución a lo largo del tiempo.

Procedimiento de la Intervención

Características del Protocolo PyA+ Original

El programa PyA+ es una terapia integradora que combina varios enfoques terapéuticos, incluidos módulos de psicología positiva (Seligman et al., 2005), terapia cognitivo-conductual (Beck, 2018; Lazarus & Folkman, 1984) y terapia de aceptación y compromiso (Gilbert, 2019; Morris et al., 2013). Se organiza en seis módulos progresivos basados en la teoría de amplificación y construcción de las emociones (Fredrickson, 2013). Esta teoría sugiere que las emociones positivas vividas por los usuarios activan una cascada de recursos personales que promueven la consecución de sus objetivos personales. Fredrickson (2001) plantea que las emociones positivas tienen un “efecto expansivo” sobre los procesos cognitivos y conductuales, como la ampliación del repertorio de pensamiento, fomentando su flexibilización y apertura. Asimismo, las emociones positivas también permiten una recuperación del estrés y contribuyen a la resiliencia, al optar por interpretaciones más constructivas y aumentar la percepción de control ante la adversidad.

Cada uno de los seis módulos del programa se diseñó con el objetivo de abordar áreas clave de la salud mental de las personas mayores con TMG, incluyendo la gestión de emociones

positivas, la mejora de la resiliencia, y el fomento del optimismo. El programa comenzó con un enfoque en la regulación emocional y la gestión del estrés, avanzando gradualmente hacia el fomento de la motivación y la planificación de metas personales, lo cual tiene un impacto directo en la satisfacción con la vida y el bienestar general. De esta manera, comienza enfocado al bienestar hedónico y va evolucionando hacia el eudaimónico. En este sentido, el objetivo es incrementar las emociones positivas para proporcionar pensamientos más flexibles que conducen al optimismo, y, consecuentemente, a la consecución del proyecto de vida. Los módulos incluyen los siguientes temas:

1. Emociones: identificación de emociones agradables y desagradables, concepto de “saboreo”.
2. Pensamientos: reconocimiento y transformación de pensamientos negativos, modelo ABCDE.
3. Autocuidado: comprensión de la autoamabilidad.
4. Proyecto de vida: sesión individual de construcción del proyecto de vida.
5. Estrategias de afrontamiento: qué son, cuáles existen y cuándo y cómo utilizarlas.
6. Apoyo social: sesión multifamiliar, despedida y cierre.

Adecuación de PyA+

Se llevó a cabo un trabajo previo a la implementación del programa para adecuar las características del programa a la población mayor con TMG. Estas adecuaciones incluyeron una simplificación de los materiales, el uso de ejemplos adaptados a sus realidades, el mayor uso de imágenes, la clarificación de las instrucciones y la flexibilidad en la participación. Además, se flexibilizó la metodología en tanto en cuanto pudiesen ocurrir posibles ausencias y se realizaron ajustes en las tareas, de manera que se facilitara su realización y se maximizaran los beneficios

del programa. Del mismo modo, se prestó ayuda a los usuarios que encontraban dificultades para cumplimentar los cuestionarios de intersesión o en la recogida de las medidas clínicas.

El programa se desarrolló a lo largo de 15 sesiones, con una atención especial a la correcta explicación y comprensión de sus contenidos.

Estructura de las Sesiones

Las 15 sesiones se realizaron semanalmente, con una duración aproximada de 70 minutos. Todas ellas seguían una estructura similar. Comenzaban con la revisión de las tareas semanales (si las hubo) y con la explicación del contenido de la sesión. Para finalizar, se elegía una canción y se rellenaba el cuestionario de monitorización.

Algunas sesiones tenían tareas obligatorias para realizar durante la semana posterior (sesión 2, 3, 5, 7, 12), con el objetivo de reforzar los contenidos tratados. El contenido de estas tareas se basaba en narrativas relacionadas con vivencias cotidianas de personas mayores con TMG. Por ejemplo, para trabajar los pensamientos negativos se utilizaron ejemplos como miedos anticipatorios por entrar en una nueva residencia.

Las sesiones se llevaron a cabo de manera grupal en dos turnos para no interferir con las actividades programadas de la residencia. La novena sesión se realizó de manera individual. Además, la última sesión tuvo una estructura un poco diferente ya que fue invitada la persona de referencia de los usuarios. En esta sesión se explicó el trabajo realizado a lo largo del programa, abordando temas como el incremento de emociones positivas y el pensamiento optimista.

En los casos en que los participantes no podían acudir a las sesiones, ya fuese por motivos médicos, personales, o de cualquier otra índole, esta se recuperaba en una “sesión de recuperación” en algún momento de la semana previo a la siguiente sesión.

Análisis de Datos

Se ha evaluado la viabilidad de la intervención registrando la adhesión de los participantes y el cumplimiento del programa registrado por los terapeutas. También se han analizado las respuestas cuantitativas y cualitativas a los cuestionarios de satisfacción para evaluar la aceptabilidad de la intervención por parte de los participantes y los terapeutas.

Para garantizar la calidad psicométrica de las medidas utilizadas, se evaluó la fiabilidad interna de todos los cuestionarios aplicados mediante el coeficiente α de Cronbach. Los valores obtenidos oscilaron entre 0.69 y 0.95, lo que indica una consistencia interna de moderada a excelente, según el instrumento.

Para evaluar los cambios en los resultados de los cuestionarios en los diferentes momentos de medición (intersesión, pre y post intervención), se llevaron a cabo pruebas T de medidas repetidas entre las diferentes evaluaciones, así como en las intersesiones. Para evaluar la significación de los cambios, se emplearon los valores de t y p . Esta prueba permite determinar si las diferencias observadas entre las puntuaciones de los cuestionarios son estadísticamente significativas. Además, se calculó la d de Cohen para estimar el tamaño del efecto.

De manera similar, para los cuestionarios administrados en los momentos pre y post intervención, se calculó la diferencia de medias. Se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas para evaluar si existían diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas. La significación estadística de los cambios fue evaluada a través del valor de p , y el tamaño del efecto se estimó utilizando la d de Cohen. Esto permitió determinar no solo si las diferencias fueron significativas, sino también la magnitud de estas, lo que proporciona una comprensión más profunda del impacto de la intervención. Además, se realizó también un análisis

independiente de las diferentes subescalas que componen el SA-45 para conocer los posibles cambios en sintomatología clínica.

Los análisis se realizaron en SPSS (29.0) y Jamovi, todas las pruebas fueron bidireccionales y se consideraron significativos los resultados estadísticos con $p < .05$.

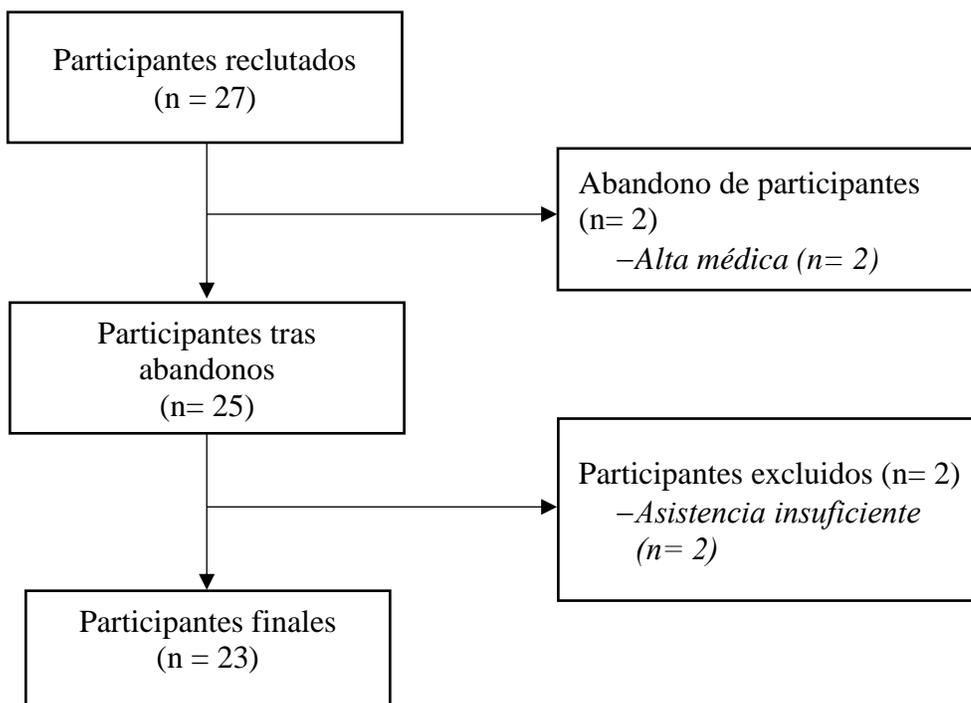
Resultados

Viabilidad

Se remitió a un total de 27 participantes que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio. No obstante, dos de ellos causaron baja tras recibir el alta clínica durante la intervención. Además, otros dos no alcanzaron el mínimo del 50% de asistencia a las sesiones, motivo por el cual fueron excluidos del análisis (véase Figura 1).

Figura 1

Modelo de diagrama de flujo de participación en el estudio



La muestra analizada finalmente estuvo conformada por 23 participantes (52% mujeres; edad media = 69.05; DT = 6.1). No se encontraron diferencias sociodemográficas o clínicas entre los participantes que completaron la intervención y los que la abandonaron (Véase Tabla 2).

Tabla 2

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

| | Muestra inicial (n= 27) | | PyA+ (n= 23) | | Abandonos (n= 4) | | <i>p</i> ** |
|---|-------------------------|------|--------------|------|------------------|-----|-------------|
| Edad [<i>Media (DT)</i>] | 66.3 | 5.4 | 65.9 | 5.8 | 66.7 | 3.7 | .700 |
| Sexo [<i>mujeres: n (%)</i>] | 16 | 59.3 | 13 | 59.1 | 3 | 60 | .970 |
| Pareja [<i>n (%)</i>] | | | | | | | .147 |
| Soltero | 17 | 63 | 15 | 68.2 | 2 | 40 | |
| Con pareja sin convivir | 2 | 7.4 | 2 | 9.1 | --- | --- | |
| Separado / divorciado | 6 | 22.2 | 3 | 13.6 | 3 | 60 | |
| Viudo | 2 | 7.4 | 2 | 9.1 | --- | --- | |
| Convivencia [<i>en una MR: n (%)</i>] | 26 | 96.3 | 22 | 100 | 4 | 80 | .033 |
| Estudios | | | | | | | .641 |
| Secundaria | 2 | 7.7 | 2 | 9.1 | --- | --- | |
| Grado medio | 2 | 7.7 | 2 | 9.1 | --- | --- | |
| Bachiller | 8 | 30.8 | 7 | 31.8 | 1 | 25 | |
| Grado superior | 3 | 11.5 | 3 | 13.6 | --- | --- | |
| Grado universitario | 11 | 42.3 | 8 | 36.4 | 3 | 75 | |
| Laboral | | | | | | | .765 |
| He trabajado | 16 | 59.3 | 13 | 59.1 | 3 | 60 | |
| No he trabajado | 9 | 33.3 | 7 | 31.8 | 2 | 40 | |
| Jubilación | 2 | 7.4 | 2 | 9.1 | --- | --- | |
| Diagnóstico | | | | | | | .870 |
| Esquizofrenia | 18 | 66.7 | 15 | 68.2 | 3 | 60 | |
| Trastorno bipolar | 5 | 18.5 | 4 | 18.2 | 1 | 20 | |

| | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|-----|------|
| Trastorno de la personalidad | 3 | 11.1 | 2 | 9.1 | 1 | 20 | |
| Depresión | 1 | 3.7 | 1 | 4.5 | --- | --- | |
| Medicación | | | | | | | |
| Antipsicóticos | 24 | 88.9 | 19 | 86.4 | 5 | 100 | .381 |
| Antidepresivos | 11 | 40.7 | 9 | 40.9 | 2 | 40 | .970 |
| Benzodiacepinas | 13 | 48.1 | 9 | 40.9 | 4 | 80 | .114 |
| Inductores del sueño | 6 | 22.2 | 6 | 27.3 | --- | --- | .185 |
| Estabilizador del ánimo | 10 | 37 | 10 | 45.5 | --- | --- | .057 |
| Años en contacto con salud mental [<i>Media (DT)</i>] | 42.1 | 13.8 | 42.1 | 13.8 | 29.1 | 21 | .310 |
| Frecuencia de terapia psicológica | | | | | | | .627 |
| Una vez a la semana | 26 | 96.3 | 21 | 95.5 | 5 | 100 | |
| Cada 15 días | 1 | 3.7 | 1 | 4.5 | --- | --- | |
| Discapacidad asociada [<i>si: n(%)</i>] | 19 | 70.4 | 15 | 68.2 | 4 | 80 | .601 |
| % discapacidad [<i>Media (DT)</i>] | 31.2 | 25.5 | 36.6 | 28.6 | 0 | 0 | |

*Nota: p** < .05*

Tres psicólogas (66.7% mujeres) con edades comprendidas entre los 23 y los 27 años (edad media = 25; DT = 2) participaron en las intervenciones grupales. Una de las psicólogas es la psicóloga actual del centro. Obtuvo la habilitación clínica por la Universidad Pontificia Comillas en el año 2022, y lleva trabajando en el centro desde entonces. Otra de las psicólogas estaba realizando su período de practicas universitarias en el centro y colaboró en las sesiones prestando apoyo logístico (reparto de material, convocatoria de los usuarios y apoyo a aquellos que requerían de ayuda para cumplimentar los cuestionarios). Por último, el psicólogo y autor de la investigación también llevó a cabo las sesiones. Finalizó en mayo de 2025 el Máster General Sanitario en la Universidad Pontificia Comillas y, hoy en día, cursa el Máster de Especialización Terapéutica: Intervención Familiar, en la misma universidad.

De las 15 sesiones totales del programa, los participantes asistieron a una media de 13.7 (DT=1.78). Como se comentó anteriormente, los participantes podían recuperar voluntariamente las sesiones perdidas antes de la siguiente, individualmente o en pequeños grupos. Los usuarios que no pudieron acudir por diversos motivos recuperaron una media de 1.54 sesiones. De los 23 participantes, 8 completaron el conjunto completo de las 15 sesiones de intervención.

En cuanto a la realización de tareas, los participantes completaron el 97.9 % de las tareas durante las sesiones y el 59.72% de las tareas para casa, con un porcentaje similar de tareas obligatorias (42,9%). Todos los participantes acudieron a la última sesión con su persona de apoyo. De ellos, 12 eran familiares de primer grado, 5 eran profesionales con los que mantenían una buena relación, 5 eran compañeros del propio grupo, una persona invitó a un amigo y otra persona a su acompañante terapéutico. Todas las personas acudieron a la sesión, la cual, tanto usuarios como profesionales, valoraron muy positivamente por su calidez y alta emotividad positiva.

En cuanto al protocolo, los terapeutas informaron de un 93.9% de cumplimiento del mismo y sus objetivos. En las sesiones 5, 8, 9 y 10, al menos un terapeuta consideró que se necesitaba más tiempo para lograr el objetivo de la sesión.

En las entrevistas, los terapeutas indicaron que estaban satisfechos con el trabajo del grupo y la aplicación del programa. Los aspectos que destacaron fueron la puntualidad y asistencia de los usuarios, el sentimiento de grupo generado, la coordinación entre terapeutas, el respeto de las diferentes opiniones y la introducción de un terapeuta externo al centro, ofreciendo una visión diferente y cierta unicidad a la intervención, percibida como “un evento especial” por parte de los usuarios.

Aceptabilidad y Satisfacción

La aceptabilidad de la intervención fue notablemente alta entre los participantes. Los participantes percibieron a los terapeutas como muy competentes (valoración media: 8.67; DT = 1.53) y atentos (valoración media: 8.68; DT = 1.39), e informaron de un funcionamiento general positivo del grupo (valoración media: 7.70; DT = 1.56). Además, el 90.9% de los participantes repetirían la experiencia y el 95.5% recomendaría la intervención a otras personas.

Las experiencias subjetivas de los participantes y los terapeutas se recogieron en la última sesión. Los participantes destacaron el sentimiento de grupo, el vínculo con los compañeros, la perspectiva de futuro, el “saboreo”, el poder poner palabras a las cosas que les pasan, el amor percibido, la compañía, entre otras. Apreciaron especialmente la relación con los terapeutas y el espacio individual de la sesión 9 para reflexionar sobre su propósito vital y ser escuchados. Valoraron especialmente la última sesión, en la que pudieron compartir sus objetivos personales, su experiencia en el programa, mostrando más aspectos de sí mismos y siendo vistos por el terapeuta como una población general, y no sólo como «pacientes enfermos». Destacaron lo mucho que el grupo les ayudó a sentirse más felices, a combatir los síntomas negativos percibidos, modificar algunas creencias y generar un propósito vital. Sin embargo, necesitaban ayuda para hacer las tareas semanales, rellenar los cuestionarios de la investigación y automatizar y generalizar a sus vidas lo aprendido en el grupo de aprendizaje. En última instancia, todos ellos señalaron la necesidad de complementar sus objetivos de rehabilitación con un enfoque de bienestar y la importancia de dar continuidad a todo el trabajo realizado con sus terapeutas. Por otro lado, los terapeutas destacaron el gran potencial del trabajo en grupo, así como la participación activa de los usuarios.

Análisis de los Resultados

Los análisis realizados no revelaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en los distintos cuestionarios, ni en la comparación entre las medidas pre y post intervención (Tabla 3), ni en las evaluaciones realizadas entre sesiones ($p > .05$) (Figuras 2 y 3). No obstante, se observó una mejoría en las puntuaciones medias al finalizar el programa en comparación con los valores iniciales, lo que sugiere una tendencia positiva en las variables evaluadas. Destacan, además, en la monitorización del BS, las sesiones 4, 7 y 14, con las puntuaciones medias más altas, lo que podría indicar un mayor impacto de la intervención. A pesar de esta evolución favorable, los cambios no fueron suficientes para alcanzar significación estadística, por lo que no puede afirmarse que la intervención haya producido un efecto significativo desde el punto de vista inferencial.

Tabla 3

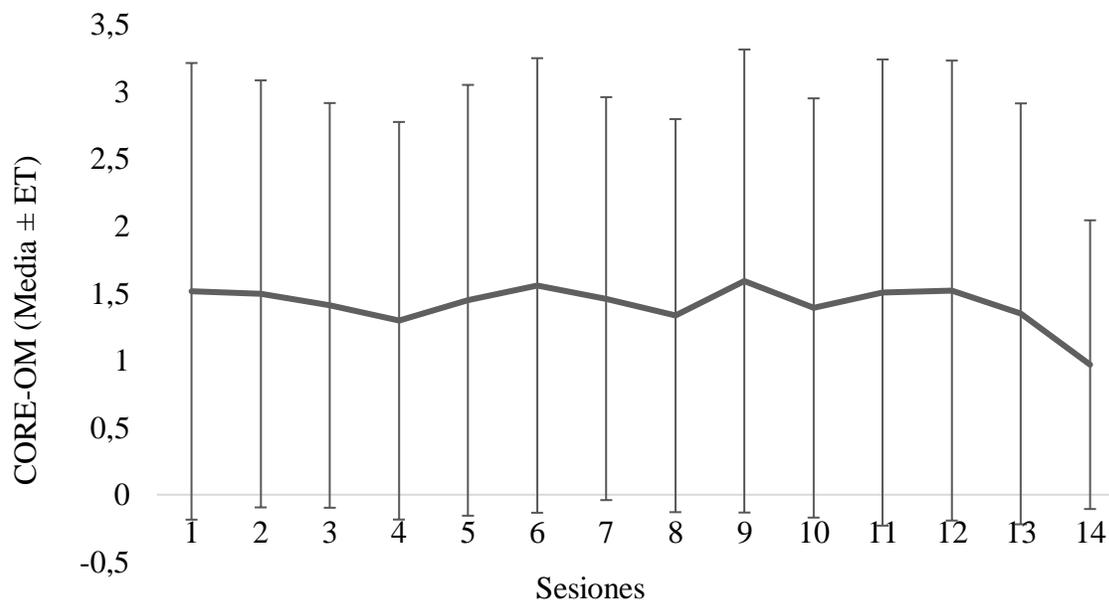
Diferencias en las puntuaciones de los cuestionarios pretest y postest (n= 23)

Nota: los estadísticos t , p y d corresponden a los estadísticos de t de Student

| | Medida Pre | | Medida Post | | Comparación | | |
|---------|------------|-------|-------------|------|-------------|-----|------|
| | Media | DT | Media | DT | t | p | d |
| SWLS | 14.40 | 7.80 | 16.74 | 6.94 | -.66 | .51 | 1.94 |
| ISMI-12 | 24.53 | 6.18 | 24.14 | 6.68 | .15 | .87 | .82 |
| EAF | 29.95 | 9.60 | 32.01 | 9.61 | -1.07 | .30 | 1.17 |
| WEMWBS | 22.04 | 6.58 | 23.01 | 7.08 | -.40 | .70 | 1.17 |
| PGMS | .40 | .38 | .45 | .31 | -.52 | .60 | .50 |
| SA-45 | 57.41 | 37.72 | 43.50 | 35.3 | .97 | .35 | 1.23 |

Figura 2

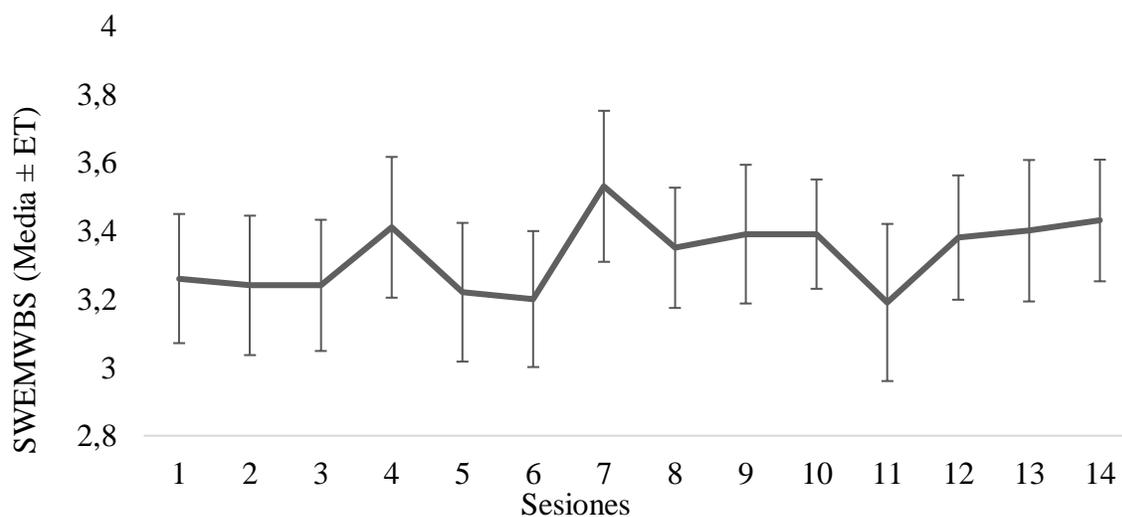
Puntuación media en el cuestionario CORE-OM a lo largo de la intervención



Nota. La figura representa la disminución de puntuaciones medias de los usuarios en el cuestionario CORE-OM lo que indica un índice de malestar bajo.

Figura 3

Puntuación media en el cuestionario WEMWBS a lo largo de la intervención



Nota. La figura representa el aumento de la media de las puntuaciones en el cuestionario WEMWBS, indicativo de un incremento del bienestar; ET= error típico

Al comparar la sintomatología clínica tras la intervención, no se observó ningún un agravamiento significativo en ninguno de los síntomas evaluados. Se encontraron algunas

puntuaciones mayores en la medida post, pero no llegan a ser estadísticamente significativos (véase Tabla 4).

Tabla 4

Diferencias en la sintomatología clínica en el cuestionario SA-45

| | Medida Pre | | Medida Post | | Comparación | | |
|----------------------------|------------|------|-------------|------|-------------|----------|----------|
| | Media | DT | Media | DT | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>d</i> |
| Depresión | 8.17 | 6.12 | 8.73 | 6.43 | -.33 | .74 | 1.53 |
| Hostilidad | 2.52 | 3.67 | 2.29 | 3.10 | .17 | .86 | 1.02 |
| Sensibilidad interpersonal | 6.52 | 5.10 | 7.14 | 6.13 | -.36 | .71 | 1.40 |
| Ansiedad | 6.91 | 5.98 | 7.15 | 5.25 | -.32 | .75 | 1.51 |
| Ansiedad fóbica | 7.30 | 6.09 | 7.27 | 6.50 | .18 | .85 | 1.84 |
| Psicoticismo | 4.48 | 5.54 | 4.43 | 4.87 | -.29 | .77 | 1.50 |
| Ideación paranoide | 4.96 | 4.20 | 4.95 | 4.30 | -1.22 | .23 | 1.75 |
| Obsesión – compulsión | 8.74 | 5.90 | 8.14 | 6.07 | .37 | .71 | 1.50 |
| Somatización | 7.83 | 5.33 | 8.37 | 5.74 | .00 | 1.00 | 1.41 |

Discusión

El objetivo principal de este estudio piloto fue determinar la efectividad y aceptabilidad de una intervención grupal aplicando el programa PyA+ en población mayor con TMG. Los resultados no han sido significativos en ninguna de las medidas (pre-post), así como tampoco en la monitorización de las sesiones. Esta falta de significación puede deberse a varios motivos. Las medidas basales de BS entre personas adultas y mayores con TMG han sido documentadas. Mientras que en personas adultas se observan cursos de recuperación más dinámicos, en las

personas mayores con TMG el bienestar tiende a estar más condicionado por la cronicidad del trastorno, la presencia de síntomas residuales persistentes y el aumento de la somatización (Jeste et al., 2003). A esto se le puede sumar una menor neuroplasticidad y una respuesta más limitada a las intervenciones psicosociales (Harvey, 2005). Estas condiciones particulares del envejecimiento con TMG pueden dificultar la percepción de cambio positivo en dimensiones subjetivas como la satisfacción vital o el estado emocional.

En este sentido, es considerable recordar el peso de una trayectoria vital marcada por ciertos factores sociales asociados al TMG, como el estigma, la institucionalización prolongada y el deterioro funcional progresivo. Las etiquetas diagnósticas han marcado la vida de las personas mayores con TMG limitando su autonomía, su participación comunitaria y su capacidad para proyectarse hacia un futuro con significado. Como señalan Liberman y Kopelowicz (2002), aunque muchos de los síntomas positivos logren estabilizarse con psicofármacos, los déficits funcionales (especialmente en habilidades sociales y cognitivas) tienden a persistir. Sartorius et al. (2005) añaden que, incluso controlados los síntomas psicóticos, muchas personas siguen experimentando aislamiento, desempleo y síntomas residuales, lo que compromete directamente su BS.

En consonancia con esta literatura, los resultados del estudio muestran que ni las medidas primarias de bienestar (SWLS y WEMWBS) ni las secundarias (ISMI-12, EAF y PGMS) reflejan mejoras estadísticamente significativas tras la intervención. Esta falta de cambio puede deberse, por un lado, a la posible desconexión entre variables, como el autoestigma (ISMI-12) o la percepción del sentido de vida (PGMS), con los componentes relacionados con el BS (Priebe, 2007). Por otro lado, podría deberse a que las escalas estandarizadas pueden no ser muy precisas en cuanto a captar cambios sutiles o subjetivos relevantes, especialmente en poblaciones

envejecidas y con larga evolución de la enfermedad (Barry & Jenkins, 2007; Topor et al., 2011). Por tanto, los resultados no sostienen la eficacia, pero tampoco implican la ausencia de impacto de la intervención, sino que resaltan la complejidad inherente de medir el BS en esta población.

Por otro lado, la sintomatología clínica medida mediante el SA-45 tampoco arrojó ningún cambio significativo, ni en la puntuación total ni en sus subescalas. No obstante, es importante señalar que no se observó empeoramiento clínico en los participantes, lo cual sugiere que la intervención podría tener un efecto de seguridad, protector, o al menos no perjudicial. Este hallazgo es importante en el contexto de las personas con TMG, donde las intervenciones han de ser no solo efectivas, sino también seguras. En línea con lo señalado en el metaanálisis de Schrank et al. (2014), los cuales destacan la utilidad de las intervenciones de psicología positiva en personas con TMG, especialmente con síntomas depresivos, refuerzan la idea de que este tipo de intervenciones pueden aplicarse sin riesgo de descompensación. Además, el metaanálisis de Geerling et al. (2020) encontró efectos moderados a grandes en la mejora del bienestar y la reducción de la sintomatología dentro de los grupos que recibieron intervenciones de psicología positiva, aunque no se observaron diferencias significativas en comparación con los grupos control. Con ello, la ausencia de efectos adversos se convierte en un indicio relevante de la seguridad del programa, lo cual representa un componente clave en la aceptabilidad de estudios piloto.

En este estudio piloto no se observaron cambios significativos en BS, aunque sí una tendencia positiva general en las medidas pre-post y en los cuestionarios intersesión, lo que sugiere la posible idoneidad de la intervención en población mayor con TMG. Destacaron las sesiones 4, 7 y 14, donde se realizó trabajo con pensamientos y con el proyecto vital, mostrando un impacto puntual destacable en el BS. Esto concuerda con investigaciones que indican que la

modificación de pensamientos negativos positivos y promover el sentido vital son estrategias efectivas para mejorar el bienestar y favorecer la recuperación en TMG (Sin & Lyubomirsky, 2009; Slade, 2010). Con ello, aunque la mejora general no fue significativa, ciertos momentos de la intervención pueden ser claves para aumentar el bienestar, destacando la importancia de incluir módulos en los programas de intervención centrados en cogniciones adaptativas y proyecto de vida.

Asimismo, tras la última sesión se recogieron verbalizaciones muy positivas de los usuarios que denotan una recuperación subjetiva. Según Anthony (1993), la recuperación se define como "un proceso profundamente personal y único de cambio de las propias actitudes, valores, sentimientos, objetivos, habilidades y roles. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y útil, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad" (p.21). De esta manera, la recuperación subjetiva facilita que las personas con TMG puedan encontrar sentido y propósito en sus vidas, a pesar de las limitaciones por la enfermedad.

Con todo esto, se encontraron ciertas limitaciones en el estudio que podrían haber repercutido en los resultados. Una de ellas fue no haber recogido medidas específicas sobre parámetros físicos de los participantes – como visión, audición o movilidad - antes de comenzar el programa, los cuales pueden influir en la participación, comprensión y potencial beneficio de la intervención. De la misma manera, tampoco se incorporó una medida del estado cognitivo, y dado que el deterioro cognitivo puede afectar a la implicación en el programa, disponer de una medida básica correspondiente habría permitido contextualizar más los resultados y valorar posibles interferencias cognitivas en las sesiones. Por otro lado, no se comparó estadísticamente mediante una prueba *t* de Student para muestras independientes los resultados de BS entre población mayor y adultos. Este análisis habría permitido explorar si existen diferencias

significativas en la respuesta a la intervención según la edad, aspecto de especial relevancia dado que el envejecimiento puede influir en la percepción de bienestar (Levy, 2009; Wahl et al., 2018).

Además de las limitaciones mencionadas, el estudio presenta varias fortalezas que merecen ser resaltadas. Este estudio es pionero en la aplicación de este programa para medir BS en personas mayores con TMG, lo que novedad y abre nuevas vías para futuras investigaciones. Además, la alta tasa de asistencia a las sesiones y el cumplimiento de los objetivos en ellas reflejan una elevada aceptabilidad y motivación de los participantes para con la intervención. Asimismo, subrayar la asistencia de las familias a la última sesión, pudiendo crear un espacio familia-usuarios-profesionales que fue rico en intercambio de experiencias y emociones. Por otro lado, también se han registrado resultados cualitativos sobre satisfacción muy positivos, los cuales respaldan la percepción positiva que los usuarios tienen hacia el programa. Otro de los puntos a destacar ha sido la adaptabilidad del programa, ajustándose correctamente a las necesidades y características específicas de la población mayor y de la residencia, demostrando flexibilidad metodológica.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones clínicas relevantes para el diseño e implementación de intervenciones dirigidas a personas mayores con TMG. A pesar de la ausencia de cambios estadísticamente significativos, la intervención basada en el programa PyA+ ha demostrado ser segura, aceptable y percibida muy positivamente por los participantes. Esto sugiere que los enfoques centrados en el BS, el sentido vital y la resignificación de experiencias pueden complementar los modelos clínicos tradicionales, especialmente en contextos institucionales. Además, el uso de módulos específicos que aborden cogniciones adaptativas, metas personales y proyecto vital podrían potenciar el impacto terapéutico. Desde una

perspectiva clínica, se refuerza la necesidad de adaptar los programas a las particularidades del envejecimiento con TMG, integrando el trabajo con familias y el abordaje de dimensiones psicosociales más allá de la sintomatología, como la participación, la identidad y la esperanza.

En conclusión, este estudio piloto aporta evidencia preliminar sobre la viabilidad y aceptabilidad del programa PyA+ en personas mayores con TMG. Aunque no se han observado mejoras estadísticamente significativas en las medidas cuantitativas de BS y sintomatología, los resultados cualitativos y la tendencia positiva sugieren cierto valor terapéutico de la intervención. La experiencia destaca la complejidad de evaluar el bienestar en esta población y la importancia de considerar factores como el deterioro funcional y la percepción subjetiva del cambio. Estos hallazgos invitan a continuar investigando con diseños más robustos y medidas más sensibles al cambio subjetivo.

Referencias

- Aedo, J., Oñate, E., Jaime, M., Salazar, C., Aedo, J., Oñate, E., Jaime, M., & Salazar, C. (2020). Capital social y bienestar subjetivo: Un estudio del rol de la participación en organizaciones sociales en la satisfacción con la vida y felicidad en ciudades chilenas. *Revista de Análisis Económico*, 35(1), 55–74. <https://doi.org/10.4067/S0718-88702020000100055>
- Álvarez, F.J., Rubio-Aparicio, M., Gurillo, P., García, A.M., Sánchez-Meca, J. y Navarro-Mateu, F. (2020). Suicidio y demencia: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 13(4), 213-227 <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.012>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-ammprincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Anguas, A. (1997). *El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México] <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000255857>
- Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 111–130. <https://pjpr.scione.com/cms/abstract.php?id=253>

- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Banghwa L. Casado, Louise M. Quijano, Melinda A. Stanley, Jeffrey A. Cully, Esther H. Steinberg, Nancy L. Wilson, Healthy IDEAS: Implementation of a Depression Program Through Community-Based Case Management, *The Gerontologist*, Volume 48, Issue 6, December 2008, Pages 828–838, <https://doi.org/10.1093/geront/48.6.828>
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2013). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE system. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(1), 3–9.
<https://doi.org/10.1080/14733145.2013.771848>
- Bartels, S. J., & Pratt, S. I. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: Recent findings and future research directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 381–385. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9234>
- Bartels, S. J., Mueser, K. T., & Miles, K. M. (1997). Functional impairments in elderly patients with schizophrenia and major affective illness in the community: Social skills, living skills, and behavior problems. *Behavior Therapy*, 28(1), 43–63.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(97\)80033-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(97)80033-0)
- Bartels, S. J., Pratt, S. I., Mueser, K. T., et al. (2004). Long-term outcomes of integrated skills training for older adults with serious mental illness. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 395-402. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000133125.68133.c6>
- Barry, M. M., & Jenkins, R. (2007). *Implementing mental health promotion*. Churchill Livingstone/Elsevier. <https://doi.org/10.13025/21934>

- Bernardo, M., Cañas, F., Banegas, J. R., Casademont, J., Riesgo, Y., & Varela, C., RICAVA Study Group. (2009). Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: A cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. *European Psychiatry*, *24*, 431–441.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.03.007>
- Berry, K., & Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia: Implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, *29*, 68–76.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.010>
- Berry, K., Sheardown, J., Pabbineedi, U., Haddock, G., Cross, C., & Brown, L. J. E. (2020). Barriers and facilitators to accessing psychological therapies for severe mental health difficulties in later life. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *48*(2), 216–228.
<https://doi.org/10.1017/S1352465819000596>
- Bobes, J., Arango, C., Aranda, P., Carmenta, R., García-García, M., Rejas, J., & CLAMORS Study Collaborative Group. (2007). Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: Results of the CLAMORS study. *Schizophrenia Research*, *90*, 162–173. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.10.016>
- Bobes, J., Sáiz, J., Montes, J. M., Mostaza, J., Rico-Villademoros, F., & Vieta, E. (2008). Consenso español de salud física del paciente con trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)*, *1*, 26–37.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2008.04.002>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*: 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 362–369.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282ff4e1b>
- Botella, C., Molinari, G., Fernández-Álvarez, J., Guillén, V., García-Palacios, A., Baños, R. M., & Tomás, J. M. (2018). Development and validation of the openness to the future scale: A prospective protective factor. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/s12955-018-0889-8>
- Broyd, A., Jolley, S., & Johns, L. (2016). Determinants of subjective well-being in people with psychosis referred for psychological therapy in South London. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 429–440. <https://doi.org/10.1111/bjc.12112>
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(1), 8–11.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
- Caballero Campillo, R. (2024). Análisis y promoción del bienestar en personas afectadas por un trastorno mental grave. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
<https://hdl.handle.net/20.500.14352/103054>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Calderón-Cholbi, A., Mateu-Mollá, J., & Lacomba-Trejo, L. (2021). Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. *Informació psicològica*, (121), 85-105. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.121.3>

- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Loundon, A., Boucekine, M., Fond, G., & Boyer, L. (2019). The Latin American version of the internalized stigma of mental illness scale (LA-ISMI): a multicentric validation study from three Latin American countries. *Health and Quality of Life Outcomes, 17*, 1-10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1186/s12955-019-1238-2>
- Cardona Arango, M. D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Científica Salud Uninorte, 28*(2). Recuperado a partir de <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1570>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E. y O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology intervention: A systematic review and meta-analysis. *The journal of positive psychology, 16*(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist, 48*(5), 593–602. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.593>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M. y Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 18*: 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chien, W. T., & Yip, A. L. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments. *Neuropsychiatric disease and treatment, 9*, 1311–1332. <https://doi.org/10.2147/NDT.S37485>

- Cohrs, S. (2008). Sleep disturbances in patients with schizophrenia: Impact and effect of antipsychotics. *CNS Drugs*, 22, 939–962. <https://doi.org/10.2165/00023210-200822120-00002>
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2019). *La salud mental en cifras*. En *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación*. Recuperado de <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
- Corbière, M., Mercier, C., & Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental health problems. *Journal of Career Assessment*, 12(4), 460–478. <https://doi.org/10.1177/1069072704266218>
- Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Pineda, M., Kadolph, J., & Bell, H. (2013). Depression in older adults: A meta-synthesis. *Journal of Gerontological Social Work*, 56(6), 509–534. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.811144>
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *The American journal of psychiatry*, 170(3), 324–333. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12050599>
- Çutuk, Z. A. (2021). Mediating role of optimism in the relationship between self compassion and subjective well-being. *Journal of Human Sciences*, 18(2), 185-198. <https://doi.org/10.14687/jhs.v18i2.6139>
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., Asai, I., Möller, H. J., Gautam, S., Detraux, J., & Correll, C. U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care,

- monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 138–151. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00036.x>
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (3rd ed., pp. 1–41). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14941-001>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 28, 35-89 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01207052>
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Lehloenya, K. (2011). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(2), 114–121.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283436ea3>
- Escobar, A., García, J., & Martínez, C. (2023). ¿Podemos asegurar la continuidad de la atención al anciano itinerante? Propuesta de un Informe de Salud. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 58(4), 289-296. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.05.002>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. Ángel, Botella, L., Corbella, S., ... López-González, M. Ángeles. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine

- Evaluation - Outcome Measure. *Revista De Psicoterapia*, 23(89), 109–135.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 637–651.
<https://doi.org/10.1093/schbul/23.4.637>
- Fernández, R. (2024). *Población de España mayor de 65 años 2002-2024*. Statista. Recuperado de <https://es.statista.com/estadisticas/630678/poblacion-de-espana-mayor-de-65-anos/>
- Franch Pato, C. M., Molina Rodríguez, V., & Franch Valverde, J. I. (2017). Síndrome metabólico y antipsicóticos atípicos: Posibilidad de predicción y control. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.003>
- Fredrickson BL. Positive emotions broaden and build. *Adv Exp Soc Psychol* 2013; 47:1–53.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Frese, F. J., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery From Schizophrenia: With Views of Psychiatrists, Psychologists, and Others Diagnosed With This Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 370. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBN175>
- Geerling, B., Kraiss, J. T., Kelders, S. M., Stevens, A. W. M. M., Kupka, R. W., & Bohlmeijer, E. T. (2020). The effect of positive psychology interventions on well-being and psychopathology in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 15(5), 572–587.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1789695>

- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, 28, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002>
- Gold, K. J., Kilbourne, A. M., & Valenstein, M. (2008). Primary care of patients with serious mental illness: Your chance to make a difference. *Journal of Family Practice*, 57, 515–525. <https://psycnet.apa.org/record/2008-11313-001>
- Good, J. (2002). The effect of treatment of a comorbid anxiety disorder on psychotic symptoms in a patient with a diagnosis of schizophrenia: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(3), 347–350. <https://doi.org/10.1017/S1352465802003090>
- Guinea, R. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. <https://imserso.es/documents/20123/0/atenenfermental.pdf/7ee2203a-daf9-ad27-f0d4-b7b97d4a42a5>
- Harvey, P. D. (2005). Schizophrenia in late life: Aging effects on symptoms and cognitive function. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(11), 913–922. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.11.913>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J. y Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of happiness studies*, 21(1), 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Hernán Montalbán, M. J., & Rodríguez Moreno, S. I. (2018). *La soledad no deseada en la ciudad de Madrid. Informe de resultados 2017* (p. 75). Madrid Salud, Comunidad de Madrid. https://fuencactiva.org/wp-content/uploads/2019/09/Soledad_ciudaddeMadrid.pdf

Hoppen, T. H. y Morina, N. (2021). Efficacy of positive psychotherapy in reducing negative and enhancing positive psychological outcomes: A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 11(99): e046017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen2020-046017>

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2008). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Ministerio de Sanidad y Consumo. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8068_libroblancoenv.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://imserso.es/documents/20123/0/atenenfermental.pdf/7ee2203a-daf9-ad27-f0d4-b7b97d4a42a5>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). *Censo anual de población. 1 de enero de 2024. Primeros resultados*. Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176992&idp=1254735572981

Iwano, S., Kambara, K. y Aoki, S. (2022). Psychological Interventions for well-being in healthy older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of happiness studies*, 23, 2389-2403. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00497-3>

- Jeste, D. V., Wolkowitz, O. M., & Palmer, B. W. (2003). Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 767–774. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007046>
- Jiménez Rodríguez, J. M. (2024). La soledad no deseada en España: Un problema para la gestión de la salud pública y los cuidados familiares. *Revista Española de Salud Pública*, 98, e202403025. <https://doi.org/10.20953/revistaesp.2024.03.025>
- Kirkpatrick, B., Messias, E., Harvey, P. D., Fernandez-Egea, E., & Bowie, C. R. (2008). Is schizophrenia a syndrome of accelerated aging? *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1024–1032). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm140>
- Kotzé, C., & Roos, J. L. (2022). Ageism, human rights and ethical aspects of end-of-life care for older people with serious mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 906873. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.906873>
- Laranjeira, C., & Querido, A. (2022). Hope and Optimism as an Opportunity to Improve the “Positive Mental Health” Demand. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.827320>
- Larsen, D. L., Attkisson, C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation And Program Planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- Lasgaard, M., Friis, K., & Shevlin, M. (2016). "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(10), 1373–1384. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1279-3>
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85–89. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>

- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatric Services*, 53(3), 287–294. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.3.287>
- Lelkes, O. (2008). *Happiness across the life cycle: Exploring age-specific preferences*. European Centre for Social Welfare Policy and Research.
<https://globalag.igc.org/elderrights/world/2008/happiness.pdf>
- López, M. A., Gabilondo, A., Codony, M., García-Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P., & Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Quality of Life Research*, 22, 1099–1104. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0214-x>
- López, M. A., Martínez, P., & Ortega, J. (2013). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Versión abreviada y validada en población española. *Psicothema*, 25(2), 185–190. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.272>
- Luhmann, M., & Hawkey, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943–959.
<https://doi.org/10.1037/dev0000117>

- Mankiewicz, P. D., Gresswell, D. M., & Turner, C. (2013). Happiness in severe mental illness: Exploring subjective wellbeing of individuals with psychosis and encouraging socially inclusive multidisciplinary practice. *Mental Health and Social Inclusion*, 17(1), 27–34. <https://doi.org/10.1108/20428301311305287>
- Mata Sáenz, B., Delgado Torres, P., Resa González, J., & Rodríguez Cano, T. (2016). Revisión bibliográfica de los cuidados del paciente anciano con trastorno mental grave desde una perspectiva multidisciplinar. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 31–47. <https://doi.org/10.30552/ejpad.v4i1.33>
- McTiernan, K., Gullon-Scott, F. y Dudley, R. (2022). Do positive psychology interventions impact on the subjective wellbeing and depression of clients? A systematic methodological review. *Journal of contemporary psychotherapy*, 52, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09522-7>
- Meeks, S., & Murrell, S. A. (1997). Mental illness in late life: Socioeconomic conditions, psychiatric symptoms, and adjustment of long-term sufferers. *Psychology and Aging*, 12(2), 298–308. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.12.2.296>
- Mérida-Raigón, María, & Plaza-Carmona, María. (2023). Sleep disturbances and dementia in the elderly population. Systematic review. *Gerokomos*, 34(2), 126-133. Epub 23 de octubre de 2023. Recuperado en 30 de enero de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000200008&lng=es&tlng=en.
- Meyer, J. M., & Nasrallah, H. A. (Eds.). (2009). *Medical illness and schizophrenia* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.

- Meyer, P., Johnson, D., Parks, A., Iwanski, C., & Penn, D. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *Journal of Positive Psychology, 7*(3), 239-248. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.677467>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Gobierno de España. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- Morales, J. F., & Bustillos, A. (2009). Marginación y exclusión social: Consideraciones sociales y clínicas en la España del siglo XXI. En I. Markez, A. Fernández, & P. Pérez-Sales (Eds.), *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva* (pp. 75-93). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 103*, 120–133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>
- Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Oliver, J. E. (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Naciones Unidas. (2024). *Envejecimiento de la población*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). <https://www.unfpa.org/ageing>
- National Institute of Mental Health (U.S.) & United States Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. (1987). *Toward a model plan for a comprehensive, community-based mental health system: Administrative document*. National Institute of Mental Health.

National Institute of Mental Health. (2024). *Mental illness*. National Institutes of Health.

<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

Neff, Kristin. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.

<https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146,538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27(23), 2763–2774.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl338>

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. *International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229–257.

<https://doi.org/10.2190/AG.78.3.b>

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª edición (CIE-11)*. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental en la vejez: Informe global sobre la salud mental y las personas mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Pabón, Y. A. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet], 20(4), e3967.
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3967>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Perlman, D., & Peplau, L. (1982). Theoretical approaches to loneliness. En L. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 123-134). John Wiley & Sons.
- Pratt, S. I., Bartels, S. J., Mueser, K. T., & Forester, B. (2008). Helping older people experience success: An integrated model of psychosocial rehabilitation and health care management for older adults with serious mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 41-60. <https://doi.org/10.1080/15487760701853193>
- Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 191(Suppl. 50), s15–s20. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s15>
- Quan, S. F., & Zee, P. J. G. (2004). Evaluating the effects of medical disorders on sleep in the older patient. *Geriatrics*, 59(3), 37–42. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15035578/>
- Rabheru, K. (2021). The spectrum of ageism, mentalism, and ableism: Expressions of a triple jeopardy. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.06.019>
- Rabheru, K., & Gillis, M. (2021). Navigating the Perfect Storm of Ageism, Mentalism, and Ableism: A Prevention Model. *The American journal of geriatric psychiatry: official*

journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 29(10), 1058–1061.

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.06.018>

Real Academia Española. (2024). Bienestar. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.).

Recuperado de <https://dle.rae.es/bienestar>

Remington, G., Foussias, G., & Agid, O. (2010). Progress in defining optimal treatment outcome in schizophrenia. *CNS Drugs*, 24(1), 9–20. <https://doi.org/10.2165/11530250-000000000-00000>

Robbins, B., Rye, R., German, P. S., Tlasek-Wolfson, M., Penrod, J., Rabins, P. V., & Black, B. S. (2000). The Psychogeriatric Assessment and Treatment in City Housing (PATCH) program for elders with mental illness in public housing: Getting through the crack in the door. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(4), 163–172.

<https://doi.org/10.1053/apnu.2000.8653>

Sabhesan, S., & Parthasarathy, S. (2005). Executive functions in schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 47(1), 21. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.46069>

Sáenz, B. M., Torres, P. D., González, J. R., & Cano, T. R. (2016). Revisión bibliográfica de los cuidados del paciente anciano con trastorno mental grave desde una perspectiva multidisciplinar. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 31–47. <https://doi.org/10.30552/ejpad.v4i1.33>

Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123–1131. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1123>

Saiz Galdós, J., & Chévez Mandelstein, A. (2009). La intervención socio-comunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: Modelos teóricos y consideraciones prácticas.

Intervención Psicosocial, 18(1), 75-88. Recuperado de

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000100009

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18413093/>

Saperia, S., Da Silva, S., Siddiqui, I., McDonald, K., Agid, O., Remington, G., & Foussias, G. (2018). Investigating the predictors of happiness, life satisfaction and success in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 81, 42–47.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.005>

Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J. E., & Day, R. (2005). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine*, 35(10), 1457–1467.

<https://doi.org/10.1017/S0033291705005382>

Schennach-Wolff, Rebecca, Ger, M. J. Ä., Obermeier, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L. G., Gaebel, W., Klosterk, J., Tter, Ö., Heuser, I., Hn, K.-U. K. Ü., Lemke, M. R., Ther, R. Ü., Klingberg, S., Gastpar, M., Seem, F., Ller, Ü., ... Riedel, M. (2010). Quality of life and subjective well-being in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders: Valid predictors of symptomatic response and remission? *World Journal Biological Psychiatry*, 11(5):729-38.

<https://doi.org/10.3109/15622971003690289>

Schinka, K. C., Van Dulmen, M. H. M., Bossarte, R., & Swahn, M. (2012). Association between loneliness and suicidality during middle childhood and adolescence: Longitudinal effects

- and the role of demographic characteristics. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 105-118. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.584082>
- Schrank, B., Brownell, T., Jakaite, Z., Larkin, C., Pesola, F., Riches, S., Tylee, A., & Slade, M. (2016). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: Pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 235–246. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000141>
- Schrank, B., Brownell, T., Tylee, A., & Slade, M. (2014). Positive psychology: An approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3), 95–103. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25316800/>
- Schutte, N. S. y Malouff, J. M. (2019). The impact of signature character strengths interventions: A Meta analysis. *Journal of happiness studies*, 20(4), 1179–1196. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9990-2>
- Siegrist, K., Millier, A., Amri, I., Aballéa, S., Research, M. T.-P., & U., 2015. (2015). Association between social contact frequency and negative symptoms, psychosocial functioning, and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 230, 860–866. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.039>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>

- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Stanga, V., Turrina, C., Valsecchi, P., Sacchetti, E., & Vita, A. (2019). Well-being in patients with schizophrenia, mood and personality disorders attending psychiatric services in the community: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 91, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.02.001>
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): A Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 15. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>
- Stuber, J., Meyer, I. y Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67(3), 351–357. <https://doi.org/10.1016/j>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Mental health and substance use disorders*. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.samhsa.gov/find-help/disorders>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Psychosocial interventions for older adults with serious mental illness* (Publicación No. PEP21-06-05-001). <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep21-06-05-001.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Psychosocial interventions for older adults with serious mental illness* (SAMHSA Publication No. PEP21-06-05-

- 001). https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP21-06-05-001.pdf
- Sutipan, P., Intarakamhang, U. y Macaskill, A. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of happiness studies*, 18, 269-291. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>
- Tatarkiewicz, Wł. (1976). *Analysis of Happiness*. Springer Netherlands.
<https://doi.org/10.1007/978-94-010-1380-2>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 1–13.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99.
<https://doi.org/10.1177/0020764009345062>
- Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Bentall, R., de Graaf, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2007). Instability in self-esteem and paranoia in a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0134-4>
- Trucharte, A., Espinosa-López, R., Valiente, C., Contreras, A., & Peinado, V. (2019). Relación entre el apego y la sintomatología depresiva en personas con Trastorno mental Grave y Duradero: El papel de la evitación experiencial. *Edupsykhé. Revista De Psicología Y Educación*, 16(1), 37-53. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4081>
- Valko, M., Leibfritz, D., Moncol, J., Cronin, M. T., Mazur, M., & Telser, J. (2007). Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. *The International*

Journal of Biochemistry & Cell Biology, 39(1), 44–84.

<https://doi.org/10.1016/j.biocel.2006.07.001>

VanderWeele, T. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2012). On the Reciprocal Association Between Loneliness and Subjective Well-being. *American Journal of Epidemiology*, 176(9), 777–784. <https://doi.org/10.1093/aje/kws173>

Varga, E., Endre, S., Bugya, T., Tényi, T., & Herold, R. (2018). Community-Based Psychosocial Treatment Has an Impact on Social Processing and Functional Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 9, 247. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00247>

Vázquez, C., Duque, A., & Hervas, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish journal of psychology*, 16. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>

Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 85–104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>

Wahl, H.-W., Heyl, V., Kuenemund, H., & Geyer, S. (2018). Perceptions of aging and subjective well-being in later life. *Aging & Mental Health*, 22(7), 847–854. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348480>

Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294–306. <https://doi.org/10.1037/h0024431>

World Health Organization (WHO). (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *The 8th Global Conference on Health Promotion*.

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

World Health Organization. (2017). *Mental health of older adults*. Recuperado de

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization. (2021). *Informe mundial sobre el envejecimiento*.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020504>

Zumstein N and Riese F (2020) Defining Severe and Persistent Mental Illness—A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 648.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>

Apéndice. Subescalas del cuestionario SA-45 y su fiabilidad.

| Subescala | Ítems | α de Cronbach |
|----------------------------|--------------------|--|
| Somatización | 18, 23, 26, 29, 31 | .751 |
| Obsesión-compulsión | 16, 20, 21, 25, 28 | .842 |
| Sensibilidad interpersonal | 14, 15, 17, 32, 36 | .782 |
| Depresión | 9, 10, 11, 27, 42 | .903 |
| Ansiedad | 6, 12, 30, 38, 41 | .862 |
| Hostilidad | 7, 34, 35, 39, 43 | .703 |
| Ansiedad fóbica | 3, 8, 22, 24, 37 | .862 |
| Ideación paranoide | 2, 5, 19, 40, 44 | .639 |
| Psicoticismo | 1, 4, 13, 33, 45 | .862 |

Nota. Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la presente investigación.

