



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL
MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA, GRATITUD,
PERDÓN Y SENTIDO DEL HUMOR: UNA
INTERVENCIÓN EN PERSONAS MAYORES

PRESENTADA POR:
ALBERTO CHAMORRO GARRIDO

DIRIGIDA POR:
DRA. DÑA. ANA RAQUEL ORTEGA MARTÍNEZ
DRA. DÑA. ENCARNACIÓN RAMÍREZ FERNÁNDEZ

JAÉN, 6 DE SEPTIEMBRE DE 2017

ISBN 978-84-9159-265-5

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos los residentes que han formado parte de este proyecto en todo este tiempo y han colaborado para que pudiese comenzar y finalizar mi Tesis Doctoral en los Centros de Mayores de Caridad y Consolación, Santa Teresa, Sebastián Estepa Llaurens, Altos de Jontoya, Fuente de la Peña y Virgen de la Capilla. A Lucía por confiar y dejarme emprender mis conocimientos como psicólogo en el Centro Virgen de la Capilla, en el momento que lo daba todo por perdido.

A mis tutoras Ana Raquel Ortega Martínez y Encarnación Ramírez Fernández, por ser los pilares fundamentales de esta Tesis Doctoral, que confiaron en mí desde el principio y me hicieron crecer como persona. ¡Gracias!

A mis amigos y en especial a mis compañeras de Máster Maribel y María por darme fuerza, ánimo y mucho cariño en todo este tiempo.

A mi Familia por quererme y estar siempre presente, en especial a Jesús por su lealtad y apoyo incondicional, a mi hermano Andrés David por ponérmelo todo tan fácil y darle un giro a mi vida cuando más lo necesitaba, a mi madre Pruden por su alegría, dedicación, respeto, valentía, superación y ganas de vivir. Gracias por estar siempre a mi lado.

A mi Abuela Prudencia, ya que ha podido cumplir los 100 años a nuestro lado y vamos a poder compartir todo lo que la vida nos ofrece por delante. A mis abuelos Andrés y Esperanza que seguramente estarían muy orgullosos de haber visto finalizada mi Tesis.

A mi Padre Andrés que aunque no pueda estar físicamente está presente cada día. Juntos aprendimos que se debe luchar hasta el último suspiro incluso en las batallas más complicadas de la vida. Gracias.

A vosotros mi admiración y agradecimiento por creer en mí y hacer de mi sueño una realidad.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 PSICOLOGÍA POSITIVA EN LAS PERSONAS MAYORES.	8
1.2 LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA.....	13
1.3 GRATITUD	21
1.4 PERDÓN.....	31
1.5 SENTIDO DEL HUMOR.....	45
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	65
3. MÉTODO.....	69
3.1. PARTICIPANTES.	69
3.2. INSTRUMENTOS.	70
3.3. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO.....	72
3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	75
4. RESULTADOS.....	79
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	99
6. REFRENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	117
7. ANEXOS.	189

INTRODUCCIÓN

1. Introducción.

Durante muchos años la psicología se ha centrado exclusivamente en el estudio de la patología y la debilidad del ser humano, llegando a identificar, y casi confundir, psicología con psicopatología y psicoterapia. Esto ha dado lugar a un marco teórico de carácter patogénico, que ha sesgado ampliamente el estudio de la mente humana. Así, la focalización exclusiva en lo negativo, que ha dominado la psicología durante tanto tiempo, ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas de las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y que ha contribuido a adoptar una visión pesimista de la naturaleza humana (Gillham y Seligman, 1999).

La investigación gerontológica ha considerado la vejez como un proceso de declive, enfatizando aspectos relacionados con las pérdidas y debilidades que se producen en esta etapa vital en el funcionamiento tanto biológico, como psicológico y social, por ejemplo el aislamiento, la soledad y la pérdida de seres queridos (Kotradyová, 2016). Desde principio de este siglo, no obstante, las investigaciones han mostrado que la felicidad y el bienestar desempeñan un papel fundamental en la salud de los ancianos (Carmel, 2015; Ramsey y Gentzler, 2014; Sadler, Miller, Christensen y McGue, 2011; Shanka, Rafnsson y Steptoe 2015; Von Humboldt, Leal y Pimienta, 2014).

En la literatura científica podemos encontrar un amplio número de modelos que definen el proceso del envejecimiento desde diferentes perspectivas, por lo que no existe un consenso general a la hora de definirlo, sino que depende del contexto (Oliver, Gutiérrez, Tomás, Galiana y Sancho, 2016). Por tanto, de acuerdo con Golant (2015) se trata de un proceso

multidimensional. Para poder envejecer con unas buenas condiciones de salud, es necesario tener en cuenta una serie de factores, entre ellos la calidad de vida (Gañán y Villafruela, 2015; Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero y Mercader, 2012). La optimización de los componentes físicos, psicológicos y sociales para lograr un envejecimiento activo (Brown, Thompson, Zack, Arnold y Barile, 2015; Diener y Chan, 2011; Scheibe y Carstensen, 2010), favorecen el mantenimiento de la salud (Nimrod y Ben-Shem, 2015; Phelan, Anderson, Lacroix y Larson, 2004).

Las personas mayores de 60 años se enfrentan a un deterioro físico, mental y social y poseen pocos recursos emocionales para la promoción de la salud conforme van envejeciendo (Baird, Lucas y Donnelland, 2010; Stepoe, Deaton y Stone, 2015). Así la visión tradicional de la vejez ha asociado esta etapa de la vida con infelicidad y ausencia de bienestar subjetivo (Lang y Heckhausen, 2001; Lelkes, 2008; Mroczek y Kolarz, 1998) aunque en los últimos años los resultados de investigación obtenidos han hecho que se reconsidere esta visión pesimista de la vejez (Cartesen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000; Ehrlich y Isaacowitz, 2002; García-Ballesteros y Álvarez, 2011). Diversos estudios transversales y longitudinales han intentado esclarecer el fenómeno de la “paradoja del bienestar en la vejez”, referido a la presencia de altos niveles de bienestar a pesar del deterioro físico y cognitivo, así como de las dificultades o factores de riesgo (exclusión social, pérdida del nivel de ingresos...) habitualmente presentes en el contexto vital de algunas personas que, desde un punto de vista objetivo, harían hipotetizar infelicidad (Mroczek y Kolarz, 1998; Scheibe y Carstensen, 2010). Según Zamarrón (2006), generalmente, los jóvenes ante un problema reaccionan con un tipo de afrontamiento centrado en la acción. Es decir, pretendiendo cambiar la situación o el problema de forma que en muchas ocasiones no se consigue el

objetivo. Sin embargo, conforme se van cumpliendo años, las personas aprenden a utilizar estrategias más centradas en la emoción (Brandtstädter y Renner, 1990), intentando dar distinto significado al problema y entenderlo de forma más positiva para que no les perturbe. Esto supone que las personas mayores se acomodan más a las circunstancias que les rodean, estrategia ésta mucho más fácil de conseguir que la elegida por los jóvenes quienes, muchas veces, pretenden cambiar las circunstancias que se presentan en la vida de acuerdo con sus preferencias personales. Esto explicaría el por qué, aunque las personas mayores tienen que manejar situaciones mucho más difíciles que las jóvenes como la muerte de un ser querido, una enfermedad crónica, la jubilación, problemas económicos, etc., la forma que tienen de afrontar los problemas les ayuda a superarlos satisfactoriamente.

Calidad de vida, bienestar subjetivo y felicidad son términos que, aunque a menudo han sido utilizados indistintamente, denotan significados diferentes (Veenhoven, 2000). Atendiendo al modelo de bienestar subjetivo de Diener (1984, Diener y Suh, 1998), el bienestar subjetivo incluiría respuestas emocionales y juicios globales de la satisfacción con la vida, ambos en relación con dominios concretos (familia, trabajo, etcétera). Desde esta óptica, la felicidad sería un resultado en la evaluación del bienestar subjetivo caracterizado por un balance afectivo positivo y un juicio global de satisfacción con la vida en el dominio del yo (Diener y Suh, 1998).

El bienestar en las personas mayores correlaciona positivamente con el estado de salud, el status marital, las relaciones sociales, la satisfacción de las necesidades básicas, las habilidades personales, la autoeficacia y el ocio activo (Godoy-Izquierdo, Lara, Vázquez, Araque y Godoy, 2012). Sin embargo, los ancianos representan un grupo vulnerable a la pérdida de

bienestar y felicidad relacionada con la edad, y además, en esta etapa pueden aparecer trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad (Godoy-Izquierdo, Martínez y Godoy, 2009; Jivraj, Nazroo, Vanhoutte y Chandola, 2014). Así mismo, en este grupo de edad, la depresión se asocia con ansiedad, deterioro físico y cognitivo, y con problemas en la calidad del sueño (Ludrigsson, Marcusson, Wressle y Milberg, 2015). De manera general, los ancianos presentan mayores tasas de depresión que los adultos (Cesetti, Vescovelli y Ruini, 2017; Maske, Hapke, Riedel-Heller, Busch y Kessler 2017) y los ancianos institucionalizados tienen puntuaciones más altas en depresión en comparación con los que viven en su hogar (Azeem y Naz, 2015; Seitz, Purandare y Conn, 2010; Snowden, 2010).

De forma global, se puede decir que hay dos perspectivas desde las cuales se estudia el bienestar: la eudaimónica y la hedónica (Ryan y Deci, 2001), ambas asociadas a una mejor calidad de vida (Jackson y MacLeod, 2016), a un aumento de la esperanza de vida y a una menor morbilidad (Stephoe, Dockray y Wardle, 2009; Friedman y Ryff, 2012). La perspectiva eudaimónica está ligada principalmente al desarrollo del potencial humano. Desde este punto de vista, el bienestar viene dado por la autodeterminación, el logro de objetivos, el significado de la vida, la actualización de fuerzas personales y el desarrollo personal. Por otra parte, la perspectiva hedónica postula que el bienestar constituye la obtención del placer, la ausencia de emociones negativas, la experiencia de emociones positivas y la satisfacción con la vida (García-Alandete, 2015).

Algunos autores relevantes como Ryff y Keyes (1995) otorgan mayor importancia a la aceptación y al crecimiento de la persona, así como su

adaptación e integración en su ambiente social, dando así lugar a un concepto de bienestar integrador compuesto por las seis dimensiones:

a) Autoaceptación. Es el primero y uno de los criterios centrales del bienestar. Una persona con altos niveles de autoceptación se siente bien consigo misma incluso a sabiendas de sus propios defectos o limitaciones (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002).

b) Relaciones positivas con los otras personas: versa sobre el establecimiento y desarrollo de relaciones adaptativas con el resto. La capacidad de amar es un signo de salud mental (Erikson, 1996; Ryff y Singer, 1998).

c) Dominio del entorno: versa sobre buena sensación de control y manejo del medio según sus necesidades. Es la aptitud personal para seleccionar situaciones favorables para la consecución de sus deseos y necesidad propias (Díaz *et al.*, 2006)

d) Autonomía: hace referencia a la existencia de un sentido de individualidad, libertad personal e independencia. Las personas autónomas presentan capacidad autorreguladora y una adecuada convicción personal (Ryff y Singer, 2002).

e) Propósito en la vida: ser capaz de dar un sentido y propósito a la existencia de las personas, el cual las guía y encamina hacia metas y retos personales. El propósito en la vida supone una clara demarcación de metas, así como de objetivos a implementar que den sentido a la vida.

f) Crecimiento personal: aprendizaje sobre la autorrealización personal, así como el permanente desarrollo de unas aptitudes personales para llevar al máximo las capacidades humanas (Keyes *et al.*, 2002).

Diversos autores sostienen que de estas seis dimensiones las que están más altamente relacionadas con el bienestar psicológico son el propósito en la vida, la autoaceptación, el dominio del entorno y el crecimiento personal (Springer y Hauser, 2006; Tomas, Sancho, Meléndez y Mayordomo, 2012).

Tal como señala Uriarte (2014) en todas las etapas del ciclo vital las personas necesitan realizar ajustes y regulaciones en pensamientos, conductas, creencias y relaciones, con el objetivo de lograr una mejor y más satisfactoria adaptación consigo mismo y con el entorno. Desde la perspectiva de aprendizaje a lo largo de la vida y el envejecimiento activo cabe señalar que, a nivel conceptual, este paradigma está relacionado con un enfoque de bienestar eudaimónico, con la psicología positiva y la salutogénesis, todo ello desde un enfoque de ciclo vital (Crespo, 2016).

1.1 Psicología positiva en las personas mayores.

La psicología positiva se basa en el estudio de la relación que hay entre las emociones positivas, la salud y el bienestar psicológico, centrándose en las fortalezas de la persona (Vázquez, 2013). Las investigaciones en psicología positiva tienen el propósito de contribuir a una comprensión científica y equilibrada de la experiencia humana y transmitir lecciones valiosas acerca de cómo construir una vida feliz, saludable, productiva y significativa (Park y Peterson, 2009).

Ranzijn (2002) enfatiza la necesidad de estudiar la aplicación de la psicología positiva al colectivo de personas mayores por tres razones: (a) la vejez ha estado asociada a estereotipos de pérdidas y declive, sin prestar atención a las ganancias, (b) dado que la psicología positiva puede mejorar la salud mental y física también puede conllevar una reducción de la dependencia y los costes de los cuidados asociados a la vejez, y (c) debido al incremento de la longevidad en la población, se espera también un aumento en la demanda de atención psicológica de este colectivo, por lo que es importante anticipar el potencial y las limitaciones del desarrollo y aplicación de intervenciones basadas en la psicología positiva con personas mayores.

De acuerdo con la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Charles y Carstensen (2009), los cambios emocionales en la vejez son el resultado de un cambio respecto a los objetivos vitales, a raíz de una concienciación de los límites de tiempo restante de vida, lo que no sucede en las personas jóvenes. La premisa de esta teoría es que el contacto social declina con los años debido a una selectividad emocional, si bien hay una mejor regulación emocional y un incremento de la experiencia subjetiva.

En este sentido, la gerontología positiva, ha emergido al mismo tiempo que lo ha hecho la psicología positiva que describe las condiciones que permiten a una persona vivir con un buen nivel de satisfacción y bienestar emocional (Fernández-Ballesteros, 2009; Vázquez, 2013).

El número de estudios empíricos que se han realizado ha crecido de forma constante desde 1999, ampliando el conocimiento en felicidad, en bienestar y en el funcionamiento óptimo del ser humano (Donaldson, Dollwet y Rao, 2015; Harrison, Al-Khairulla y Kikoler, 2016; Holden, Kelly, Welford

y Taylor, 2017; Proyer, Gander, Wellenzohn y Ruch, 2016; Proyer, Wellenzohn, Gander y Ruch, 2015). Las intervenciones en psicología positiva en personas mayores de 60 años pueden proporcionar herramientas útiles para aumentar el bienestar, la felicidad, la satisfacción con la vida y disminuir las puntuaciones en depresión (Sutipan, Intarakamhang y Macaskill 2016). Así, por ejemplo, intervenciones basadas en saborear experiencias positivas de la vida, practicar gratitud, realizar actos de bondad, cultivar las relaciones sociales y conservar la esperanza conducen a un incremento de la felicidad (Schueller y Park 2014). Sin embargo, en la literatura empírica se han identificado variables tales como la heterogeneidad y la duración de las actividades, así como rasgos de personalidad que pueden influir en su eficacia. Se mejora el bienestar psicológico, al menos a corto plazo pero se puede ser más eficaz si se adaptan las intervenciones a las necesidades intrínsecas de cada persona (Sergeant y Mongrain, 2014).

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que las intervenciones basadas en psicología positiva pueden mejorar el bienestar subjetivo y reducir la depresión, pero su eficacia en personas mayores es en gran parte desconocida a largo plazo.

Killen y Macaskill (2015) llevaron a cabo una intervención en gratitud con personas con una edad media de 70 años a las que se les pidió anotar en un diario de gratitud tres sucesos positivos ocurridos durante el día, a lo largo de dos semanas. Al finalizar, hubo un seguimiento de un mes para comprobar su eficacia. Se obtuvo una disminución de los niveles de estrés y un aumento en bienestar, pero estos beneficios no se mantuvieron al mes de la intervención.

Meléndez-Moral, Fortuna-Terrero, Sales-Galán y Mayordomo-Rodríguez (2015) utilizaron la terapia de reminiscencia en una muestra de ancianos durante ocho semanas, la cual consistió en recordar e interpretar los acontecimientos que vivieron en el pasado. Los resultados mostraron que la intervención fue efectiva produciendo un aumento en autoestima, satisfacción con la vida y bienestar psicológico y una reducción significativa de la depresión. En la misma línea Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodríguez y Sales-Galán (2013) investigaron el efecto de la reminiscencia en ancianos institucionalizados. Los resultados obtenidos fueron similares a los del estudio anterior, una mejora en autoestima, satisfacción con la vida y bienestar y una reducción de los síntomas depresivos.

Preschl *et al.*, (2012) llevaron a cabo una intervención centrada en la terapia de revisión de vida con una muestra de 36 participantes con niveles elevados de depresión mayores de 65 años. Las puntuaciones en depresión disminuyeron significativamente incluso en el seguimiento, a los tres meses una vez finalizada la intervención. Por último se obtuvo un aumento en bienestar y una disminución de los pensamientos obsesivos de la reminiscencia. En el mismo sentido, Chiang, Lu, Chu, Chang y Chou (2008) encontraron, en los ancianos utilizados en su estudio, un aumento de las puntuaciones en autoestima y satisfacción con la vida. Un mes después de la intervención la autoestima y la satisfacción con la vida siguieron mejorando. Frieswijk, Steverink, Buunk y Slaets (2006) hallaron que la biblioterapia mantuvo e impidió la disminución del bienestar a corto plazo y contrarrestó el declive del bienestar con la edad.

Ho, Yeung y Kwok (2014) realizaron una intervención en optimismo, gratitud, felicidad, curiosidad, altruismo y saboreo en mayores

institucionalizados. Los resultados mostraron que se produjo una reducción del número de síntomas depresivos y un aumento de los niveles de satisfacción con la vida, gratitud y felicidad.

Jiménez, Izal y Montorio (2016) usando una intervención de tipo psicoeducativo, trabajando fortalezas de carácter, emociones positivas y regulación emocional, encontraron incrementos significativos en felicidad y disminuciones en nivel de preocupación y presión arterial sistólica en adultos de entre 60 y 89 años.

Ramírez, Ortega, Chamorro y Colmenero (2014), utilizando el programa MAPEG (Memoria Autobiográfica, Perdón y Gratitud) incrementaron la calidad de vida en ancianos institucionalizados. La intervención fue efectiva ya que produjo un aumento significativo de la felicidad subjetiva, la satisfacción con la vida, el propósito en la vida, los recuerdos específicos y la gratitud, así como una reducción significativa de la depresión y la ansiedad.

Así, aunque no hay mucha evidencia empírica con personas mayores, la que existe, parece mostrar que los programas basados en la Psicología Positiva ayudan a mejorar su calidad de vida previniendo y disminuyendo la aparición de trastornos emocionales. Por ello, siguiendo la línea de investigación abierta en el 2014, esta tesis doctoral se centra en el entrenamiento de la Memoria Autobiográfica, la Gratitud, el Perdón y el Sentido del Humor para comprobar su eficacia sobre la mejora de los estados emocionales en población anciana.

1.2 La Memoria Autobiográfica.

La memoria autobiográfica contiene los recuerdos de los eventos pasados en la vida de una persona. Puede referirse a todo lo relacionado con lo ocurrido a lo largo de la vida, incluyendo desde los recuerdos más antiguos hasta los más recientes. Los recuerdos que la persona recupera van desde vagas descripciones de alguna situación vivida, hasta explicaciones detalladas de eventos que incluyen incluso información sobre pensamientos, sensaciones y emociones experimentadas en aquel momento. Uno de los métodos más utilizados para la evaluación de la memoria autobiográfica es el Test de Memoria Autobiográfica (Williams y Broadbent, 1986).

En la estructura de la memoria autobiográfica, podemos distinguir entre 3 tipos de recuerdos: a) los recuerdos generales que hacen referencia a períodos extensos cuya duración es de más de un día, b) los recuerdos categóricos referidos a acciones que se repiten o a categorías de eventos similares sin especificar ningún momento concreto y c) los recuerdos específicos que hacen referencia a momentos concretos ocurridos en un espacio y tiempo determinados y que pueden durar desde unos segundos hasta unas horas (Williams y Dritschel, 1992).

La memoria autobiográfica puede representarse como una estructura jerárquica (Rathbone y Moulin, 2017) donde la información general se sitúa en la parte más alta, y la información más específica, en el lugar más bajo. De forma que, cuando las personas intentan recuperar los recuerdos autobiográficos, acceden primero a las descripciones generales y utilizan estos recuerdos como los pasos intermedios para llegar a la descripción de eventos más específicos (Reiser, Black y Abelson, 1985; Rubin, 1996). Es decir, las personas normalmente pueden navegar a través de esta estructura

jerárquica y seleccionar el nivel de especificidad del recuerdo que deseen, y que tiene más sentido para ellas cuando se les solicita un recuerdo. En este sentido, LePort, Stark, McGaugh y Stark (2017) describen una memoria autobiográfica superior (HSAM), que se caracteriza por la capacidad de recordar con precisión un número excepcional de experiencias y sus fechas correspondientes y que se diferencian de los acontecimientos que ocurren en la gran parte de la vida de uno. La búsqueda de recuerdos será más o menos estructurada, y para ello pueden utilizarse distintos recursos de ayuda, por ejemplo Caldwell (2005) habla de biblioterapia, búsqueda de noticias antiguas, construcción de libros de memoria, mapas de vida o vídeos.

La función del recuerdo autobiográfico es clave en la vejez, ya que juega un papel decisivo en la configuración de la identidad y el bienestar, en función de la valencia del evento. Los recuerdos autobiográficos positivos están asociados a unas puntuaciones más altas en bienestar, en contraposición a los recuerdos negativos que se relacionan con puntuaciones altas en ansiedad (Merrill, Waters y Fivush, 2016). Por lo tanto, la activación de emociones positivas o negativas respecto al recuerdo autobiográfico deriva en sentimientos, experiencias y balances vitales de satisfacción, orgullo, serenidad y realización personal si son del primer signo o todo lo contrario (Cabaco, 2011).

En la vejez, como en la edad adulta, los recuerdos recientes son significativamente menos relevantes y emocionales, que los recuerdos a largo plazo (Aizpurua y Koutstaal, 2015). Así, recordar eventos positivos aumenta la felicidad subjetiva (Otake, 2015) y una autoestima alta se asocia con una mayor evocación de recuerdos positivos autobiográficos (Demiray y Janssen, 2015).

Si bien es cierto que nuestros recuerdos permanecen accesibles después de un largo periodo de tiempo, muchas de nuestras experiencias se acaban olvidando. El papel del olvido es una variable importante en la comprensión del desarrollo de la memoria autobiográfica y episódica (Bauer, 2015). La memoria autobiográfica está sujeta a una serie de distorsiones, lo que implica la incorporación de rasgos de una memoria episódica a otra, formando lo que se conoce como errores de conjunción de memoria (Devitt, Tippett, Schacter y Addis, 2016).

La memoria autobiográfica juega un papel relevante en la identidad y la regulación del ánimo. Así, Boyano y Mora (2015) mostraron que las personas con ánimo alegre tienden a realizar una mayor valoración de los eventos positivos y negativos, mientras que las personas con tristeza tienden a valoraciones más conservadoras. En este mismo estudio se encontró que los participantes con ánimo neutro valoran más los eventos positivos que los negativos. Estos datos sugieren que el ánimo genera un estilo de procesamiento preferente que modula la valoración de los recuerdos. Además, la regulación emocional se compone de un amplio conjunto de estrategias, tales como el uso de la memoria autobiográfica. En este sentido, el entrenamiento en mindfulness ha mostrado ser eficaz en la mejora de las habilidades de regulación emocional (Hervás, Cebolla y Soler, 2016). Campos, Cebolla y Mira (2015) realizaron un estudio con el objetivo de explorar la relación entre mindfulness y el acceso de las estrategias de regulación emocional. Los participantes recibieron un procedimiento de inducción de estado de ánimo mediante realidad virtual de tristeza, previo a una tarea de memoria autobiográfica. Los resultados muestran que el grupo de participantes altos en mindfulness rasgo tardó menos tiempo en acceder a estrategias de regulación emocional ante las palabras de valencia positiva.

Por otra parte, los recuerdos recientes se recuperan verbalmente en primera persona, mientras que los recuerdos más antiguos son recuperados en tercera persona (Butler, Rice, Wooldridge y Rubin, 2016).

Distintos estudios han puesto de manifiesto que cuando se presenta una palabra, que actúa como clave para elicitarse el recuerdo, las personas deprimidas recuperan los recuerdos menos específicos y más generales en comparación con las personas no depresivas (Andersson, Hesser, Cima y Weise, 2013; Champagne *et al.*, 2016; Semkovska, Noone, Carton y McLoughlin, 2012; Sumner, Mineka y McAdams, 2013). Por otra parte, se ha revelado que la depresión clínica está relacionada con una menor especificidad y/o sobregeneralización de la memoria autobiográfica (Bender, Carrera y Alonso-Arbiol, 2015).

En este contexto, cobra especial importancia la terapia de revisión de vida basada en el recuerdo de eventos específicos positivos (ReViSEP) y que fue desarrollada por Serrano (2002) como una adaptación de la entrevista sobre revisión de vida de Haight y Webster (1995). La revisión de vida consiste en analizar y evaluar distintos eventos vividos produciendo diferentes sentimientos sobre los mismos, asumiendo que si la representación de dichos eventos es muy potente se podrán revivir emociones. Esta terapia se lleva a cabo en una sesión de 1 hora de duración durante 4 semanas. El procedimiento consiste en ir haciendo al anciano una serie de preguntas concretas sobre eventos específicos positivos de su pasado. Las 4 sesiones están estructuradas de tal forma que cada semana la temática es diferente, en la primera se habla sobre la infancia, en la segunda sobre la adolescencia, en la tercera se buscan recuerdos sobre la vida adulta y en la cuarta sesión se hace un repaso de vida pasando por todas las etapas (Giffard *et al.*, 2013).

Intervenciones en ancianos basadas en la recuperación de eventos específicos, sugieren que esta terapia puede ser un factor protector contra la depresión (Hitchcock, Werner-Seidler, Blackwell y Dalglish, 2017; Raes, Williams y Hermans, 2009; Serrano *et al.*, 2012; Talarowska, Berk, Maes y Galecki, 2016), produciendo un incremento de la satisfacción con la vida (Latorre *et al.*, 2013; Ricarte *et al.*, 2011) y del bienestar emocional (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers y Smit, 2007).

La revisión de vida se caracteriza por ser un método atractivo, no estigmatizante y de sencilla administración en el envejecimiento (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit y Cuijpers, 2005; Conway, Wang, Hanyu y Haque, 2005; Reker, Birren y Svensson, 2012). Algunas de las intervenciones que la utilizan, inclusive, se sustentan en la narración escrita de recuerdos personales del pasado como proceso terapéutico (Elford *et al.*, 2005).

Latorre, Serrano y Ros (2005) encontraron diferencias significativas en la producción de recuerdos específicos entre ancianos diagnosticados de depresión y ancianos normales. En este estudio, se obtuvo una media de 5 recuerdos específicos, sobre 10 posibles, en ancianos normales y una media de 3,55 recuerdos específicos en ancianos con trastorno depresivo mayor. En un trabajo similar, Ramírez *et al.*, (2014) llevaron a cabo una intervención para aumentar la calidad de vida en personas mayores utilizando esta terapia y obtuvieron una reducción significativa en depresión y ansiedad estado. En otro estudio, Ros, Latorre y Serrano (2006) encontraron diferencias entre jóvenes y adultos. Los datos mostraron una media de 6,94 recuerdos específicos, sobre 10 posibles en la muestra de jóvenes y una media de 4,69 recuerdos específicos en la muestra de mayores.

Ridout, Dritschel, Matthews y O'Carroll (2016) utilizaron en su estudio una serie de palabras e imágenes para acceder a la memoria autobiográfica. La muestra estuvo formada por veinticinco personas en el grupo control y veinticinco personas con depresión en el grupo experimental. Los resultados obtenidos en la recuperación de recuerdos específicos fue mayor con las imágenes que con las palabras en el grupo control. Sin embargo, los participantes con depresión recuperaron una serie de recuerdos específicos similar en imágenes y palabras, a su vez obtuvieron un mayor número de recuerdos generales y un decremento de los recuerdos específicos.

Un programa de optimación de la memoria autobiográfica es el MAP@SMA (Wobbeking, Muñoz, Torres, Cabaco y Galindo, 2015) creado para mejorar las competencias en memoria autobiográfica en el desempeño cotidiano en personas mayores. Además del énfasis en la rememorización de experiencias positivas, en esta propuesta se subraya la reescritura de las experiencias personales (señaladas ya en otros programas como el REVISEP para la mejora del estado de ánimo), magnificando las dos estrategias señaladas por la Psicología Positiva como más eficientes (el perdón y la gratitud). Por tanto, el proyecto formula un programa de intervención para la mejora de la calidad vital de las personas mayores sin deterioro cognitivo avanzado. En la misma dirección Sánchez, Cabaco, Litago, Iglesias y Camarón (2016) desarrollaron un programa de intervención, haciendo hincapié en la rememorización de emociones positivas. Las personas mayores que formaron parte de esta intervención adquirieron una competencia de sesgos positivos en el recuerdo autobiográfico. La eficacia de estas intervenciones es muy alta, en la línea que han obtenido otros investigadores

con un planteamiento similar (Ortega, Ramírez y Chamorro, 2015) o con los hallados por Rasmussen y Berntsen (2009) en dimensiones emocionales.

La musicoterapia puede resultar clave en la memoria autobiográfica ya que permite acceder a recuerdos del pasado, puede traer recuerdos a la conciencia que creíamos haber olvidado e incluso puede transportarnos a nuestra infancia y adolescencia. Esta asociación entre la música y la memoria autobiográfica es evidente, la música está relacionada con los recuerdos al parecer más que otras señales potentes de memoria como por ejemplo la asociación de un recuerdo con fotos de caras de familiares (Barrett *et al.*, 2010; Belfi, Karlan y Tranel, 2016; Janata, Tomic y Rakowski, 2007). Los recuerdos musicales autobiográficos persisten incluso en personas con alteraciones en la memoria (El Haj, Postal y Allain, 2012) y estas emociones a menudo pueden ser muy placenteras (Harrison y Loui, 2014). En definitiva, las notas musicales sirven como una herramienta de gran éxito para facilitar la recuperación de recuerdos de la memoria (Ford, Rubin y Giovanello, 2016).

Son varios los trastornos de índole psicológica y física que afectan a la memoria autobiográfica y que se caracterizan por la dificultad de acceder a los recuerdos personales del pasado. Así, los ancianos que han sufrido una pérdida de conocimiento durante un corto periodo de tiempo como resultado de una lesión provocada por un traumatismo tienen un deterioro cognitivo en la memoria episódica y autobiográfica, junto con una relativa preservación de la memoria semántica (Wammes, Good y Fernandes, 2017). Por otra parte, se ha estudiado si el trastorno de estrés postraumático puede también afectar a la memoria autobiográfica. Wittekind *et al.*, (2017) utilizaron una muestra formada por cuarenta y cuatro participantes que fueron desplazados durante

su infancia a territorios alemanes después del final de la Segunda Guerra Mundial, 19 con y 25 sin trastorno de estrés postraumático. Estos participantes se compararon con 23 ancianos que no fueron desplazados y no sufrieron esta patología. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas entre los participantes con trastorno de estrés postraumático y los que no lo habían sufrido en su capacidad de recordar los sucesos, lo que indica que el estrés postraumático no parece estar asociado a un deterioro cognitivo en la memoria autobiográfica.

Por todo lo indicado, desde la Gerontología se concibe la memoria autobiográfica como una herramienta de trabajo con la que se mejora la calidad de vida (bienestar psicológico satisfacción personal, actitudes y actividades de la vida diaria) de la persona adulta mayor (Kenyon, Bohlmeijer y Randall, 2010; Cully, LaVoie y Gfeller, 2001; Serrano, Latorre y Montañés, 2005).

Algunos estudios han indicado que elicitación de una emoción positiva actúa como un potenciador en la evocación de recuerdos específicos (Holland, Ridout, Walford y Geraghty, 2012). Además, evocar recuerdos positivos del pasado está asociado a la gratitud como rasgo disposicional, definida como una tendencia generalizada a reconocer y responder con emoción agradecida a los beneficios aportados por los demás en las experiencias positivas y los logros personales (Bhullar, Surman y Schutte, 2015).

1.3 Gratitud

La gratitud es el sentimiento de agradecimiento y alegría al recibir lo que uno percibe como obsequio, ya sea un obsequio material proporcionado por otra persona o algo inmaterial, como un momento de paz provocado por la naturaleza. Una repuesta de agradecimiento ante las circunstancias de la vida puede ser una estrategia psicológica adaptativa y un importante proceso mediante el cual la persona interpreta positivamente sus experiencias cotidianas (Emmons y McCullough, 2003) y contribuye a ampliar los buenos recuerdos sobre el pasado (Vázquez y Hervás, 2008).

Para Peterson y Seligman (2004) la gratitud es una fortaleza humana que permite manifestar la virtud de la Trascendencia, entendida como aquello por lo cual los seres humanos nos conectamos con el universo y otorgamos significado a nuestras vidas. Además, tiene un efecto de protección para trastornos mentales como la depresión o la ansiedad (Watson y Naragon-Gainey, 2014) y también reduce las emociones negativas que resultan de la comparación y la autocomparación social por lo que es incompatible con la envidia y el resentimiento (Emmons y Mishra, 2011).

Desde el punto de vista de Emmons y Stern (2013) la capacidad de ser agradecido se puede manifestar en nuestra vida como una fortaleza o como una emoción instantánea y nos aporta experiencias positivas tales como el bienestar, la felicidad, el afecto positivo y las conductas prosociales que actúan como una barrera ante las emociones negativas.

Una de las propuestas que mayor atención ha recibido ha sido la realizada por McCullough, Emmons y Tsang (2002) en la que la gratitud se definiría como una tendencia generalizada a reconocer y responder con

emoción agradecida a los beneficios aportados por los demás en las experiencias positivas y en los logros personales. La disposición a la gratitud se relacionaría, para estos autores, con un umbral reducido para reconocer y responder con gratitud a la benevolencia ajena y proponen que está formada por varias facetas correlacionadas:

1. Intensidad: experimentar un acontecimiento positivo con mayor agradecimiento.
2. Frecuencia: experimentar agradecimiento muchas veces al día.
3. Amplitud: numero de circunstancias de la vida por las que una persona se sienta agradecida en un momento dado.
4. Densidad: número de personas hacia las que uno se siente agradecido por un solo beneficio o don recibido.

A partir de esta conceptualización, y dada la importancia de disponer de instrumentos que midan esta fortaleza, McCulloch, Emmons y Tsang (2002) crearon la escala GQ-6 (Cuestionario de Gratitud) ampliamente utilizada en la actualidad. Es un cuestionario autoaplicado de 6 ítems que está diseñado para medir las diferencias individuales y la predisposición de las personas a experimentar gratitud en la vida diaria (Vadillo, 2013). Bernabé, García y Gallego (2014) han elaborado un instrumento de evaluación de la gratitud el G-20 (Cuestionario de Gratitud-20 ítem) que muestra buenos índices de fiabilidad y validez, y su objetivo es medir la gratitud interpersonal, ante el sufrimiento, las expresiones de gratitud y el reconocimiento de los dones en las experiencias personales.

La investigación empírica muestra que la gratitud se relaciona con un incremento del bienestar (Allan, Steger y Shin, 2013; Elosúa, 2015; Froh, Sefick y Emmons, 2008; Nezlek, Newman y Thrash, 2016; Schueller y Parks, 2012), de la satisfacción con la vida (Chen, Wu y Chang, 2016), del optimismo (Peters, Meevissen y Hanssen, 2013), de las relaciones interpersonales (Sun, Jiang, Chu y Qian, 2014) y de la generosidad (Liu y Hao, 2017). Igualmente, existe una relación negativa entre la gratitud y los síntomas depresivos (Konradt, Hirsch, Jonitz y Junglas 2013; Lambert, Fincham y Stilman, 2012; Senf y Liau, 2013; Sin y Lyubomirsky, 2009), el estrés y el burnout (Cheng, Tsui y Lam, 2015; Lanham, Rye, Rimsky y Weill, 2012), la ira (Baxter, Johnson y Bean, 2012), la ansiedad (Allan, Johnson y Emerson, 2014; Petrocchi y Couyoumdjian, 2016) y la anhedonia (Simon, 2016).

Proyer, Ruch y Buschor (2012) crearon una intervención en la que se entrenaban las principales fortalezas entre ellas la gratitud. La muestra estuvo formada por 176 adultos y se dividió en tres grupos. Un grupo fue entrenado en las fortalezas de gratitud, curiosidad, optimismo, humor y entusiasmo durante diez semanas, otro grupo trabajó con las fortalezas de apreciación de la belleza, creatividad, amabilidad, amor por el aprendizaje y esperanza y, por último el tercer grupo sirvió como control y no recibió entrenamiento. Los resultados indicaron que hubo un aumento significativo de la satisfacción en el grupo en el que se entrenó gratitud, curiosidad, optimismo humor y entusiasmo.

Por otra parte, Krejtz, Nezlek, Michnicka, Holas y Rusanowska (2016) realizaron una investigación con personas adultas que anotaron en un cuaderno durante todos los días su grado de bienestar y estrés experimentado

a lo largo de dos semanas. Antes de realizar estos diarios, el grupo experimental escribió momentos del día por los que se habían sentido agradecidos mientras que el grupo control no recibió ningún tipo de instrucciones. Los resultados mostraron que en el grupo experimental, disminuyeron los niveles de estrés y aumentó el bienestar, mientras que en el grupo control no hubo cambios. Estos datos resultan prometedores ya que la gratitud puede reducir los efectos negativos del estrés y a su vez aumentar el grado de bienestar.

En un estudio realizado por Ferrer (2017) se examinó la relación entre la gratitud y la satisfacción vital en una muestra de estudiantes universitarios españoles, encontrándose que la gratitud predice la satisfacción con la vida (en el bienestar físico y psicológico). Por otro lado, hubo diferencias de género siendo las puntuaciones de las mujeres considerablemente más altas que las de los hombres. Froh, Yurkewicz y Kashdan (2009) y Mann (2012) encontraron resultados similares. Estas diferencias de género podrían reflejar diferencias culturales ya que los hombres podrían pensar que expresar agradecimiento disminuye su masculinidad y su estatus social (Froh *et al.*, 2009; Sun y Kong, 2013).

La expresión de gratitud también ha sido considerada una fortaleza importante en el bienestar de las relaciones personales (Algoe, Haidt y Gable, Vega y Oros, 2013). Kubacka, Finkenauer, Rusbult y Keijsers (2011) encontraron que altos niveles en expresión de gratitud estarían relacionados con altos niveles en comportamientos que mantienen la relación en pareja y que esta relación estaría mediada por un aumento en la percepción positiva de la pareja. La gratitud correlaciona con las relaciones positivas y con las condiciones necesarias para su desarrollo y mantenimiento (Gordon, Arnette

y Smith, 2011). Emmons y Mishra (2011) en su revisión de los procesos que vinculan la gratitud con el bienestar, enfatizan la vía ampliamente sustentada empíricamente de que la gratitud construye recursos sociales a través del fortalecimiento de las relaciones y la promoción de las acciones prosociales.

Se han llevado a cabo diversas investigaciones con el fin de estudiar la posible existencia de relaciones entre la gratitud y algunos rasgos de personalidad. Alarcón y Morales (2012) realizaron un estudio en el que encontraron que la gratitud se relaciona positivamente con la amabilidad y con la responsabilidad y de forma negativa con el neuroticismo.

Por otra parte, existen inhibidores de la gratitud tales como el narcisismo, el cinismo, la envidia y el endeudamiento (Solom, Watkins, McCurrach y Scheibe, 2017), que bloquean las emociones positivas.

Además la gratitud se relaciona negativamente con el materialismo, otra actitud nociva para el bienestar (Polack y McCullough, 2006). La gratitud puede promover el bienestar motivando a las personas a satisfacer las necesidades básicas de crecimiento personal y de relaciones sociales, motivaciones incompatibles con el materialismo. En resumen, los adultos materialistas se sienten más insatisfechos con sus estándares de vida. En esta línea, las personas agradecidas se describirían como menos materialistas y envidiosas y a su vez como más generosas y predispuestas a compartir sus posesiones (Froh, Emmons, Card, Bono y Wilson 2011; Lambert, Fincham, Stillman y Dean, 2009; Polak y McCullough, 2006; Roberts, Tsang y Manolis, 2015).

Uno de los mecanismos propuestos que vinculan el bienestar psicológico con la gratitud es la reducción de las emociones tóxicas

resultantes de la autocomparación y la comparación social. Los individuos agradecidos son menos propensos a involucrarse en comparaciones sociales ascendentes que pueden resultar en envidia o resentimiento, o en autocomparaciones que pueden resultar en lamentaciones (Emmons y Mishra, 2011).

Actividades como escribir cartas de agradecimiento (Boehm, Lyubomirsky y Sheldon, 2011; Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm y Sheldon, 2011; Timmons, Ekas y Johnson, 2017), mostrarse agradecidos en la vida y llevar a cabo actos de bondad (Della Porta, Jacobs Bao y Lyubomirsky, 2012; Layous, Lee, Choi y Lyubomirsky, 2013; Lyubomirsky y Layous, 2013; Mongrain y Anselmo-Matthews, 2012; Sheldon, Boehm y Lyubomirsky, 2012) aumentan la felicidad.

Toepfer, Cichy y Peters (2012) examinaron los efectos de escribir cartas de agradecimiento sobre la felicidad, la satisfacción con la vida y la depresión, evaluando también la gratitud. Los participantes escribieron 3 cartas de agradecimiento durante tres semanas. Los resultados indicaron que esta actividad incrementó la felicidad y la satisfacción con la vida y disminuyó los síntomas depresivos. Por otra parte, la realización de un diario de gratitud se percibe como la intervención más eficaz y útil (Huffman *et al.*, 2014) sobre todo si la intervención se realiza por iniciativa propia (Parks, Della Porta, Pierce, Zilca y Lyubomirsky, 2012). Kaczmarek *et al.*, (2015) llevaron a cabo una investigación para conocer la motivación que lleva a las personas a iniciar y finalizar un diario de gratitud, en lugar de las cartas de agradecimiento. La muestra estuvo formada por 904 estudiantes con edades comprendidas entre 18 y 50 años. Los resultados mostraron que había motivaciones distintas al escribir una carta de agradecimiento a un

benefactor, en concreto, en comparación con escribir el diario de gratitud. Estos hallazgos corroboran la investigación previa sugiriendo que las cartas de gratitud se consideran una actividad más difícil de realizar en comparación con el diario.

Estas técnicas pueden ser útiles para la práctica clínica (Emmons y Stern, 2013; Sirois y Wood, 2017; Vaillant, 2013; Wood, Froh y Geraghty, 2010), resultando eficaces si se practican habitualmente mejorando el bienestar (Chen, 2013; Lyubomirsky *et al.*, 2011; McNulty y Fincham, 2012; Nelson, Layous, Cole y Lyubomirsky 2016; Ouweneel, Le Blanc y Schaufeli, 2014).

En este sentido, Kerr, O'Donovan y Pepping (2015) realizaron un trabajo cuyo objetivo fue comprobar la eficacia de la gratitud en pacientes clínicos que previamente habían visitado al terapeuta con diversos problemas de depresión, ansiedad, estrés postraumático, consumo excesivo de sustancias y desórdenes alimenticios que se encontraban en lista de espera para recibir tratamiento psicológico. Un grupo experimental fue entrenado para escribir un diario de gratitud durante dos semanas y un grupo placebo escribió un diario de su día a día. El grupo experimental mostró un aumento de la satisfacción con la vida y el optimismo, así como una reducción de la ansiedad en comparación con el grupo placebo.

La gratitud se ha relacionado con una mejor salud física (Algoe, Fredrickson y Gable, 2013; Lies, Mellor y Hong, 2014), así las personas agradecidas tienen formas más positivas de lidiar con las dificultades que experimentan en la vida, siendo más propensas a buscar ayuda de otras personas, reinterpretar y aprender de la experiencia y dedicar más tiempo a la

planificación de cómo enfrentarse con el problema (Wood, Joseph y Linley, 2007). La gratitud ha sido útil para ayudar a las personas a recuperarse de eventos traumáticos, como es el caso de los veteranos de la guerra de Vietnam (Kashdan, Uswatte y Julian, 2006). Reconocer aquellas cosas por la que podemos sentirnos agradecidos, incluso en los peores momentos, es una habilidad esencial para combatir los problemas y el sufrimiento que estos pueden ocasionar.

El afrontamiento positivo a la enfermedad es fundamental a la hora de curarse, por ejemplo en el cáncer (Algoe y Stanton, 2012; Ruini y Vescovelli, 2013). Se ha comprobado que las intervenciones basadas en la gratitud mejoran el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes con cáncer (O'Connell, O'Shea y Gallagher 2016) y los que reciben un tratamiento con quimioterapia (Shao, Gao y Cao, 2016).

Las personas agradecidas tienen una mayor calidad de sueño y esto parece ser debido a que tienen menos pensamientos negativos justo antes de irse a dormir (Wood, Joseph, Lloyd y Atkins, 2009). Por otra parte, Jackowska, Brown, Ronaldson y Steptoe (2016) encontraron que las personas agradecidas con insuficiencia cardíaca tienen menor probabilidad de experimentar una muerte súbita. Un estudio de Mills *et al.*, (2015) ha mostrado que puntuaciones altas en gratitud se asocian a una mejor calidad de sueño y un menor número de procesos inflamatorios que pueden empeorar la salud cardíaca. Por otra parte, encontraron que los pacientes que mantuvieron durante ocho semanas su diario de gratitud mostraron reducciones en los niveles de sangre de varios biomarcadores inflamatorios importantes. También registraron un aumento de la variabilidad del ritmo

cardiaco en ese periodo de tiempo. Mejorar la variabilidad del ritmo cardiaco se considera una medida de reducción de riesgo cardiaco.

La gratitud se ha estudiado en diferentes etapas evolutivas: en niños y adolescentes (Ma, Kibler y Sly, 2013; Oros, Schütz y Vargas, 2015; Owens y Patterson, 2013) y en la tercera edad en la que se centra este trabajo (Krause, 2012; Nezlek, Newman y Thrash, 2017; Sandage, Hill y Vaubel, 2011).

Kashdan, Mishra, Breen y Froh (2009) encontraron que las personas mayores pueden ser más propensas a apreciar la gratitud como una experiencia positiva y gratificante en comparación con los adultos jóvenes. Estos autores concluyen que las personas cuando envejecen evalúan sus prioridades y metas, cambiando su búsqueda de conocimientos y logros por el interés en eventos que los complacen emocionalmente debido a que se percatan del escaso tiempo que le resta de vida y a la necesidad que tienen de enfocar sus recursos hacia todo aquello que sea significativo y les provoque placer.

De igual manera Méndez, Desfilis, Barradas y Valero (2014) estudiaron la gratitud como una actitud existencial y su posible relación con el bienestar psicológico en personas mayores. La muestra estuvo formada por 27 personas mayores con edades comprendida entre los 63 y los 96 años de edad. Entre los resultados, destaca que la gratitud, medida como actitud existencial se relaciona significativamente con cuatro de las cinco dimensiones del bienestar psicológico: autoaceptación, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal.

Las personas mayores pueden beneficiarse de intervenciones en gratitud para mantener y aumentar su bienestar (Killen y Macaskill, 2015). En este sentido, Barrett-Cheetham, Williams y Bednall (2016) relacionaron positivamente el agradecimiento, la compasión y la motivación con el bienestar eudemónico.

Ho, Yeung y Kwok (2014) realizaron un estudio con mujeres, de entre 63 y 105 años, que residían en centros geriátricos, con el objetivo de evaluar y desarrollar un programa de intervención que incluía: la gratitud, el optimismo, el saboreo, la felicidad, la curiosidad, la valentía, el altruismo y el sentido de la vida para promover experiencias positivas en la vejez. Los resultados obtenidos fueron un decremento en las puntuaciones de depresión y un aumento en satisfacción con la vida, gratitud y felicidad. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otras intervenciones demostrando su eficacia para mejorar el bienestar subjetivo (Mongrain y Anselmo-Matthews, 2012; Seligman, Rashid y Parks, 2006).

Un estudio sobre cómo se asocia la gratitud con los sentimientos de bienestar es el de Hörder, Frändin y Larsson (2013) quienes estudiaron el envejecimiento exitoso con una muestra de 24 personas mayores entre 77 y 90 años de edad a las que les realizaron una serie de entrevistas. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la estrategia de elegir y sentir la gratitud fue más positiva en sus vidas que la preocupación por las cosas que no se pueden cambiar.

A corto plazo parece que hay resultados prometedores en las intervenciones con un aumento del bienestar y una disminución de la ansiedad, sin embargo, los beneficios suelen perderse con el paso de tiempo

volviendo a sus niveles de inicio (Manthey, Vehreschild y Renner, 2016; Wong, Gabana, Zounlome, Mitts y Lucas 2017).

Köning y Glück (2014) han sido los pioneros en encontrar evidencia empírica a favor de una relación positiva entre sabiduría y gratitud en personas mayores. En su estudio, los participantes con más sabiduría (puntuaciones más altas en inteligencia cristalizada) mostraron más agradecimiento espontáneo por la vida en general, por la salud, por sus creencias religiosas, su relación de pareja y por su actitud positiva ante la adversidad. La reflexión y la integración de las experiencias positivas y negativas a lo largo de la vida caracterizan a la sabiduría y al agradecimiento. Muchos de los acontecimientos negativos son inesperados e incontrolables (Janoff-Bulman, 2014), si somos capaces de encontrarles un sentido e integrarlos en nuestra vida, tales vivencias pueden contribuir a una mayor apreciación de la vida (Wood *et al.*, 2010), al crecimiento postraumático (Linley y Joseph, 2004) y al desarrollo de la sabiduría (Glück y Bluck, 2013).

1.4 Perdón.

Otra vía interesante de trabajo para aumentar el bienestar consiste en actuar sobre los recuerdos de tipo negativo que generan emociones intensas como por ejemplo, rencor y rabia (Fernández-Ballesteros, 2009). El perdón es la acción por la que una persona comprende racionalmente que ha sido tratada injustamente y es capaz de perdonar dejando atrás el resentimiento (Enright y Fitzgibbons, 2000; Muñoz, Vinsonneau, Neto, Girard y Mullet, 2003; Menahem y Love, 2013).

El constructo del perdón no ha sido considerado un objeto de estudio interesante para la psicología durante mucho tiempo. Sin embargo, en la última década han proliferado las investigaciones centradas en la psicología del perdón, probablemente impulsadas por el auge de la psicología positiva que lo considera una de las fortalezas humanas debido a sus efectos positivos sobre el bienestar y la felicidad (Prieto-Ursúa *et al.*, 2012).

La experiencia subjetiva inicial que vive una persona cuando se siente dañada está compuesta por respuestas cognitivas, afectivas y conductuales. Williamson y Gonzales (2007) describieron estas respuestas identificando, en el nivel cognitivo, que entre los pensamientos más comunes se encontraban representaciones ofensivas del ofensor, pensamientos de venganza y de finalización de la relación, preguntas de por qué se ha comportado así el ofensor o de si la víctima ha tenido alguna culpa en lo ocurrido. Las respuestas de tipo afectivo más frecuentes fueron sentimientos de rabia, dolor, tristeza, confusión y una sensación de traición y, a nivel conductual, la mayoría de los participantes en su estudio mostraron evitación o distanciamiento del ofensor cuando estaba presente y sólo algunos expresaban sus sentimientos llorando o enfrentándose con la persona que les había infringido el daño.

Se han propuesto varias definiciones sobre el concepto del perdón, así Hargrave y Sells (1997) definieron la capacidad de perdonar en términos del esfuerzo para restaurar sentimientos de amor y confianza, de manera tal que tanto víctimas como victimarios puedan poner punto final a un vínculo destructivo. Thompson, Yamhure y Snyder (2003) definen el perdonar en el marco de un proceso de transgresión, donde el vínculo de la persona con el transgresor, la transgresión y sus secuelas se transforman de negativo, a

neutro o positivo. La fuente de la transgresión y, por lo tanto, el objeto del perdón, puede ser la propia persona, otras personas o una situación percibida como fuera del control personal. Así, quien perdona se libera de un vínculo de apego negativo en la medida en que se transforma la valencia negativa en una neutra o positiva.

Enright y Coyle (1998) sostienen que perdonar supone la voluntad de abandonar el derecho al resentimiento, los juicios negativos y las actitudes de indiferencia hacia quienes nos han lastimado, posibilitando el desarrollo de sentimientos de compasión, generosidad e incluso amor hacia ellos. Al mismo tiempo, es una estrategia eficaz para disminuir las consecuencias emocionales negativas en la víctima (Watson, Rapee y Todorov, 2016).

Cornish y Wade (2015) definen el perdón como un proceso en el que la persona acepta la responsabilidad de haber dañado a otra y expresa remordimiento, se implica en la restauración a través de conductas reparadoras, intenta cambiar los patrones de conducta que le llevaron a la ofensa y vuelve a comprometerse con sus valores y alcanza un renovado auto-respeto, auto-compasión y auto-aceptación, consiguiendo en todo el proceso un crecimiento moral.

De acuerdo con Lawler-Row, Scott, Raines, Eldis-Matityahou y Moore (2007) el perdón no es un constructo simple sino que presenta tres dimensiones: a) Tipo de respuesta: admite tres niveles, según los cuales el perdón se puede experimentar como una conducta, una emoción o un pensamiento que, a su vez, puede ser específico (sobre el hecho o el ofensor) o una actitud general (como creer que nadie es perfecto); b) Dirección de cambio: puede ser el abandono o la reducción de las respuestas negativas (lo

que se conoce como dimensión negativa del perdón o la aparición de emociones, pensamientos o respuestas positivas (dimensión positiva del perdón). La persona puede emplear un de estos dos tipos de cambio o los dos; c) Orientación: con dos niveles el intrapersonal centrado en sí mismo y el interpersonal centrado en el otro.

Se han propuesto distintos tipos de perdón. Una primera clasificación es la que diferencia entre el perdón unilateral o intrapersonal y el perdón negociado o interpersonal. El primero hace referencia a un proceso que se completa en la persona dañada siendo totalmente independiente de las acciones del agresor (Enright y Coyle, 1998). Por el contrario la función del perdón negociado es la reparación de las relaciones o la reparación del daño, en este caso el agresor se identifica con el daño que ha infringido y busca perdón por ello (Andrews, 2000).

En las investigaciones sobre este tema se ha utilizado también la distinción entre el perdón entendido como una conducta específica, dirigida a transgresiones concretas en las que el individuo ha dañado a otros o a sí mismo (perdón específico) y el perdón como una disposición general a perdonar en distintas situaciones y a lo largo del tiempo (perdón disposicional), entendido como un rasgo estable de personalidad (McCullough y Worthington, 1999). Si bien el perdón disposicional se reflejará en un nivel mayor de perdón específico, esta distinción ha permitido identificar lo que se conoce como la discrepancia religión-perdón. En distintos estudios se ha encontrado que las creencias religiosas se asocian de forma diferente con los dos tipos de perdón (Edwards *et al.*, 2002; McCullough y Worthington, 1999). Así, aunque sí existe relación entre religiosidad y perdón disposicional, no hay evidencia de relación significativa

entre religiosidad y nivel de perdón mostrado en ofensas específicas (Tsang, McCullough y Hoyt, 2005).

Otra distinción que se ha realizado es entre el perdón a otras personas y el perdón a uno mismo. Este último se conceptualiza como el deseo de abandonar el autoresentimiento ante el reconocimiento de que uno ha cometido un error objetivo, fomentando la compasión, la generosidad o el amor hacia sí mismo (Enright, 1996). Por lo tanto, el auténtico autoperdón se basa en dos principios que son la autoaceptación y la superación personal. Para lograr la autoaceptación es necesario que la persona reconozca sus propias debilidades y deficiencias. Esta superación o mejora de si mismo implica la necesidad de avanzar después de aceptar que se han cometido errores. Aprender a encontrar lo bueno en los errores cometidos seguidos del compromiso de construcción sobre lo ya vivido es lo que impulsa al autoperdón (Toussaint, Barry, Bornfriend y Markman, 2014).

En la actualidad se entiende al perdón como un proceso multidimensional que involucra componentes cognitivos, emocionales, motivacionales y sociales (McCullough, Kurzban y Tabak, 2013). Así, diversos estudios sobre la conceptualización del perdón (Baskin y Enright, 2004; Mullet, Girard y Bakhshi, 2004) han puesto de manifiesto que existen diferencias evidentes en la interpretación de términos tan comunes cómo reconciliación y olvido, siendo para algunos autores términos sinónimos ya que estos aspectos forman parte de la capacidad de perdonar (Sell, 2016) y considerando otros que puede darse el perdón sin reconciliación y sin olvido (Kanz, 2000).

Para que sea posible el acto de perdonar existen diferentes factores a tener en cuenta, debiéndose atender a las características de la persona que ha de prestar su indulgencia, del acto que ha de ser perdonado, del que provoca el agravio, de la relación entre dañado y ofensor, y por ultimo de determinadas condiciones sociodemograficas (Guzmán, 2010).

Un elemento que favorecerá que la persona perdone será que ésta sienta cierta empatía hacia el ofensor (De Pinho y Oliveira Falcone, 2016, Wade y Worthington, 2003), que interprete los actos de este sin intención negativa, que tenga la capacidad de no dejarse arrastrar por emociones como la rabia o la tristeza, que su personalidad se aleje del narcisismo y que su estilo de apego sea seguro. En relación a las características del acto susceptible de ser perdonado, cuanto más grave haya sido la ofensa más lejano se encontrara el perdón. El ofensor por su parte, cuanta mayor sinceridad muestre en sus disculpas más cerca estará que estas sean aceptadas. En este sentido, el acto de perdonar implica un estado empático con el ofensor junto con sentimientos de compasión, cercanía, compromiso y satisfacción con la relación (Fehr, Gelfand y Nag, 2010).

Respecto a la medición del perdón, a pesar de que existen numerosos instrumentos para evaluarlo pocos se han utilizado más allá del estudio para el que se construyeron y pocos son los que están disponibles en lengua castellana. De entre las escalas diseñadas para medir disposición general a perdonar, y que han sido utilizadas en numerosos estudios, se encuentran la Transgression Narrative Test of Forgiveness (TNTF Berry, Worthington, Parrott, O'Connor y Wade (2001) y la Trait Forgiveness Scale (Berry, Worthington, O'Connor, Parrott y Wade, 2005),. Entre las escalas que miden perdón específico, la más utilizada a nivel internacional es la Transgression

Related Interpersonal Motivations (TRIM-12 McCullough *et al.*, 1998). Esta escala fue diseñada para medir el perdón episódico o específico en las relaciones cercanas, y su objetivo era inicialmente la evaluación de dos dimensiones del perdón: la evitación y la venganza. Posteriormente, se añadió a estas dos subescalas una tercera dimensión, la benevolencia, dando lugar a una nueva versión, el TRIM-18 (McCullough, Root y Cohen, 2006). Esta ha sido traducida y validada recientemente en población chilena (Guzmán, Tapia, Tejada y Valenzuela 2014), presentando buenos índices de consistencia interna. Otra escala que mide el grado en el que el ofendido siente que ha perdonado emocionalmente al ofensor es la Emotional Forgiveness Scale (EFS, Worthington, Hook, Utsey, Williams y Neil, 2007). En España, Yárnoz-Yaben, Comino y Garmendia (2012) han diseñado también el cuestionario de perdón en divorcio-separación (CPD-S), compuesto por 5 ítems que mide específicamente el perdón en la expareja.

La investigación empírica indica que existen diferencias en la tendencia a perdonar según la edad. Las personas mayores se muestran más predispuestas a perdonar que los adultos jóvenes, los adolescentes y los niños (Allemand, 2008; Sifton, Flannelly y Lutjen 2013). Lawler-Row y Piferi (2006) encontraron diferencias significativas en el perdonar en un estudio sobre adultos entre 50 y 95 años, donde los adultos mayores se describían a sí mismos como más predispuestos a perdonar que los adultos de mediana edad. Romeo y Mitchell (2008) afirman que las creencias y los valores personales y sociales de los adultos mayores predisponen a perdonar más que los adultos jóvenes. En la misma línea, Cheng y Yim (2008) mostraron que percibir el tiempo como un recurso limitado influye en la predisposición de las personas para perdonar conflictos interpersonales, permitiendo así explicar, en parte, algunas de las diferencias encontradas en función de la edad. Steiner,

Allemand y McCullough (2012) indican que las personas mayores son más tolerantes que los adultos de mediana edad o los jóvenes, muestran mayor agradabilidad y menor neuroticismo, como rasgos de personalidad lo que les predispone a perdonar.

Un punto destacado en la investigación del perdón y las diferencias según la edad es su relación con el constructo de religiosidad. Al igual que el perdón, la religiosidad tiende a incrementarse con la edad. Las personas religiosas o con intereses espirituales afirman estar más predispuestas a perdonar y menos a vengarse que las que no son religiosas, ni tienen intereses espirituales (McCullough, Bono y Root, 2005). Maganto y Garaigordobil (2010) encontraron que las personas mayores afirman, con más frecuencia que las más jóvenes, que las creencias religiosas ayudan a perdonar.

Al respecto, Akhtar, Dolan y Barlow (2017) llevaron a cabo una serie de entrevistas semiestructuradas con un grupo de personas religiosas y otro grupo de personas ateas. En el grupo con creencias religiosas el perdón estuvo relacionado con un equilibrio emocional, una disminución del afecto negativo, un incremento de las emociones positivas, de las relaciones sociales, del propósito en la vida y del crecimiento personal. En el grupo de las personas ateas se encontró una relación entre el no perdonar y determinados efectos negativos como la reducción de habilidades cognitivas y barreras en el crecimiento psicosocial por lo que el perdón parece ser un elemento determinante para el bienestar psicológico de los seres humanos.

Esteban, Litago, Cabaco y Zaballos (2016) estudiaron si existe una diferente concepción del perdón en función de la edad y el sexo. Encontraron que los jóvenes manifiestan menor capacidad de perdonar, y los hombres

mayor motivación de venganza; tanto jóvenes como mayores consideran la reconciliación y la falta de rencor como los factores más importantes del perdón; y respecto a los elementos que facilitan el perdón, los mayores consideran más significativos el paso del tiempo y las creencias religiosas, y los jóvenes que haya arrepentimiento y se pida perdón, sin distinción de sexo.

Existen distintos modelos acerca del perdón, los más conocidos y que han recibido una mayor investigación son los propuestos por Enright y Worthington. El modelo de tratamiento de Enright contiene 20 pasos (Enright y Fitzgibbons, 2000), los cuales están resumidos en cuatro fases: Descubrimiento, se trata de que la persona considere los sentimientos negativos que ha suscitado en ella la ofensa y cómo le ha afectado (incluye los pasos del 1 al 8); Decisión, en esta fase la persona piensa en el perdón antes de comprometerse a perdonar (incluye los pasos del 9 al 11); Trabajo, que incluye entender al ofensor, desarrollar compasión, aceptar/absorber el dolor y considerar dar el regalo del perdón al ofensor (pasos del 12 al 15) y Profundización, aquí se trata de encontrar significado al sufrimiento y perdonar, darse cuenta de que uno ha necesitado en otras ocasiones el perdón de otros y ser consciente de menos afecto negativo y más afecto positivo.

La eficacia del modelo Enright ha sido demostrada con grupos tan diversos como adultos que han sufrido incesto (Freedman y Enright, 1996), padres que han adoptado niños con necesidades especiales (Baskin, Rhody, Schoolmeesters y Ellingson, 2011) o pacientes internados que están luchando con adicción al alcohol y drogas (Lin, Mack, Enright, Krahn y Baskin, 2004).

El otro modelo de Perdón es el denominado REACH de Worthington (2001). Cada letra en el acrónimo REACH representa un componente

principal en el proceso del perdón. En el primer paso de este modelo, los participantes recuerdan el daño que experimentaron y las emociones asociadas con este. Después, los participantes trabajan para empatizar con su ofensor, situarse desde la perspectiva de otro y considerar factores que pudieran haber contribuido a las acciones del ofensor. Esto se hace sin condonar las acciones del otro o invalidando los sentimientos muchas veces fuertes que la persona ofendida tiene como respuesta. En tercer lugar, los participantes exploran la idea de que el perdonar puede ser un regalo altruista hacia el ofensor. Aprenden que el perdón se puede dar de manera libre o ser retenido legítimamente y recuerdan las veces en que otros los han perdonado. A continuación, los participantes se comprometen a perdonar. Esto incluye hacer del perdón experimentado un compromiso más público que la mera decisión mental. Por ejemplo, escribir una carta al ofensor o llevar a cabo algún acto simbólico. Este paso supone comprometerse a trabajar hacia más perdón, sabiendo que este es un proceso que muchas veces requiere tiempo para madurar. Por último, la intervención ayuda a los participantes a mantenerse en el perdón a través de momentos de incertidumbre o ante el retorno del enojo y amargura.

A partir de estos modelos, en el ámbito clínico se han propuesto distintas intervenciones diseñadas para estimular el perdón, que tienden a centrarse en el daño de la ofensa y a dar tiempo para que la víctima exprese sus reacciones, pensamientos y sentimientos. Muchos de estos trabajos se han centrado en las parejas y en las familias (Gordon, Baucom y Snyder, 2003; Ripley y Worthington, 2002; Rye y Pargament, 2002). El perdón sería clave para que la persona sea capaz de mantener relaciones interpersonales satisfactorias, por ejemplo perdonar una infidelidad en una relación de pareja (Allemand, Amberg, Zimprich y Fincham, 2007; Braithwaite, Selby y

Fincham, 2011; Fincham, Hall y Beach, 2006; Kim, Johnson y Ripley, 2011), por otro lado, una gran cantidad de estudios han recogido evidencia sobre la asociación entre el perdón y la salud, tanto a nivel físico como psicológico (Bono, McCullough y Root, 2008; Prieto-Úrsua *et al.*, 2012; Thoresen, Harris y Luskin, 2000; Worthington y Scherer, 2004).

En un intento por explicar el sistema cognitivo y psicológico mediante el que funciona el perdón, McCullough, Kurzban y Tabak (2013) sugieren un modelo alternativo que pone de manifiesto que tanto el perdón como la venganza, surgen como sistemas de adaptación psicológica de respuesta a un conflicto o como mecanismo cognitivos de respuestas. Sostienen que, la venganza y el perdón podrían tener funciones biológicas complementarias. Sin embargo, son adaptaciones de comportamientos distintos que resuelven problemas de adaptación específicos (McCullough, Kurzban y Tabak, 2010). Es decir, los mecanismo de venganza estarían diseñados para disuadir los daños, y los mecanismo de perdón estarían diseñados para resolver los problemas relacionados con la preservación de relaciones valiosas a pesar del daño recibido (McCullough *et al.*, 2013).

La literatura muestra que las intervenciones basadas en el perdón favorecen las relaciones sociales (Adams, Zou , Inesi y Pillutla, 2015; Fife, Weeks y Stellberg-Filbert, 2013; Fingerman y Charles, 2010; Mooney, Strelan y Mckee, 2016), las relaciones de pareja (Kato, 2016), la amabilidad (Riaz y Khan, 2016) y se relacionan con un incremento en el bienestar psicológico (Bono *et al.*, 2008; Brown, 2003; Hill y Allemand, 2011; Cornish y Wade, 2015), en la autoestima (Strelan y Zdaniuk, 2015), en la satisfacción con la vida y el optimismo (Allemand, Hill, Ghaemmaghami y Martin, 2012) y en una reducción de los niveles de ansiedad (Lin, Enright y Klatt, 2013), de

angustia (Allemand, Steiner y Hill, 2013; Sifton, Flannelly y Lutjen, 2013) y de depresión (Nsamenang, Webb, Cukrowicz y Hirsch, 2013; Yip y Tse, 2009).

En esta línea, Akhtar y Barlow (2016) realizaron una revisión de diferentes estudios llevados a cabo entre adolescentes y adultos que habían sufrido distintos daños a consecuencia de actos violentos y que, a la vez, habían recibido terapia psicológica basada en el perdón. Los estudios encontraron que el perdón de las diferentes ofensas parece ser un elemento muy efectivo para favorecer diferentes dimensiones del bienestar mental resultado que avala el uso de estas terapias para mejorar la capacidad de las personas para vivir de un modo significativo y satisfactorio.

Aprender a perdonar a quienes nos hieren puede mejorar significativamente el bienestar psicológico y la salud física (Stewart, Reynolds, Jones, Stewart y Nelson, 2016). Podemos considerar al estrés como el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante, por tanto pone en peligro el bienestar. Se evidencia que está involucrado en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de enfermedades físicas y psicológicas. Slavich (2016) ha sugerido que el proceso de afrontamiento emocional basado en el perdón, puede ayudar a mitigar los efectos del estrés. En el estudio de Toussaint, Shields y Slavich (2016) las personas que tenían mayores niveles de estrés acumulado durante toda su vida mostraron peores resultados de salud mental mientras que entre quienes mostraban una tendencia alta al perdón y vivían con un estrés alto, no se observaba una mala salud mental.

El perdón restaura la salud física, la hostilidad y el resentimiento. Witvliet, Ludwig y Laan (2001) llevaron a cabo una investigación en la que pidieron a un grupo de participantes que pensarán sobre una ofensa grave mientras medían la presión arterial, el ritmo cardíaco, la tensión muscular y otros indicadores fisiológicos. Se observó que cuando se recordaba el resentimiento se incrementaba el nivel de estos indicadores. Lo mismo sucedió con sensaciones negativas como el estrés, la ansiedad y la rabia. Por el contrario, en el grupo donde imaginaron a la víctima perdonando a sus agresores estos indicadores volvieron a la normalidad. También corroboran los beneficios físicos producidos por el perdón los estudios realizados con pacientes que padecen cáncer quienes afirman tener mayor calidad de vida, bienestar psicológico, esperanza y una disminución de la angustia cuando perdonan (Hansen, Enright, Baskin y Klatt (2009); Prince-Paul y Excline, 2010).

El perdón se muestra como una capacidad valiosa que está presente en las últimas etapas de la vida (Morales y Arias, 2014). En este sentido, Loung, Charles y Fingerman (2011) sostienen que los adultos mayores desarrollan estrategias que optimizan sus relaciones sociales positivas y minimizan las negativas, siendo el perdón un proceso que ha demostrado su valor para enriquecer y restaurar vínculos (Silton *et al.*, 2013).

Por otra parte, el estudio llevado a cabo por Ermer y Proulx (2015) estuvo formado por una muestra de personas mayores de 67 años. Analizaron los datos de una serie de entrevistas, se midieron los niveles de salud percibida y se les administró una escala de depresión. Los resultados revelan que las mujeres mayores que perdonan a otras personas tienen menos probabilidades de mostrar síntomas de depresión tanto si se sentían

perdonadas por otros individuos como si no. Los hombres mayores, sin embargo, mostraron niveles de depresión más altos cuando perdonaban a otros pero no se sentían perdonados.

Por otra parte, las personas que perdonan es más probable que sean más felices, agradables, confiados y altruistas (Rey y Extremera, 2016) ya que las emociones negativas generadas por el deseo de no perdonar, pueden provocar ira y hostilidad, sentimientos de venganza, y hacer que las personas sean más propensas a sufrir trastornos de estado de ánimo, como la depresión (Fayyaz y Besharat, 2011; Goldman y Wade, 2012; Stackhouse, Ross y Boon, 2016).

El resentimiento puede propiciar el mantenimiento de afectividad negativa (Green, DeCourville y Sadava, 2012), y se ha relacionado con mayores niveles de ansiedad (Reed y Enright, 2006), mayor estrés postraumático (Orcutt, Pickett y Pope, 2005), mayor sintomatología depresiva (Liao y Wei, 2015) e incluso con intentos e ideación suicidas (Sansone, Kelley y Forbis, 2013). Así en muchas ocasiones nos vemos sumergidos en sentimientos de culpa, que debemos afrontar desde una perspectiva positiva para poder perdonar y aliviarnos de la vergüenza y la angustia que genera el acto de no perdonar (Carpenter, Tignor, Tsang y Willett, 2016; Stackhouse, 2016). Así, las personas deberán superar las cogniciones que alimentan al resentimiento (la falta de equidad entre iguales, la injusticia, el reconocimiento de la culpa por parte del agresor), en forma de desafío o de reto personal (Raj y Wiltermuth, 2016).

1.5 Sentido del Humor.

Un pilar fundamental de la Psicología Positiva es el humor. Martin Seligman (2002) habla del sentido del humor como una capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica: la risa, lo que logra un estado de ánimo positivo (Carbelo y Jáuregui, 2006; Mobbs, Greicius, Abdel-Azim, Menon y Reiss 2003).

Martínez Martí (2006) define el sentido del humor como la capacidad para reconocer con alegría las incongruencias presentes en la vida. Es la forma más sencilla, rápida y económica de generar una emoción positiva, ya que cuando se consigue estimular la hilaridad espontánea de una persona esto proporciona bienestar emocional a corto plazo (Martin, 2007; Ripoll y Casado, 2010) y es intrínsecamente gratificante (Hull, Tosun y Vaid, 2017).

Desde la perspectiva de la psicología positiva se considera el sentido del humor como una de las veinticuatro fortalezas humanas. Además de ayudar a superar los momentos difíciles de la vida o a sobrellevar una enfermedad, también fomenta un mayor bienestar y disfrute, e incluso, el crecimiento hacia una mayor humanidad y plenitud (Berrios, Pulido, Augusto y López, 2012; Peterson y Seligman, 2004; Vázquez y Hervas, 2014; Wilkings y Eisenbraun, 2009).

De acuerdo con Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray y Weir (2003) existen diferentes estilos de humor que pueden dividirse en dos tipos básicos: el humor interpersonal centrado en uno mismo y el humor interpersonal centrado en otras personas. En ambos el humor puede ser positivo, considerado saludable y adaptativo (humor de autofiliación y autoafirmación) o negativo, potencialmente perjudicial (humor agresivo y autodemoledor).

El humor de afiliación se define como la tendencia a decir cosas graciosas como contar chistes y recurrir a bromas ingeniosas con el objetivo de divertir a los demás, facilitar las relaciones sociales y reducir las tensiones interpersonales. El humor de autoafirmación es la tendencia a divertirse frecuentemente con las incongruencias de la vida, mantener una mirada humorística incluso en las situaciones de estrés o adversidad hacia la vida y usar el humor como mecanismo regulador de emociones. Por otro lado, el humor agresivo se considera como la tendencia a usar el humor con el propósito de criticar o manipular a otros, utilizando el humor despectivo, así como el potencialmente ofensivo. Finalmente, el humor autodemoledor hace referencia a la tendencia a usar el humor para congraciarse con otros e intentar divertir a los demás al hacer cosas graciosas a expensas de uno mismo (Martin *et al.*, 2003; Mendiburo-Seguel, Páez y Martínez-Sánchez, 2015).

Mendiburo-Seguel *et al.*, (2015) llevaron a cabo un meta-análisis para estudiar la relación entre los diferentes estilos de humor y los rasgos de personalidad. Dependiendo de los rasgos de personalidad, las personas utilizan el humor de una u otra forma influyendo en su comportamiento, en su habilidad para utilizarlo como estrategia de afrontamiento y en su capacidad para producir humor y apreciarlo.

Hampes (2013) analizó diferentes investigaciones realizadas sobre la relación que existe entre la forma de recordar las experiencias pasadas y el estilo de humor utilizado. De acuerdo con su análisis, las personas que utilizan el humor afiliativo y autoafirmante tienden a recordar experiencias del pasado mas positivamente que las personas que utilizan el humor autodemoledor. Igualmente, Vaughan, Zeigler-Hill y Arnau (2014)

estudiaron la relación que existe entre el estilo de humor y la estabilidad de la autoestima. Según sus datos, las personas con una autoestima alta presentan los niveles más altos de humor de afiliación y los niveles más bajos de humor agresivo y autodemoledor y sugieren que dependiendo del nivel de autoestima las personas emplean diferente estilo de humor. Por otra parte, Hampes (2016) encontró que el humor autoafirmante correlaciona positivamente con el perdón y propone que esta relación es debida a la empatía ya que la persona comprende mejor los pensamientos y sentimientos de su ofensor.

En un estudio realizado por Kuiper y McHale (2009) que examina la relación entre el estilo de humor, los proceso auto-evaluativos y la depresión se encontró que las personas que llevan a cabo valoraciones positivas de sí mismas suelen utilizar más el humor afiliativo, favoreciendo las relaciones sociales y disminuyendo los niveles de depresión. Así, el estilo de humor utilizado no solo puede afectar significativamente al bienestar psicológico del individuo sino también a la percepción que tiene de sí mismo, a sus emociones y a sus relaciones interpersonales.

Menos sencilla aún resulta la medición del sentido del humor. Se han elaborado numerosas escalas que incluyen y dan mayor o menor peso a una selección de los posibles componentes de este difuso concepto (Jáuregui y Carbelo, 2006). Las más destacadas son: La Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS) de Carbelo (2006). La MSHS ha sido desarrollada, validada y también utilizada en investigaciones, en las que se han relacionado las dimensiones de personalidad con las dimensiones del sentido del humor, así como también con el control de la ansiedad y la depresión, además de ser utilizada para la realización de estudios

transculturales. La escala valora el humor desde distintos puntos de vista, proponiendo como dimensiones a medir, la creación o generación del humor, el uso del humor para hacerle frente a la vida, el sentido del juego, el reconocimiento y la apreciación del humor, las actitudes hacia el humor y la práctica y el uso del mismo en situaciones sociales. El humor de cada persona viene determinado por las puntuaciones obtenidas en cada uno de los elementos y por la suma total de ellos. La escala MSHS consta de 24 ítems, que se responden a través de una escala tipo Lickert, y cuyas puntuaciones directas pueden oscilar entre un mínimo de 0 y un máximo de 96. Se puede, a su vez, obtener las puntuaciones por separado de cada una de las dimensiones, oscilando entre un mínimo de 0 y un máximo de 48 en el factor de competencia o habilidad para usar el humor, entre 0 y 28 en el factor de humor como mecanismo de control de la situación, y entre 0 y 20 en el factor de valoración social y actitudes sobre el humor.

El Cuestionario de Autoevaluación del Sentido del Humor (CASH) de García-Larrauri *et al.*, (2005), coincide con el anterior en que también valora el humor desde varios puntos de vista, en este caso a través de cuatro dimensiones. La primera es creación o generación de humor, describiendo así a una persona creativa en este sentido, así como una persona que le gusta reír y no pierde la ocasión de hacerlo, utilizando estrategias y habilidades para distinguir relaciones originales y compartirlas con el fin de provocar la risa. La segunda dimensión es la apreciación del humor y disfrute de la vida que describe a una persona que disfruta riendo, y además lo hace con frecuencia y de forma alegre, teniendo la capacidad de tomarse la vida en serio pero añadiendo “toques de humor”, con un pensamiento positivo, y disfrutando de las situaciones cotidianas. El afrontamiento optimista de problemas, tercera dimensión de este cuestionario, define a una persona con capacidad para

afrontar fracasos, dificultades o contratiempos sin hundirse, y además poder mantener su optimismo, encontrando soluciones creativas con humor a situaciones negativas, manteniendo también su capacidad para reír incluso en los malos momentos. Finalmente, la cuarta dimensión es el establecimiento de relaciones positivas que presenta a una persona con capacidad de comunicarse y relacionarse más creativa y eficazmente a través del humor. Todos estos factores se evalúan considerando el grado de humor como un estado actual, a diferencia de lo que pretende el cuestionario descrito anteriormente.

El Humor Styles Questionnaire (HSQ), de Martín, Puhlik-Doris, Larsen, Gray y Weir (2003), mide cuatro estilos de humor: humor social, realzarse a uno mismo, humor agresivo y descalificación personal. El Cuestionario de Estilos de Humor (CEH) de Lillo (2006) es la versión adaptada del HSQ, es una escala tipo Likert que consta de 29 afirmaciones en las cuales se le pide a la persona que indique (7 alternativas) su grado de acuerdo o desacuerdo. Otras escalas para medir el sentido del humor son Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS), de Thorson y Powell (1993), Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ), Martin y Lefcourt (1984), Sense of Humor Scale (SHS), McGhee (1996,2010), 3WD Test of Humor Appreciation, Ruch (1992).

En el campo de la psicología positiva, la risa es la reacción biológica de los humanos a momentos o situaciones de humor, es decir, una expresión externa de diversión. Se entiende la risa como una reacción psicofisiológica asociada a una emoción positiva que se relaciona con el gozo (Carbelo y Jáuregui, 2006; Mobbs *et al.*, 2003).

La risa provoca la producción de morfina natural por lo que la persona se relaja, se tranquiliza, disminuye el dolor de cualquier parte del cuerpo y hace que la persona se sienta plena (Velázquez, 2015).

Gracias a la carcajada, los huesos de la columna vertebral y las cervicales se estiran hasta tres centímetros. En lo que respecta a la vista, los ojos se llenan de lágrimas ayudando a que se agudice la vista y se distingan mejor los colores. De igual modo, la vibración que produce la risa en la cara limpia despeja la nariz y los oídos, mejorando el olfato y la audición. Cinco minutos de risa al día son como cuarenta y cinco minutos de ejercicio ligero, el aire que entra en los pulmones durante la carcajada mejora la capacidad pulmonar, facilitando que se expulsen las toxinas del organismo y haciendo vibrar el diafragma, lo que contribuye a la reducción del ronquido y mejora la actividad del corazón, favoreciendo la circulación de la sangre y reduciendo la tensión. Al producir un cansancio sano también se ve favorecido el sueño (Valentine y Gómez, 2012).

La risoterapia es una técnica psicoterapéutica que produce beneficios mentales y emocionales por medio de la risa. Ejercita y relaja los músculos, mejora la respiración, estimula la circulación, disminuye el estrés, la ansiedad y la tensión, ejercita la memoria e incrementa las defensas del sistema inmune. A su vez, eleva el umbral del dolor y mejora el funcionamiento mental (García, 2011). Además disminuye el colesterol, adelgaza y ayuda a sobrellevar cualquier enfermedad ya que aporta aceptación, comprensión, alegría, abre nuestros sentidos y ayuda a ordenar nuestras pautas mentales (Araz, 2013). La literatura al respecto ha mostrado que el sentido del humor aporta grandes beneficios tanto psicológicos (sensaciones y estados de alegría, bienestar y satisfacción, reducción del

estrés, prevención de la depresión), como físicos (tolerancia al dolor, activación del sistema inmunológico, mejora del sistema cardiovascular) y sociales (mejoras en la motivación, la comunicación y la armonía sociales) (Christian, Ramos, Susanibar y Balarezo, 2004).

En cuanto a los beneficios físicos, Berk, Felten, Tan, Bittman y Westengard (2001) realizaron un estudio con dieciséis hombres sanos que no habían hecho ejercicio físico ni recibían medicación alguna, constatando que sonreír alegremente cambia la química de la sangre y protege al organismo contra enfermedades y contra la depresión. Quintero, Henao, Villamil y León (2012) encontraron que, en mujeres adultas, la risa favorecía la adopción de una visión más positiva, una mejor aceptación de su realidad, la disminución de los recuerdos tristes del pasado, una mayor confianza y satisfacción y en concordancia una disminución del ánimo depresivo.

En la producción de la risa intervienen el sistema nervioso, el sistema muscular, el inmunológico, el cardíaco y el digestivo y, como resultado, los efectos físicos abarcan a todo el organismo. Algunos de estos son los beneficios analgésicos en enfermedades crónicas y en el sistema inmunológico en general, el efecto de la relajación y mejora de la respiración y aunque menos estudiados no menos importante los efectos a nivel de rejuvenecimiento y de adelgazamiento, entre otros (Acevedo, Estrada, Gallego, Gaviria y Restrepo, 2013; McCreaddie, Payne y Froggatt, 2010; McCreaddie y Wiggins, 2007; Old, 2012).

La terapia basada en el sentido del humor se puede aplicar en pacientes con patologías crónicas que provocan dolor ya que esta técnica les ayuda a mejorar su calidad de vida al elevar su autoestima y aprender a

sobrevivir con la enfermedad (Contreras, Garduño y Carmona, 2011; Mauricio, Rivera, Arriaga y Sánchez, 2011). Stuber *et al.*, (2009) determinaron que la risa realmente tiene un verdadero valor terapéutico a la hora de aliviar el dolor. El experimento consistió en pedir a un grupo de niños sanos que metieran sus manos en recipientes llenos de agua helada, mientras veían películas cómicas. El resultado que obtuvieron fue que los chicos lograban mantener sus manos sumergidas un cuarenta por ciento más tiempo que los niños que no las veían.

Las terapias de sentido de humor en enfermos de cáncer mejoran su estado de ánimo (Ripoll, 2011). A su vez, la risa es un medio que permite evadirse de la situación, disfrutar de la vida y relajarse en ese instante (Mauricio, Rivera, Arriaga y Sánchez, 2011; Singh, Tripathi y Kohli 2011). En este sentido, quienes ríen poco o tienen poco sentido del humor son propensos a padecer enfermedades graves como el cáncer o ataques cardíacos (Christian *et al.*, 2004; Hashimoto *et al.*, 2016; Kidd, Miller, Boyd y Cardeña, 2009). Por ello, cada vez más sanitarios apuestan por esta terapia dentro de los centros hospitalarios, ya que la combinación de medicación y sentido del humor, mejora el estado de ánimo de los pacientes (Carmona y González; Ripoll y Casado, 2010).

Desde el punto de vista psicológico, el humor aumenta la autoestima (Falkenberg, Jarmuzek, Bartels y Wild, 2011; Goodenough *et al.*, 2012), la felicidad y satisfacción con la vida (Hirsch, Junglas, Konradt y Jonitz, 2010), reduce la ansiedad (Colom, Alcocer, Curto y Osuna, 2010; Kuiper, Klein, Vertes y Maiolino, 2014), las puntuaciones en depresión (Konradt *et al.*, 2013), el desgaste emocional y físico denominado burnout (Ho, 2017), favorece la resolución de conflictos (Campbell y Moroz , 2014), las

relaciones sociales e inhibe el estrés (Alverson, 2017; Carbelo y Jáuregui, 2006; Sánchez *et al.*, 2017). Incluso se ha encontrado que el humor es una forma efectiva para comunicar las inquietudes acerca de la muerte (Dean y Major, 2008). Asimismo, el humor a menudo se percibe como una estrategia de afrontamiento y un factor protector frente a la adversidad y las emociones negativas (Cann y Collette, 2014; Ruch, Proyer y Weber 2010; Proyer, 2014).

Cuando se usa el humor en las intervenciones psicológicas, se facilita una relación positiva entre terapeuta y cliente ayudando a que se produzca un mayor entendimiento entre ambos, también ayuda a que el cliente se comprenda mejor a si mismo produciendo, a su vez, una disminución de las emociones negativas y una potenciación de las positivas. Finalmente ayuda a modificar los comportamientos disfuncionales (Alemany y Cabestrero, 2002; Salameh y Alemany, 2004).

Grases, Sánchez-Curto, Rigo y Adrover-Roig (2012) evaluaron la capacidad que tiene el humor positivo para reducir los niveles de ansiedad-estado. Para ello se registró la ansiedad-estado, en situación basal, después de visualizar 25 minutos de una película dramática y al finalizar unos videos humorísticos que también duraban 25 minutos. La visualización de estos redujo significativamente los niveles de ansiedad-estado. Ventis, Higbee y Murdock (2001) aplicaron un tratamiento humorístico a pacientes con aracnofobia que consistía en que crearan chistes y viñetas asociadas al objeto de temor. La intervención resultó tan eficaz para reducir el miedo a las arañas como el procedimiento clásico de la desensibilización sistemática que asocia el estímulo temido a la relajación muscular. Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh (2004) encontraron una relación entre prácticas de humor positivo para superar los obstáculos y los problemas, para reírse de los absurdos de la vida,

o para hacer reír a los demás y una mejor salud mental asociada con menor depresión, ansiedad, y emociones negativas y mayor autoestima y emociones positivas.

El sentido de humor positivo mejora la objetividad a la hora de afrontar y plantear problemas, disminuyendo pensamientos negativos, provocando gran serenidad, eliminando el miedo y la timidez; aumentando la autoestima y la creatividad; y disminuyendo la depresión, la ansiedad y el estrés. Se puede decir que, nos ayuda a descubrir nuestros dones, abrir nuevos horizontes, vencer los miedos, llenarnos de luz, de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo y aprender a vivir una vida positiva, intensa, sincera y total (Valentine y Gómez, 2012).

Wellenzohn, Proyer y Ruch (2016) realizaron una intervención con una muestra de 632 adultos con una duración de 5 semanas utilizando actividades sobre el sentido del humor, como anotar en un diario de anécdotas divertidas de la vida diaria, aplicar el humor a su ámbito personal o contar anécdotas divertidas etc. Los resultados mostraron que los participantes disminuyeron las puntuaciones en depresión al finalizar la intervención pero este beneficio no se mantuvo en el tiempo. Por el contrario, la intervención aumentó los niveles de felicidad y este resultado se mantuvo a los tres y seis meses de haber finalizado la intervención. Falkenberg, Buchkremer, Bartels y Wild (2011) investigaron la influencia de la depresión en diferentes aspectos del humor. Hallaron que las personas con depresión reaccionaban menos (reían menos) a estímulos humorísticos y utilizaban el humor con menos frecuencia como estrategia de afrontamiento que las personas sin depresión.

Kim, Kim, Do Ahn, Seo y Kim (2013) investigaron los efectos de la terapia de la risa en los niveles de ansiedad, depresión y estrés, en un grupo de pacientes sometidos a radioterapia. Encontraron una disminución significativa en todos los niveles en comparación con un grupo control, por lo que concluyeron que la risoterapia es una técnica bastante eficaz para aliviar la ansiedad, el estrés y la depresión, asociadas a problemas de salud. Así mismo, Abel (2002) encontró que personas con alto sentido del humor perciben menos estrés e informan de menos ansiedad que personas con bajo sentido de humor a pesar de vivenciar un número de problemas similares. Sánchez *et al.*, (2017) demostraron que los pacientes pediátricos que habían realizado una intervención centrada en el sentido del humor, presentaron menores niveles de cortisol y estrés.

El humor puede estar mediado por el apoyo social. Así los individuos con un gran sentido del humor pueden ser más competentes y atractivos socialmente, resultando más cercanos y más satisfechos con sus relaciones sociales. El mayor nivel de apoyo social puede inhibir el estrés y estimular la salud, efecto que se ha demostrado en numerosos estudios (Cohen, 1988; Cohen, Gottlieb y Underwood, 2001). Otra investigación realizada por Kraft y Pressman (2012) ha demostrado que sonreír cuando se está padeciendo una situación de estrés ayuda a frenar los efectos nocivos del nerviosismo sobre el organismo, al reducir la frecuencia cardiaca. Además, encontraron que las personas que sonríen más se recuperan mejor de los eventos estresantes pasados.

Desde el punto de vista social, la risa se produce con más facilidad en compañía y se ha comprobado que es aproximadamente treinta veces más frecuente en situaciones sociales. Por lo tanto, las investigaciones apoyan la

idea de que el carácter contagioso de la risa es uno de los factores más importantes a nivel social ya que facilita el contacto social, el clima de las relaciones a nivel comunicativo (Alemany y Cabestrero, 2002; Fernández, 2015), disminuye el miedo al ridículo y por lo tanto favorece una comunicación más abierta (Rodríguez, 2002).

Por otro lado, las personas que buscan placer y diversión tienden más a afrontar la vida con humor y a incorporarlo más a menudo a su día a día, que aquellas personas que no tienden a buscar placer. Asimismo, las personas con sentido del humor suelen tener más amistades y tienden a participar más en actividades sociales que aquellas que no lo tienen. Igualmente, estas personas tienden a valorar más alta su satisfacción con la vida y su bienestar. Ruch *et al.*, (2010) concluyen que tener sentido del humor facilita las relaciones interpersonales e influye positivamente en el bienestar y la salud.

Gray, Parkinson y Dunbar (2015) llevaron a cabo un experimento en el que se proyectó un video humorístico a dos grupos de estudiantes que no se conocían. A continuación, se reproducía un video no humorístico a dos grupos que surgieron de la mezcla de los anteriores. Tras la visualización de los videos se les pedía que redactaran un mensaje a un compañero con el objetivo de que se conocieran mejor unos a otros. Los resultados fueron reveladores, los participantes que se habían reído juntos viendo el primer video compartieron información mucho mas intima con sus compañeros que los que no lo habían hecho.

El sentido del humor se ha utilizado en colectivos vulnerables como es el caso de las mujeres maltratadas y los ancianos. El uso de la terapia del sentido del humor en mujeres que han sufrido violencia de género les ayuda a

sobre llevar el sufrimiento e incluso les proporciona otra perspectiva de la realidad. Por lo que el sentido del humor puede ser un factor clave en la resiliencia y en la manera de afrontar la vida en el presente, (López-Fuentes y Calvete, 2016).

La fortaleza del humor ha sido uno de los principales mecanismo de defensa ante el envejecimiento, ya que permite la expresión de emociones sin malestar y sin efectos desagradables sobre los demás (Ruch *et al.*, 2010).

De acuerdo con la revisión realizada por Greengross (2013) existen diversos estudios en la literatura científica que encuentran que a medida que las personas van envejeciendo aumentan su apreciación del humor. Se podría considerar que las personas que aprecian el humor tienden a reconocerlo con más facilidad, o incluso pueden generarlo proactivamente con el fin de utilizarlo como estrategia de afrontamiento para disminuir sentimientos negativos como la ansiedad y la vergüenza. Por otra parte, en esta misma revisión se indica que las mujeres menores de 24 años ríen una media de 22.7 veces al día, mientras que las mujeres mayores de 60 años ríen una media de 11.7 veces al día. Asimismo, señala que de acuerdo con los resultados de algunas investigaciones, las personas mayores puntúan más bajo en humor afiliativo que las más jóvenes y tienden a utilizar el humor agresivo con más frecuencia que ellas. A diferencia de lo encontrado por Greengross (2013) también destacan que a partir de los 60 años aproximadamente la capacidad para disfrutar, apreciar y comprender el humor disminuye siendo mayor esta disminución en el caso de las mujeres (Wanzer, Sparks y Frymier, 2009).

Ruch, Proyer y Weber (2010) estudiaron el humor como una fortaleza de carácter en 42,964 participantes, obteniendo como resultado una

disminución del humor hasta los 50 años en el caso de los hombres. Sin embargo, entre los 51 y 62 años estos aún puntuaron alto en la escala utilizada. La tendencia fue diferente para las mujeres, pues estas puntuaron alto en dicha escala a partir de los 70 años. Además, encontraron relaciones positivas y significativas entre el humor y la satisfacción con la vida. La citada investigación, aún siendo de tipo correlacional, contribuye a la comprensión del humor durante toda la vida y subraya la importancia de los estudios en el marco de la psicología positiva sobre la adultez mayor, una etapa que no abarca únicamente cambios físicos, sino también sociales, cognitivos y afectivos.

El sentido del humor es una fortaleza presente en aquellas personas mayores que han envejecido positivamente. Ayuda a hacer frente a los avatares y a las situaciones difíciles que producen ansiedad y sentimientos de malestar (Harm, Vieillard y Didierjean, 2014; Marziali, McDonald y Donahue, 2008; Proyer, 2014).

Tse *et al.*, (2010) investigaron los efectos de la terapia del sentido del humor en los niveles de dolor, soledad, felicidad y satisfacción con la vida en personas con edades comprendidas entre los 60 y los 92 años. Los autores, después de la aplicación de un programa de humor de ocho semanas de duración, hallaron una significativa disminución del dolor y de la percepción de tristeza y un significativo incremento en la felicidad y la satisfacción de vida.

Quintero *et al.*, (2015) evaluaron el impacto de la terapia de la risa en el grado de depresión y el sentimiento de soledad, en un grupo de 49 adultos mayores internados en centros gerontológicos. Los resultados mostraron que

mejoró significativamente el estado de ánimo de los participantes, los cuales manifestaron más alegría y un menor sentimiento depresivo y de soledad. Bokarius *et al.*, (2011) estudiaron la correlación que existe entre la tendencia al humor y el nivel de depresión. Sus resultados no mostraron una relación significativa entre ambas variables pero si encontraron que las personas mayores de 70 años presentaban una alta predisposición a utilizar el humor como estrategia de afrontamiento, incluso cuando presentaban depresión.

En este sentido, Marziali *et al.*, (2008) examinaron las asociaciones entre el humor, factores personales y sociales y la salud de un grupo de personas mayores. Los resultados indicaron que el sentido del humor se relaciona con una mejor salud, una disminución en depresión y ansiedad y un mayor apoyo social. es decir las personas con mayor sentido del humor tienden a recibir más ayuda, compañía y apoyo de las personas del entorno.

Las investigaciones sobre sentido del humor también se han realizado con pacientes geriátricos que padecen demencia. Kontos *et al.*, (2015) usaron la risoterapia con el objetivo de que las personas con demencia se encontraran mejor y no se agravaran sus síntomas. Los resultados confirmaron su hipótesis y mostraron, además, que con la utilización de bromas y juegos los ancianos se encontraban menos agitados. Estos resultados son coherentes con los obtenidos por Bains *et al.*, (2014) quienes encontraron que la risa mejoró la memoria y el aprendizaje y disminuyó los niveles de cortisol.

Los ancianos que utilizan el sentido del humor como un mecanismo de defensa, disfrutan de una mejor calidad de vida (Konrtadt *et al.*, 2013;

Liptak, Tate, Flatt, Oakley y Lingler 2013) e incluso de una mayor longevidad (Kuiper, 2016).

El envejecimiento es un proceso de carácter biológico, en el que se ve deteriorada la salud de forma progresiva. La terapia basada en el humor es un método sencillo, barato y práctico para mantener un nivel de salud óptimo y enseñar a las personas estrategias y habilidades personales que les hagan sentirse bien a nivel físico, psicológico y social (Hsieh, Chang, Tsai y Wu, 2015; Ghodsbin, Ahmadi, Jahanbin y Sharif, 2015; Gelkopf, 2011, Ruch y Hofmann, 2017).

La eficacia de las intervenciones positivas según Sin y Lyubomirsky (2009) reside en lograr que las personas aprendan a apreciar y atender a los aspectos positivos de la vida y en que se involucren en aquellas actividades en las que se ponen en práctica las fortalezas.

La investigación ha puesto de manifiesto que la memoria autobiográfica puede desempeñar un importante papel en el bienestar de las personas mayores ya que, recordar el pasado puede provocar emociones positivas. Además, existen factores de mejora de nuestros recuerdos autobiográficos como la gratitud, el perdón y el sentido del humor. En cuanto a la gratitud, contribuye a aumentar la satisfacción con la vida porque amplía los buenos recuerdos sobre el pasado. En referencia al perdón, perdonando transformamos la amargura en neutralidad o incluso en recuerdos de tinte positivo por lo que se hace posible una mayor satisfacción con la vida. Además, la satisfacción aumenta cuando aumenta el buen humor, ya que este se asocia con beneficios psicológicos tales como la sensación de

alegría, bienestar, armonía, etc. (Hirsch, Junglas, Konradt y Jonitz, 2010; Latorre, Serrano, Ros, Aguilar y Navarro, 2008).

Diversas investigaciones han mostrado la relación entre los diferentes factores comentados y el bienestar de las personas (Bono y McCullough, 2006; Emmons y McCullough, 2003; Gander, Proyer y Ruch, 2016; Maiolino y Kuiper 2014; Proyer, Ruch y Buschor 2013). Sin embargo, son pocas las intervenciones que los han considerado de manera conjunta en personas mayores (Ramírez *et al.*, 2014). Por ello parece necesario continuar con esta línea de trabajo sobre todo si se considera la conexión existente entre memoria autobiográfica, gratitud, perdón y sentido del humor con los estados emocionales. Las intervenciones que fomentan las fortalezas y emociones positivas parecen ser eficaces para aliviar trastornos del estado de ánimo, como la depresión (Seligman, 2016).

No obstante, los beneficios que se obtienen con este tipo de programas no suelen mantenerse a la largo plazo ya que los cambios favorables que experimenta el anciano en su calidad de vida después de un programa de psicología positiva, vuelven a sus puntuaciones iniciales (Ramírez *et al.*, 2014; Seligman *et al.*, 2005), por lo que parece importante encontrar una forma de conseguir que los beneficios perduren en el tiempo. En el presente trabajo se propone utilizar para ello sesiones de repaso, una vez terminada la intervención, que ayuden a que se sigan realizando, en su día a día, las actividades propuestas en la intervención y, por tanto, a consolidar su efecto.

De acuerdo con todo lo expuesto, el objetivo general del presente trabajo es incrementar la calidad de vida en personas mayores de 60 años con un entrenamiento en Psicología Positiva basado en Memoria Autobiográfica, Gratitud, Perdón y Sentido del Humor.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2. Objetivos e Hipótesis.

De acuerdo con todo lo expuesto, el objetivo general del presente trabajo fue comprobar si la intervención diseñada, basada en el entrenamiento en Memoria Autobiográfica, Gratitud, Perdón y Sentido del humor, es efectiva para incrementar el bienestar de los ancianos.

En concreto, los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Aumentar los niveles de gratitud, felicidad subjetiva, bienestar psicológico y satisfacción con la vida.
- Reducir los niveles de depresión.
- Disminuir los recuerdos generales y aumentar los recuerdos específicos.

Por tanto, se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

- Las personas mayores que participen en la intervención aumentarán sus niveles de gratitud, felicidad subjetiva, bienestar psicológico, satisfacción con la vida y recuperarán un número mayor de recuerdos específicos en comparación con los grupos control y placebo.
- Las personas mayores que participen en la intervención disminuirán sus niveles de depresión, así como el número de recuerdos generales en comparación con los grupos control y placebo.
- Las personas mayores que participen en la intervención obtendrán puntuaciones más altas en gratitud, felicidad subjetiva, bienestar psicológico, satisfacción con la vida, y número de recuerdos

- específicos, así como menores en depresión y número de recuerdos generales en relación con sus puntuaciones previas a la intervención.
- Los efectos producidos por la intervención se mantendrán a los tres, seis y a los doce meses después de haber finalizado la misma.

MÉTODO

3. Método.

3.1. Participantes.

Inicialmente, la muestra estuvo compuesta por 144 participantes, institucionalizados en distintos Centros de la ciudad de Jaén (España) con edades comprendidas entre 62 y 96 años (media 83,78 y desviación típica 6,3). El 66% de la muestra estaba constituida por mujeres. Los participantes se asignaron al azar a tres grupos: experimental, placebo y control. A lo largo del estudio algunos participantes no completaron todas las fases del mismo debido a distintas cuestiones: enfermedades físicas, cambio de residencia, abandono voluntario de la investigación y/o éxitus, por lo que la muestra final quedó reducida a 111 participantes de los cuales 36 pertenecían al grupo experimental, 39 al grupo placebo y 36 al grupo control. La edad media de esta muestra fue de 83,47 años con una desviación típica de 6,78, manteniéndose la misma proporción de hombres y mujeres que en la muestra inicial.

Los criterios de inclusión para poder participar en el estudio, fueron:

- No mostrar deterioro cognitivo (puntuaciones menores de 27 en Mini-Examen Cognoscitivo MEC).
- Estar institucionalizado en un Centro de Mayores.
- Tener una edad igual o superior a los 60 años.
- Dar su consentimiento informado.

3.2. Instrumentos.

- **Test de Memoria Autobiográfica** (AMT, Autobiographical Memory Test; Williams y Broadbent, 1986 y adaptada al español por Serrano, Latorre y Montañés, 2005). En esta prueba se emplean 5 palabras positivas y 5 negativas. Los participantes tienen 60 segundos para recuperar un recuerdo específico ante cada palabra. Los recuerdos que las personas generan pueden ser específicos, categóricos o generales. La fiabilidad inter-jueces oscila entre 0.74 y 0.97 según el tipo de recuerdo.
- **Mini-Examen Cognoscitivo** (MMSE, Mini-Mental Status Examination; Folstein, Folstein y McHugh, 1975, adaptado y validado al español por Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala y Seva, 1979). Consta de 11 ítems en los que se valoran 8 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial. La escala tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 90%.
- **Escala de Satisfacción con la Vida** (SWLS, Satisfaction With Life Scale; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; versión española de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). La escala evalúa los niveles generales del bienestar de los participantes con 5 ítems de acuerdo a una escala de 1= Totalmente en desacuerdo hasta 7= Totalmente de acuerdo y presenta una consistencia interna de 0,87.
- **Escala de Felicidad subjetiva** (SHS, Subjective Happiness Scale; Lyubomirsky y Lepper, 1999 y traducida al español por Extremera y

Fernández-Berrocal 2014). Es una escala tipo Likert de 4 ítems que mide la felicidad subjetiva global mediante enunciados en los que la persona se evalúa a sí misma. En ésta escala la puntuación promedio oscila entre 4.5 y 5.5. El coeficiente de alfa de fiabilidad es de 0.88.

- **Cuestionario de Gratitud GQ-6** (McCullough, Emmons y Tsang 2002 y adaptada al español por Beléndez, 2011). Es un cuestionario de 6 ítems diseñado para medir las diferencias individuales en la tendencia a experimentar gratitud en la vida diaria. El coeficiente de alfa de fiabilidad es de 0.84.
- **Escala de bienestar psicológico de Ryff** (Ryff 1989, adaptada por Van Dierendonck, 2004 y traducida al español por Díaz *et al.*, 2006). Este instrumento mide seis dimensiones del bienestar psicológico (Autoaceptación, Propósito en la vida, Autonomía, Dominio del entorno, Relaciones positivas y Crecimiento personal.). La consistencia interna (medida con Alfa de Cronbach) de las sub-escalas de Bienestar Psicológico de la versión española propuesta por Van Dierendonk (2004) es la siguiente: Autoaceptación= .83, Relaciones positivas= .81, Autonomía= .73, Dominio del entorno= .71, Propósito en la vida= .83 y Crecimiento personal= .68.
- **Escala de Depresión geriátrica** (Geriatric Depression Scale, Yesavage *et al.*, 1983, adaptada al castellano por Martínez de La Iglesia *et al.*, 2002) es un cuestionario breve en el cual se le pide al anciano responder a 15 ítems, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en la que se le administro

dicho cuestionario. La escala tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%.

3.3. Diseño y Procedimiento.

En el estudio se usó un diseño factorial mixto. Las variables independientes utilizadas fueron Grupo con tres niveles: experimental, placebo y control y Tiempo (entendido como los momentos en los que se aplicaron las pruebas) con cinco niveles: antes de la intervención, después de la intervención y al tercer, sexto y duodécimo mes de finalizada la misma. Las variables dependientes fueron las puntuaciones obtenidas en Depresión, Felicidad, Satisfacción con la vida, Gratitud, Bienestar psicológico, Recuerdos generales, categóricos y específicos tanto positivos como negativos.

En primer lugar, para poder llevar a cabo el estudio, se realizaron los convenios necesarios entre la Universidad de Jaén y las residencias de mayores y se obtuvo el informe favorable del Comité de Bioética de Andalucía. Una vez obtenidas las autorizaciones, en cada centro se explicó a los posibles participantes los objetivos y el procedimiento del estudio, indicándoles, además, que sus datos serían registrados y analizados de manera anónima y que podían abandonar la investigación en cualquier momento, si así lo deseaban. Finalmente, se les pidió que firmaran un consentimiento informado (anexo I).

Las personas que dieron su consentimiento para participar en la investigación fueron evaluadas mediante el Mini-Examen Cognoscitivo con el fin de eliminar del estudio a aquellos residentes que mostraran deterioro cognitivo. Todas las personas evaluadas obtuvieron puntuaciones inferiores a

27 por lo que no hubo necesidad de excluir a ninguna. A continuación, los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos: experimental, placebo y control. Las evaluaciones se realizaron antes de la intervención, inmediatamente después de la intervención y al tercer, sexto y duodécimo mes una vez concluida la misma. Los instrumentos se administraron en una entrevista individual cuya duración aproximada fue de 60 minutos.

El grupo experimental, realizó una intervención centrada específicamente en la Terapia de Revisión de Vida, Gratitud, Perdón y Sentido del Humor. La intervención estuvo compuesta por 11 sesiones, una a la semana, de 60 minutos de duración que se llevaron a cabo en una sala adaptada a tal fin. Los participantes se dividieron en 4 subgrupos de 9 participantes cada uno, y todos fueron atendidos por el mismo psicólogo.

En la primera sesión, se habló de la importancia de ser feliz durante el envejecimiento. La segunda, tercera, cuarta, quinta y sexta sesión se centraron en la memoria autobiográfica, la revisión de vida y las emociones positivas en la tercera edad. Para ello, se recuperaron historias personales basadas en la infancia, adolescencia y en la edad adulta de los participantes, llevando a cabo una recuperación de sus vivencias desde el nacimiento al presente. Los participantes fueron instruidos en tareas para evocar vivencias personales a través de la fotografía (fotos antiguas), música (canciones que marcaron su vida), tacto (reconocer objetos del pasado a través del tacto) y aromas (vivencia de recuerdos de su pasado a través de diferentes olores). En la séptima y octava sesión, se dieron a conocer los beneficios del agradecimiento y del perdón para potenciar la felicidad, a través de tareas prácticas como escribir una carta de agradecimiento y de perdón. Las

sesiones novena y decima se centraron en los beneficios del sentido del humor a través de la realización de mímica, coreografías y videos cómicos. Por último, la undécima sesión se dedicó a intentar que extrapolaran los conocimientos adquiridos a su vida diaria.

Al finalizar cada sesión, se les pedía que realizarán alguna actividad durante la semana (actividades para casa) y se comenzaba la sesión siguiente comentando estas actividades y resolviendo las dudas que hubiesen surgido.

En el caso del grupo placebo, la primera sesión fue igual a la del grupo experimental. En la segunda sesión se le dio una breve introducción a la psicología positiva y se les pidió que dedicasen diez minutos antes de dormir, dos días en semana, a reflexionar sobre experiencias tempranas que pueden influir en su etapa adulta. Estas experiencias fueron comentadas en grupo cada dos semanas con el psicólogo. Esta dinámica de trabajo se mantuvo durante el mismo periodo de tiempo que duró la intervención en el grupo experimental.

Una vez concluida la intervención, a la semana siguiente se volvió a evaluar a todos los participantes de forma individual a través de una entrevista estructurada mediante la administración de las mismas escalas dirigida por el mismo psicólogo. Posteriormente se realizaron sesiones de repaso, a las dos semanas, al primer, tercer, sexto, octavo y duodécimo mes de haber finalizado la intervención, en el grupo experimental y en el grupo placebo. El objetivo de estas sesiones fue intentar que los beneficios de la intervención perdurarán, o incluso se incrementaran. En estas sesiones, se habló con los participantes de la necesidad de mantener las pautas instauradas durante la intervención, por ejemplo, intentar orientar el recuerdo de los

ancianos hacia eventos positivos, ser agradecido, eliminar sentimientos de rencor y fomentar el buen humor. Las sesiones de repaso se realizaron al mismo tiempo en el grupo placebo, con la misma dinámica que se utilizó durante la intervención. Finalmente, se llevaron a cabo mediciones al tercer, sexto y duodécimo mes, para evaluar si los posibles beneficios obtenidos no se perdían con el paso del tiempo.

En el caso del grupo control, se realizaron todas las evaluaciones en los intervalos de tiempos correspondientes, sin intervenir de ninguna forma. Los participantes de este grupo, al igual que los del placebo, quedaron en lista de espera para realizar la intervención si los resultados de la investigación mostraran la eficacia del programa.

3.4 Análisis Estadístico.

Se calcularon estadísticos descriptivos para las distintas variables dependientes, así como coeficientes de correlación producto-momento de Pearson. Además, de acuerdo con el diseño utilizado, se llevaron a cabo análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA 3x5) utilizando la variable Grupo como factor inter-sujetos, o entre-grupos, y la variable Tiempo como factor de medidas repetidas con cinco niveles que se corresponden con los momentos en los que se midió cada una de las variables dependientes (antes y después de la intervención, y a los 3, 6 y 12 meses de concluida la misma).

Las comparaciones “a posteriori” se realizaron mediante la prueba Tukey HSD. Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 20 y las decisiones estadísticas se tomaron a un nivel de significación de .05

RESULTADOS

4. Resultados.

Los estadísticos descriptivos en las diferentes variables dependientes para los tres grupos, se muestran en las tablas 1, 2 y 3. Asimismo, en la tabla 4 pueden verse las correlaciones encontradas entre las seis dimensiones del Bienestar Psicológico, la Depresión, la Felicidad, la Satisfacción con la vida y la Gratitud (ver Anexo 1).

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis exploratorio para comprobar el cumplimiento de los supuestos paramétricos, así como la no existencia de diferencias significativas entre los tres grupos en las variables dependientes medidas antes de la intervención. Este análisis reveló que las variables se distribuían normalmente (Shapiro–Wilk test $p > .05$) y la prueba de Levene confirmó la homocedasticidad en todas ellas ($p > .05$), por tanto, se realizaron pruebas paramétricas en todos los casos. Además, no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en ninguna de las medidas utilizadas antes de comenzar con la intervención.

El análisis de la variable dependiente “Depresión”, mostró un efecto significativo del factor Grupo $F(2, 101)=5.83$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .10$, del factor Tiempo $F(4,101)=6.94$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .07$ y de la interacción entre ambos factores, $F(8,101)=4.5$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .08$. El análisis de esta interacción (ver tabla 2) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental presentó niveles de Depresión significativamente más bajos que los grupos Placebo y Control ($p < .01$) entre los que no existieron diferencias significativas. Como puede verse en la Figura 1, este mismo resultado se mantuvo a los tres meses ($p < .01$), a los seis ($p < .05$) y a los doce meses de la intervención ($p < .01$).

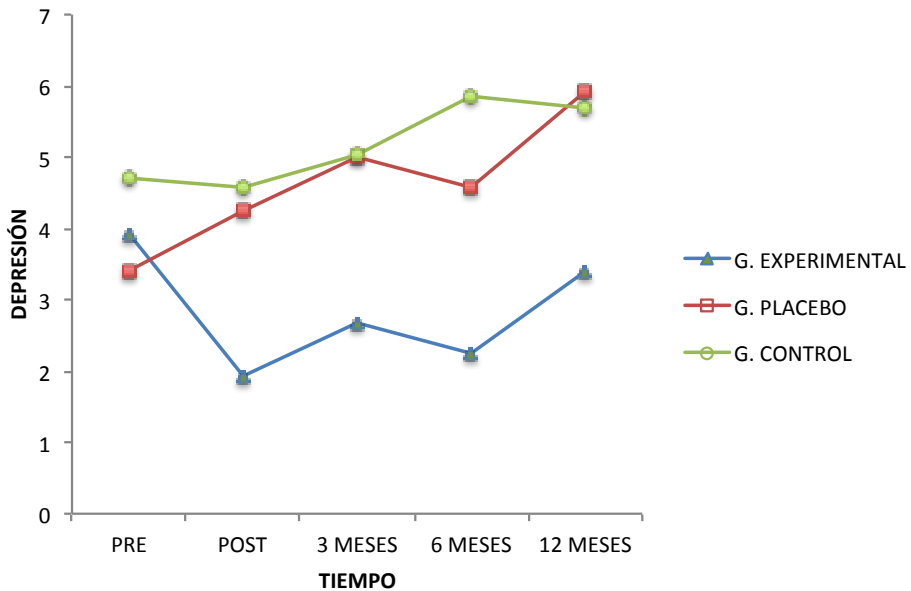


Figura 1. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Depresión en función del tiempo.

En cuanto a las diferencias entre los niveles de la variable Tiempo en cada grupo se encontró que en el grupo Experimental hubo diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes de la intervención y las obtenidas después de la intervención y a los tres y los seis meses de la misma ($p < .01$). Igualmente, se encontró que las puntuaciones a los doce meses de la intervención son significativamente mayores con respecto a las puntuaciones obtenidas a los seis meses ($p = .03$) y tras la realización de la intervención ($p < .01$). Esto pone de manifiesto que tras la misma las puntuaciones en Depresión van disminuyendo si bien vuelven al nivel previo transcurrido un año. En cuanto al grupo Placebo, las puntuaciones pre-intervención fueron significativamente menores que todas las demás ($p < .05$) manifestándose un incremento en los niveles de esta variable a lo largo del tiempo siendo

también las puntuaciones obtenidas al año de la intervención significativamente mayores que el resto ($p < .05$). Finalmente, en el grupo Control no hubo diferencias entre las puntuaciones pre-intervención y el resto de las medidas pero si hubo diferencias significativas entre otros niveles de la variable. En concreto, la Depresión a los seis meses es mayor que a los tres meses ($p = .04$) y que al terminar la intervención ($p = .02$) e, igualmente, es mayor al año que tras la intervención ($p = .04$).

El análisis de las puntuaciones obtenidas en “Felicidad”, mostró un efecto significativo del factor Grupo $F(2, 101) = 6.38$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .11$, del factor Tiempo $F(4, 101) = 6.91$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .06$ y de la interacción entre ambos factores, $F(8, 101) = 3.66$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .07$. El análisis de esta interacción (ver tabla 2) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental presentó niveles de Felicidad significativamente más altos que los grupos Placebo y Control ($p < .01$) entre los que no existieron diferencias significativas. Este mismo resultado se mantuvo a los tres meses ($p < .05$) y a los seis ($p < .05$) de la intervención desapareciendo las diferencias al año (Figura 2)

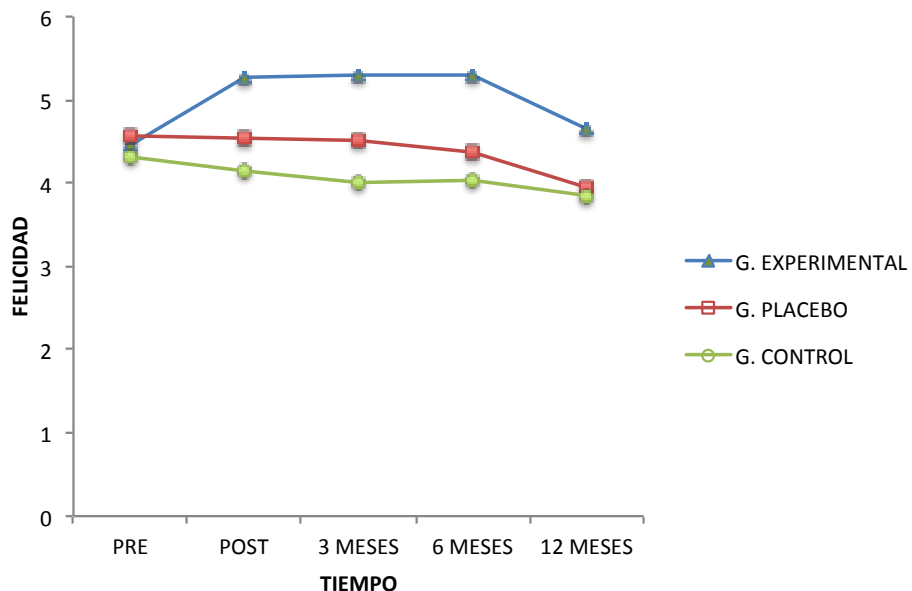


Figura 2. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Felicidad en función del tiempo.

Asimismo, se encontró que en el grupo Experimental las puntuaciones obtenidas antes de la intervención fueron significativamente menores que las obtenidas después de la intervención, a los tres y los seis meses de la misma ($p < .01$). Sin embargo, al año de la intervención la Felicidad vuelve a los niveles iniciales encontrándose diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas al año con respecto a las puntuaciones post intervención y a los tres y los seis meses de la intervención ($p < .01$). En el grupo Placebo, las puntuaciones en esta variable van disminuyendo si bien solo existen diferencias significativas entre los valores obtenidos a los doce meses y todos las demás ($p < .05$). Finalmente, en el grupo Control solo se encontraron diferencias entre las puntuaciones pre intervención y las obtenidas a los doce meses en el sentido de que estas últimas son menores ($p < .01$).

En “Satisfacción con la vida” se encontró un efecto significativo del factor Grupo $F(2, 101)=6.23$, $p<.01$, $\eta_p^2 = .11$, del factor Tiempo $F(4,101)=6.37$, $p<.01$, $\eta_p^2 = .06$ y de la interacción entre ambos, $F(8,101)=6.10$, $p<.01$, $\eta_p^2 = .11$. El análisis de esta interacción (ver tabla 2 y Figura 3) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental tuvo niveles de Satisfacción con la vida significativamente mayores que los grupos Placebo y Control ($p<.01$) entre los que no existieron diferencias significativas. Este mismo resultado se mantuvo a los tres meses ($p<.05$), a los seis ($p<.01$) y a los doce meses de la intervención ($p<.05$).

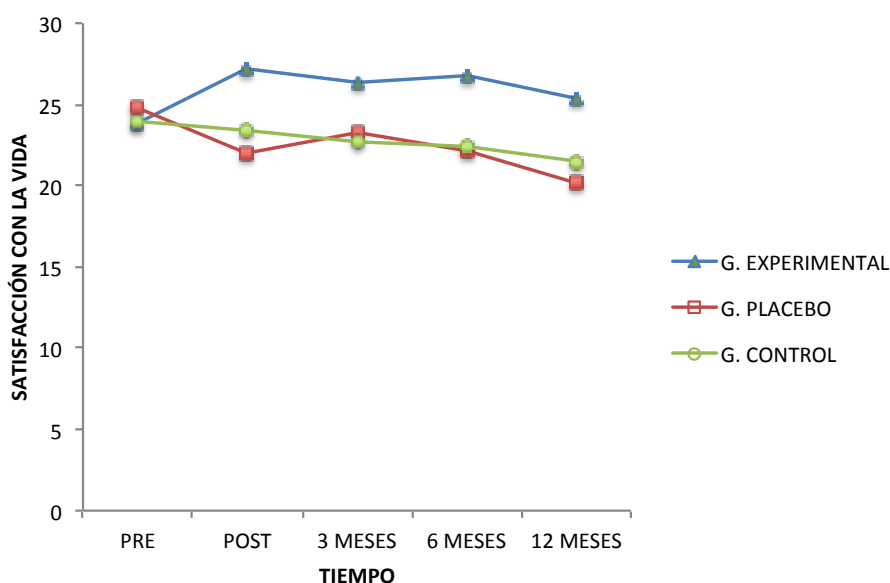


Figura 3. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Satisfacción con la Vida en función del tiempo.

Por otra parte, en el grupo Experimental existieron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes de la intervención y las obtenidas después de la intervención y a los tres y los seis meses de la misma ($p < .01$), siendo menores en la primera medida. En cuanto al grupo Placebo, las puntuaciones resultaron significativamente mayores antes de la intervención que en el resto de los niveles ($p < .01$), asimismo, los niveles de Satisfacción con la vida al año de transcurrida la intervención fueron significativamente menores que en el resto ($p < .01$). Finalmente, en el grupo Control las puntuaciones pre-intervención resultaron significativamente mayores que las obtenidas a los seis meses ($p = .03$) y a los doce meses ($p < .01$) y las puntuaciones post intervención fueron mayores que las obtenidas a los doce meses ($p = .04$).

En lo que respecta a las diferentes dimensiones del Bienestar psicológico, el análisis de la Autoaceptación puso de manifiesto un efecto significativo del factor Tiempo $F(4,101) = 8.57$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .08$ y de la interacción entre este factor y el Grupo, $F(8,101) = 4.02$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .07$ (Figura 4).

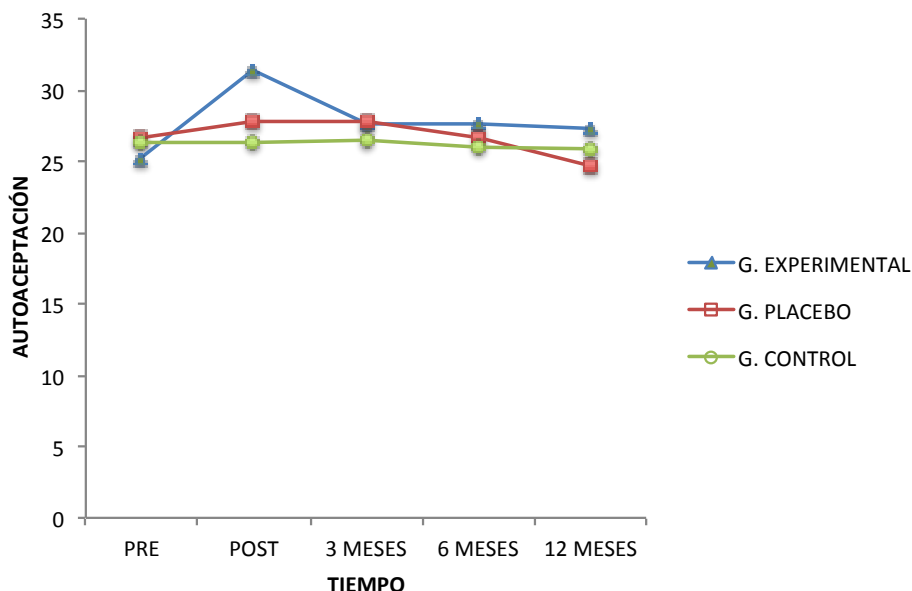


Figura 4. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Autoaceptación en función del tiempo.

El análisis de esta interacción (ver tabla 2) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental tuvo mayores niveles de Autoaceptación que los grupos Placebo y Control ($p < .01$) entre los que no existieron diferencias significativas.

Por otro lado, en el grupo Experimental se establecieron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes de la intervención que fueron menores que todos los demás niveles ($p < .05$) y las puntuaciones tras la intervención fueron significativamente mayores que el resto ($p < .01$). En cuanto al grupo Placebo, las únicas diferencias significativas se dieron porque las puntuaciones a los doce meses de la intervención fueron menores que todas las demás ($p < .05$). Por último, en el grupo Control no hubo diferencias significativas entre ninguno de los niveles de esta variable.

En el análisis de las puntuaciones obtenidas en Dominio del entorno, hubo un efecto significativo del factor Grupo $F(2, 101)=4.88$, $p<.01$, $\eta_p^2 = .09$, del factor Tiempo $F(4,101)=4.12$, $p=.01$ $\eta_p^2 = .04$ y de la interacción, $F(8,101)=3.76$, $p<.01$, $\eta_p^2 = .07$. El análisis de la interacción (ver tabla 2) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental presentó niveles de Dominio del entorno significativamente más altos que los grupos Placebo y Control ($p<.01$) entre los que no existieron diferencias significativas. Este mismo resultado se mantuvo a los tres meses ($p<.05$) y a los seis ($p<.05$) de la intervención desapareciendo las diferencias al año (Figura 5).

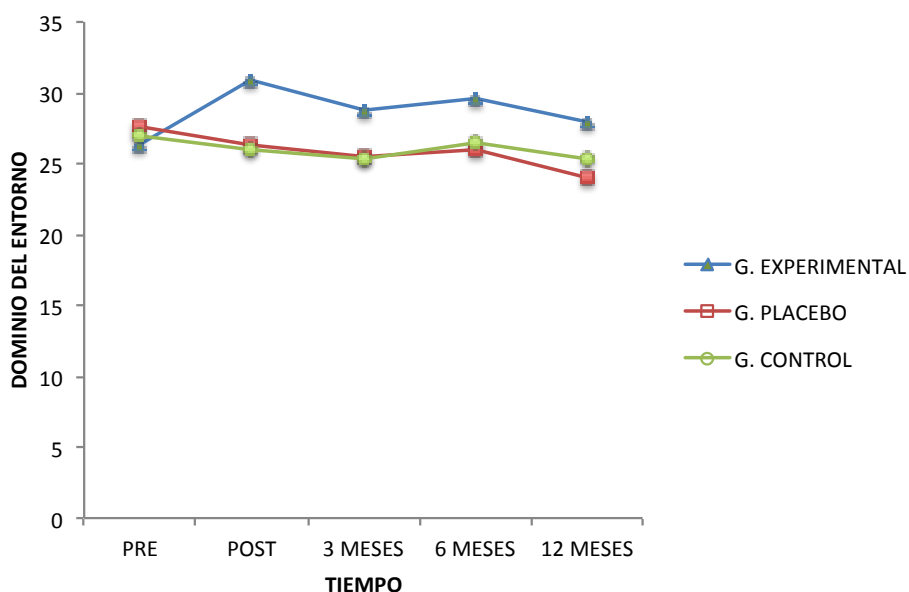


Figura 5. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Dominio del Entorno en función del tiempo.

Asimismo, en el grupo Experimental las puntuaciones obtenidas antes de la intervención fueron menores que las obtenidas después de la intervención, a los tres y a los seis meses de la misma ($p<.01$). Igualmente, se encontró que las puntuaciones tras la intervención fueron mayores que a los tres meses ($p=.03$) y al año de la intervención ($p<.01$). Lo mismo ocurrió entre los seis y los doce meses de la intervención ($p=.02$). Esto pone de manifiesto que tras la intervención aumenta el Dominio del entorno si bien va disminuyendo hasta volver los valores previos transcurrido un año. En el grupo Placebo, existieron diferencias significativas entre las puntuaciones pre-intervención y las obtenidas a los tres ($p=.03$) y a los doce meses ($p<.01$), siendo mayores antes de la intervención que en los otros dos niveles. Asimismo, las puntuaciones a los doce meses fueron significativamente menores que tras la intervención ($p=.02$) y que a los seis meses ($p=.04$). Por último, en el grupo Control no se encontraron diferencias significativas.

En lo que respecta a la dimensión “Crecimiento Personal” se encontró un efecto significativo del Grupo $F(2,101)=5.71$, $p<.01$, $\eta_p^2 = .10$ y del Tiempo $F(4,101)=2.92$, $p=.02$ $\eta_p^2 = .03$ así como de la interacción entre ambos factores, $F(8,101)=2.90$, $p<.01$, $\eta_p^2 = .05$. El análisis de esta interacción (ver tabla 2 y Figura 6) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental presentó niveles de Crecimiento personal significativamente más altos que los grupos Placebo y Control ($p<.01$) entre los que no existieron diferencias significativas. Este mismo resultado se mantuvo a los tres meses ($p<.05$), a los seis ($p<.05$) y a los doce meses de la intervención ($p<.05$).

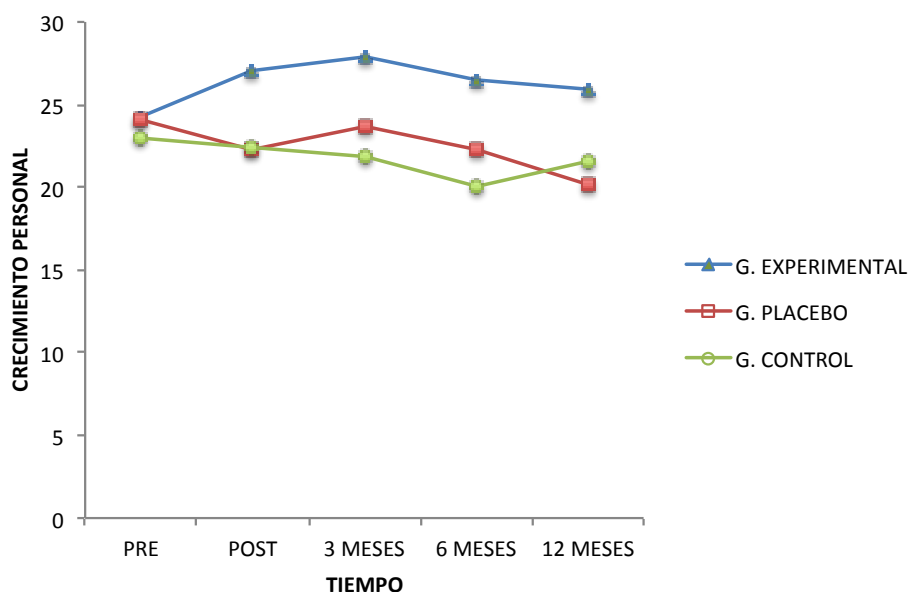


Figura 6. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Crecimiento Personal en función del tiempo.

Por otra parte, en el grupo Experimental existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes de la intervención y las obtenidas después de la intervención y a los tres meses de la misma ($p < .01$) en el sentido de que las primeras son menores. En cuanto al grupo Placebo, la única diferencia encontrada consistió en que el Crecimiento personal a los doce meses fue significativamente menor que antes de la intervención, a los tres y a los seis meses de la misma ($p < .01$). En el grupo Control las puntuaciones fueron significativamente menores a los seis meses de la intervención que en el resto de los niveles de la variable ($p < .05$), no encontrándose ninguna otra diferencia en este grupo.

El análisis de las puntuaciones en Propósito en la vida, mostró un efecto significativo del factor Grupo $F(2, 101)=4.61, p<.01, \eta_p^2 = .08$, del factor Tiempo $F(4,101)=7.52, p<.01, \eta_p^2 = .07$ y de la interacción $F(8,101)=5.10, p<.01, \eta_p^2 = .09$. El análisis de la interacción (ver tabla 2) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental presentó niveles de Propósito en la vida significativamente más altos que los grupos Placebo y Control ($p<.01$) entre los que no existieron diferencias significativas. Sin embargo, a los tres, seis y doce meses de la intervención se pierden las diferencias significativas entre el grupo Experimental y el Placebo, aunque el patrón de resultados es el mismo (Figura 7).

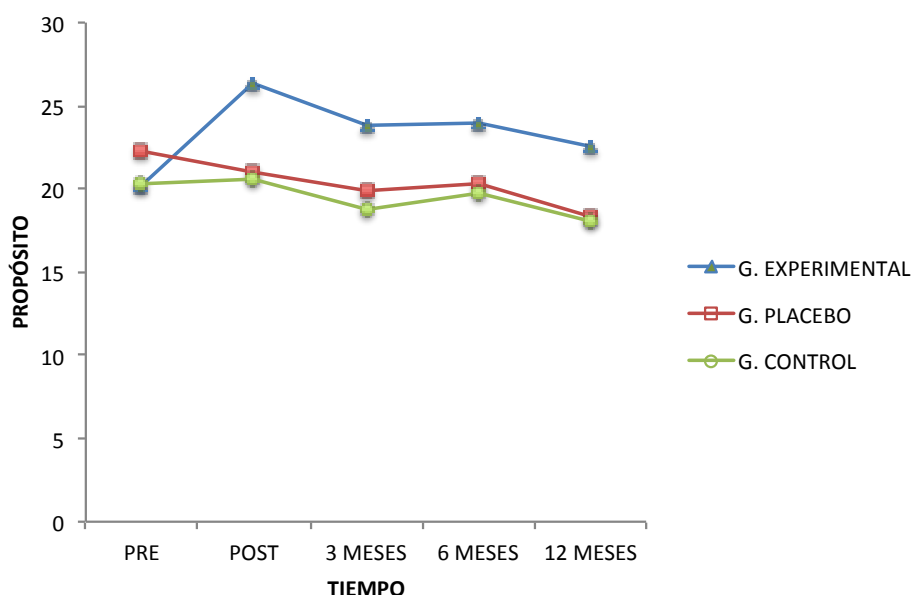


Figura 7. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Propósito en la vida en función del tiempo.

Asimismo, en el grupo Experimental existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención, a los tres, a los seis meses ($p < .01$) y a los 12 meses ($p = .04$) en el sentido de que las puntuaciones previas a la intervención son siempre menores. Por otra parte, las puntuaciones obtenidas una vez finalizada la intervención fueron significativamente mayores que las del resto de los niveles. En cuanto al grupo Placebo, las diferencias encontradas se producen entre las puntuaciones a los doce meses de la intervención que son menores que las del resto de los niveles de la variable ($p < .01$) a excepción de las encontradas a los tres meses de las que no se diferencian. Del mismo modo, las puntuaciones obtenidas a los tres meses fueron menores que las de antes de la intervención ($p < .01$). En el caso del grupo Control, las puntuaciones a los doce meses de la

intervención fueron menores que las del resto de los niveles de la variable ($p < .05$) excepto las obtenidas a los tres meses de las que no se diferencian. Del mismo modo se encontraron diferencias en este grupo entre las puntuaciones obtenidas a los tres meses y tras la intervención siendo mayores estas últimas ($p < .01$).

En cuanto a las dimensiones Relaciones Positivas y Autonomía, los análisis no revelaron ningún efecto significativo.

El análisis de las puntuaciones en Gratitud, mostró un efecto significativo del factor Grupo $F(2, 101)=7.77, p < .01, \eta_p^2 = .13$, del factor Tiempo $F(4, 101)=6.12, p < .01, \eta_p^2 = .06$ y de la interacción entre ambos factores, $F(8,101)=6.56, p < .01, \eta_p^2 = .11$. El análisis de la interacción (ver tabla 2) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental presentó niveles de Gratitud significativamente más altos que los grupos Placebo y Control ($p < .01$) entre los que no existieron diferencias, las cuales se mantuvieron a los tres, a los seis y a los doce meses de la intervención (Figura 8).

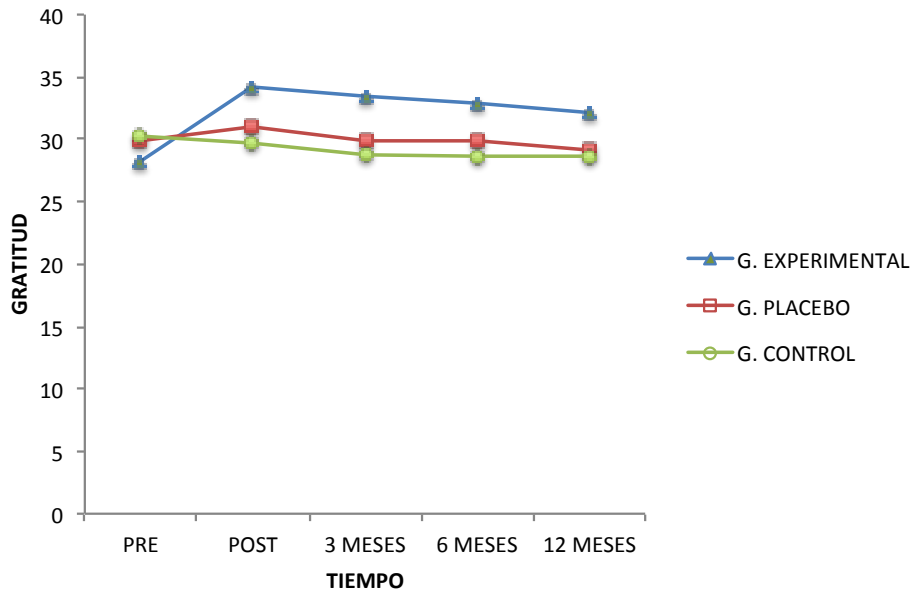


Figura 8. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Gratitud en función del tiempo.

Por otra parte, en el grupo Experimental existieron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes de la intervención siendo éstas menores que las obtenidas en el resto de las mediciones ($p < .01$), también hubo diferencias entre las puntuaciones tras la intervención y a los doce meses de la misma ($p = .02$) siendo mayor la Gratitud al terminar la intervención. En el grupo Placebo, no hubo diferencias significativas entre los diferentes niveles de la variable y, en el grupo Control las puntuaciones fueron significativamente mayores antes de la intervención con respecto a las obtenidas a los tres y a los doce meses de la misma ($p < .05$), no encontrándose ninguna otra diferencia.

En cuanto a los recuerdos, se consideraron por separado los recuerdos positivos y negativos y se analizaron los recuerdos generales, categóricos, específicos y totales. De todos los análisis realizados solo se encontraron resultados significativos en el caso de los recuerdos específicos positivos. Este análisis puso de manifiesto la existencia de un efecto significativo del factor Grupo $F(2, 108)=6.80, p<.01, \eta_p^2 = .11$, y de la interacción entre este y el Tiempo $F(4,108)=6.57, p<.01, \eta_p^2 = .11$. El análisis de la interacción (ver tabla 2 y Figura 9) mostró que, una vez finalizada la intervención, el grupo Experimental presentó un número de recuerdos específicos positivos significativamente mayor que los grupos Placebo y Control ($p<.05$) entre los que no existieron diferencias. Este mismo resultado se mantuvo a los doce meses de la intervención ($p<.01$).

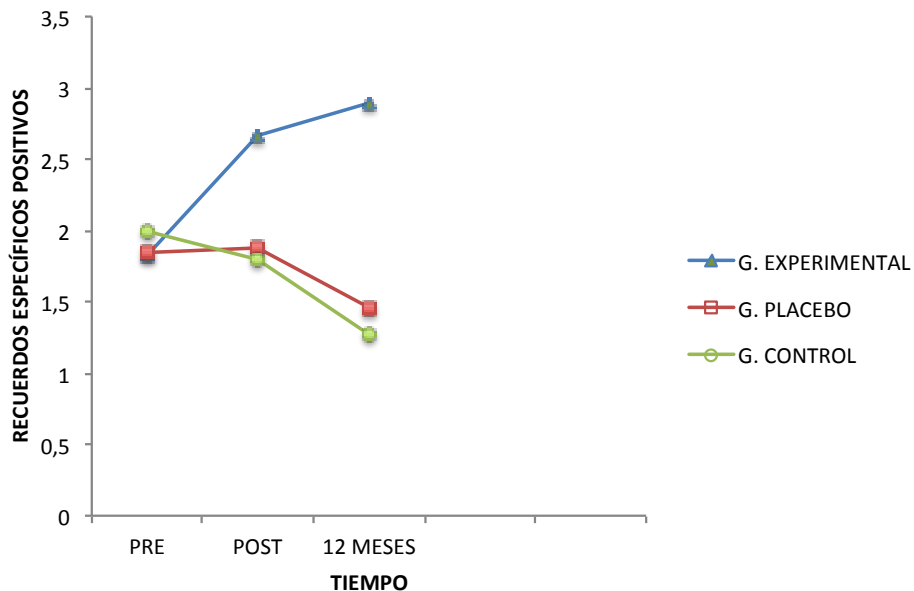


Figura 9. Puntuaciones medias de los grupos Experimental, Placebo y Control en la variable Recuerdos Específicos Positivos en función del tiempo.

Por otra parte, en el grupo Experimental el número de recuerdos fue significativamente menor antes de la intervención que tras su finalización y a los doce meses ($p < .01$). En el grupo Placebo no se encontraron diferencias significativas y en el grupo Control los recuerdos antes de la intervención fueron significativamente mayores que a los doce meses ($p < .01$).

Además, se calculó la correlación, utilizando el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, entre los recuerdos específicos positivos y el resto de las variables con las puntuaciones obtenidas tras la intervención. Los resultados obtenidos mostraron la existencia de Relaciones positivas entre este tipo de recuerdos y la Felicidad subjetiva ($r = .44$, $p < .01$), la Satisfacción con la vida ($r = .41$, $p < .01$), la Autoaceptación ($r = .27$, $p < .01$),

las Relaciones positivas ($r=.36, p<.01$), Dominio del entorno ($r=.37, p<.01$), Crecimiento personal ($r=.35, p<.01$), Propósito en la vida ($r=.40, p<.01$) y Gratitud ($r=.26, p<.01$). Asimismo, se encontró una relación negativa entre los recuerdos y la Depresión ($r=-.37, p<.01$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5. Discusión y Conclusiones.

La evidencia empírica obtenida en la presente investigación pone de manifiesto que las personas mayores, que reciben un entrenamiento en Memoria Autobiográfica, Gratitud, Perdón y Sentido del Humor, presentan un aumento significativo de la Felicidad subjetiva, la Satisfacción con la vida, la Autoaceptación, el Dominio del entorno, el Crecimiento personal, el Propósito de la vida, los Recuerdos específicos positivos y la Gratitud, así como una reducción significativa de la Depresión. Los efectos encontrados se mantuvieron a lo largo del tiempo aunque no del mismo modo en todas las variables. En concreto, los efectos de la intervención se mantuvieron hasta de transcurrido un año de la misma excepto en el caso de la Autoaceptación y el Propósito de vida en las que dicho efecto desapareció a los tres meses y en Felicidad subjetiva y Dominio del entorno que se solo se mantuvo hasta los seis meses.

Los resultados de este estudio son acordes con las hipótesis planteadas y resultan interesantes ya que muestran cómo las intervenciones en psicología positiva pueden producir efectos beneficiosos en participantes mayores de 65 años.

Como ya se ha comentado, son pocos los trabajos realizados con este tipo de población si bien todos ellos van en la línea de mostrar que estas intervenciones resultan prometedoras para mejorar el bienestar y nuestro estudio aporta evidencia empírica que corrobora esta idea. El entrenamiento realizado ha supuesto una mejora en la calidad de vida de los ancianos disminuyendo los niveles de estados emocionales negativos y aumentando

los niveles de estados emocionales positivos. Resultados similares fueron encontrados por Proyer, Gander, Wellenzohn y Ruch (2014) quienes, llevando a cabo una intervención online centrada en Gratitud, Saboreo y Fortalezas, obtuvieron un aumento de la felicidad y una disminución en la sintomatología depresiva. De modo similar, Ramírez *et al.*, (2014) encontraron disminuciones en depresión y ansiedad estado y Jiménez, Izal y Montorio (2016) mostraron que, tras un intervención psicoeducativa basada en sentido del humor, gratitud, perdón, perseverancia, coraje y altruismo, los participantes incrementaron significativamente su nivel de felicidad y disminuyeron los niveles de preocupación en comparación con un grupo control cuyos integrantes no recibieron ningún tipo de intervención. De modo similar, Yeung y Know (2014) obtuvieron una reducción del número de síntomas depresivos y un aumento de los niveles de satisfacción con la vida, gratitud y felicidad, en personas institucionalizadas, mediante una intervención centrada en optimismo, gratitud, felicidad, curiosidad, altruismo y saboreo de experiencias positivas de la vida.

A diferencia de otros trabajos, en el presente estudio, se tomaron medidas tanto de bienestar subjetivo como psicológico, es decir, se ha medido esta variable tanto desde un punto de vista hedónico como eudeimónico. Un dato relevante a este respecto es el hecho de que la intervención realizada ha supuesto un aumento significativo en las dimensiones de Autoaceptación, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito de vida. Por tanto, parece demostrarse que este tipo de intervenciones ayudan a las personas mayores a sentirse bien consigo mismas, a seleccionar situaciones favorables para ellas, a desarrollar sus capacidades personales y a plantearse nuevas metas en su vida con el consiguiente aumento de bienestar que esto produce.

En diversos trabajos (Keyes *et al.*, 2002; Ryff y Keyes, 1995) se ha obtenido que las dimensiones de autoaceptación y dominio del entorno parecen estar relacionadas con medidas de felicidad y satisfacción con la vida, es decir con medidas de bienestar subjetivo, mientras que las dimensiones que quizá representan de manera más genuina el sentido del bienestar psicológico, propósito en la vida y crecimiento personal, no muestran apenas relación con ese tipo de medidas. Sin embargo, nuestros resultados muestran la existencia de relaciones entre todas ellas. Esta discrepancia podría explicarse por el hecho de que se ha trabajado con poblaciones diferentes. Es posible que, en el caso de población anciana, las diferencias entre los tipos de bienestar que se han considerado en la literatura queden más difuminadas.

De acuerdo con Ryff (1989) una de las dimensiones del bienestar que permanece relativamente estable a lo largo del ciclo vital es la autoaceptación, precisamente una de las dimensiones más relacionadas con el bienestar subjetivo. Algunos autores consideran que esto puede deberse a que no se ve afectada por los cambios físicos (Benítez Ríos y Domínguez Ortega, 2010). Esta dimensión es algo más que conocerse a sí mismo y tener una percepción precisa de las propias acciones, motivaciones y sentimientos, incluye también la necesidad de alcanzar una visión positiva de uno mismo. Tal y como indica Triadó (2003), esta dimensión implica el mantenimiento de una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando la multiplicidad de aspectos que lo componen, incluyendo componentes positivos y no tan positivos. De este modo, se parte de que las personas intentan sentirse bien con ellas mismas, aún siendo conscientes de sus propias limitaciones.

Por otra parte, el dominio del entorno, tiende a ser mayor en las personas mayores y de mediana edad que en las jóvenes. No obstante, el aumento logrado en esta dimensión, supone que las personas que han recibido la intervención pueden adaptarse con mayor facilidad a los cambios a los que van a tener que enfrentarse, que pueden incluir cambios en su entorno como es el caso de pasar a residir de sus domicilios a centros geriátricos. Serán capaces de mantener una sensación de control en el nuevo entorno y se adaptarán con mayor facilidad al elegir por si mismos donde quieren pasar sus últimos años de vida.

Un dato relevante a este respecto es el hecho de que la intervención realizada también ha supuesto un aumento significativo en las dimensiones del propósito con la vida y del crecimiento personal, ya que se produce un decremento a lo largo de los diferentes momentos vitales en estas dimensiones, siendo este especialmente acusado al comparar personas de mediana edad con personas mayores (Ryff, 1995). En este sentido, Navarro, Meléndez y Tomás (2008) llevaron a cabo un estudio exclusivamente con población anciana y observaron una relación negativa entre la edad y tres de las dimensiones de Ryff (dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida). Los citados autores indican que el descenso en la dimensión dominio del entorno, posiblemente tiene que ver con el mayor uso de estrategias acomodaticias, lo cual implica una modificación de objetivos, reduciendo el nivel de aspiración, abandonando ciertos objetivos o estableciendo parámetros alternativos de comparación para evaluar la situación actual.

Por tanto, los resultados del presente trabajo toman especial relevancia en este punto al poner de manifiesto que la intervención llevada a cabo ayuda a los ancianos a marcarse nuevas metas y a considerar que aún pueden realizar proyectos, con la sensación de que el pasado y el presente tienen sentido y forman parte del propósito de la vida, lo que contribuye al consiguiente aumento del bienestar. Asimismo, lograr un incremento en los niveles de crecimiento personal, que está relacionado explícitamente con la autorrealización del individuo (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002), supone que los ancianos están en un proceso continuo de desarrollo personal. En este sentido, los resultados obtenidos en el presente trabajo van en la misma dirección de los aportados por Wang (2014,2015), quien encontró que las personas mayores con altos niveles de bienestar tienen una vida significativa con sentido y propósito gracias al uso de recursos psicológicos, que les ayudan a enfrentarse a las adversidades aceptando y dando significado a sus experiencias.

En lo que respecta a los recuerdos, diversos trabajos apoyan la existencia de una relación entre depresión y sobregeneralización de los mismos. En general, se ha encontrado que cuando las personas están tristes tienen dificultades para acceder a recuerdos autobiográficos específicos (Philippe *et al.*, 2011). Asimismo, las personas mayores tienen un mayor número de recuerdos generales y un número menor de recuerdos específicos que las personas jóvenes (Ros, Latorre y Serrano, 2010). Este resultado se ve incrementado por la presencia de trastornos afectivos en los ancianos que producen recuerdos generales y afectivamente negativos (Navarro, Latorre, López-Torres y Pretel, 2008). Vázquez y Hervás (2008) postulan que estos trastornos pueden alterar la reinterpretación de los recuerdos, teniendo

consecuencias negativas en la satisfacción de los mayores, lo que afecta a su calidad de vida.

En nuestro trabajo, se ha utilizado la terapia de revisión de vida que ayuda a las personas a recuperar y organizar sus recuerdos ya que se basa en el recuerdo de eventos específicos positivos. Nuestros resultados muestran un aumento considerable de los mismos y además se ha encontrado una correlación significativa negativa entre este aumento y la depresión. Por tanto, existe una relación entre la mejora del estado de ánimo y la recuperación de recuerdos positivos.

Preschl *et al.*, (2012) llevaron a cabo una intervención centrada también en esta terapia con una muestra de 36 participantes mayores de 65 años con niveles elevados de depresión. Estos niveles disminuyeron significativamente incluso en el seguimiento realizado a los tres meses de finalizar la intervención. También se obtuvo un aumento en bienestar y una disminución de los pensamientos obsesivos de la reminiscencia. De modo similar, Chiang *et al.*, (2008) utilizando la revisión de vida encontraron aumentos en las puntuaciones de autoestima y satisfacción con la vida. Otros estudios, basados en la terapia de reminiscencia en esta misma población, han encontrado un aumento en autoestima, satisfacción con la vida, bienestar psicológico y una disminución de la depresión (Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodríguez y Sales-Galán 2013; Meléndez-Moral, Fortuna-Terrero, Sales-Galán y Mayordomo-Rodríguez 2015), resultados que irían en el mismo sentido que los hallados en nuestro trabajo.

Por lo tanto, intervenciones que conducen a la recuperación de eventos específicos positivos resultan especialmente beneficiosas ya que dicha recuperación puede ser un factor protector contra la depresión (Ramírez *et al.*, 2014; Serrano *et al.*, 2012; Talarowska *et al.*, 2016), produciendo, a su vez, un incremento en la satisfacción con la vida (Latorre *et al.*, 2013) y el bienestar emocional (Bohlmeijer *et al.*, 2007). Así, en este trabajo se han encontrado relaciones positivas entre todas las dimensiones de bienestar psicológico a excepción de la Autonomía, la Felicidad y la Satisfacción con la vida y los recuerdos específicos positivos. En este sentido, nuestro programa de intervención resulta innovador ya que puede potenciar la recuperación de dichos recuerdos al incluir también un entrenamiento en gratitud, perdón y sentido del humor, estrategias que producen una mejora de los recuerdos autobiográficos porque amplían los buenos recuerdos sobre el pasado intensificándolos.

Aunque nuestros resultados avalan el hecho de que intervenciones positivas ayudan a las personas a mejorar su estado emocional y a aumentar sus recuerdos específicos, no se ha estudiado cuáles son los factores que median en la relación entre depresión, gratitud, perdón, sentido del humor y especificidad del recuerdo. Sería interesante descubrir cuáles son esos factores y en qué medida contribuyen cada uno de ellos a los efectos que se obtienen.

En este sentido, diversos trabajos sugieren que la rumiación podría mediar en la relación existente entre altos niveles de depresión y una memoria específica reducida (Raes *et al.*, 2006; Raes, Schoofs, Griffith y Hermans, 2012). De hecho, la rumiación es considerada como un factor de

riesgo que predice múltiples trastornos (Layous, Chancellor y Lyubomirsky, 2014). Las actividades positivas pueden interrumpir los procesos rumiativos estimulando emociones positivas que ayuden a las personas a resolver de modo creativo los problemas que rumian. La práctica de pensamientos y conductas positivos puede hacerse más habitual reemplazando un estilo rumiativo por un estilo más positivo. Así, las actividades positivas pueden proteger contra los trastornos mentales atenuando los factores de riesgo de manera directa o incrementando el bienestar a través de las consecuencias positivas del mismo.

Otro dato interesante obtenido en la presente investigación ha sido un aumento de la gratitud. Esto resulta importante porque experimentar gratitud predice la satisfacción con la vida, se relaciona con tener un propósito en la vida y correlaciona significativamente con el bienestar (Ramírez, Ortega y Martos, 2015). En este sentido, Killen y Macaskil (2015) llevaron a cabo una intervención en gratitud, concretamente escribir un diario de gratitud, con personas ancianas. Obtuvieron una disminución de los niveles de estrés y un aumento de los niveles de bienestar, aunque estos beneficios no se mantuvieron al mes de la intervención. El mismo resultado fue encontrado por Krejtz *et al.*, (2016) y Killen y Macaskill (2015), entre otros. Finalmente, Hörder, Frändin y Larsson (2013), también hallaron una relación entre el elegir y el sentir la gratitud con un envejecimiento exitoso en un estudio realizado con mayores entre 77 y 90 años.

Las personas mayores pueden ser más propensas a apreciar la gratitud como una experiencia positiva y gratificante ya que cuando envejecemos reevaluamos nuestras prioridades y metas y nos interesamos más por eventos que nos complacen emocionalmente. Esto puede ser debido a que los

ancianos se percatan del escaso tiempo que les resta de vida y enfocan sus recursos hacia todo aquello que sea significativo y les provoque placer (Kashdan *et al.*, 2009, Layous, Kurtz, Chancellor y Lyubomirsky, 2017). Este enfoque influye en la predisposición a perdonar conflictos interpersonales (Chen y Yim, 2008) y a mostrarse agradecido por lo que se tiene. Sin duda, el sentido del humor puede desempeñar un papel muy importante ya que contribuye al disfrute de los sucesos presentes y es un factor de protección frente a la adversidad y las emociones negativas (Cann y Coulette, 2014; Hone, Hurwitz y Lieberman, 2015; Proyer *et al.*, 2013), practicarlo disminuye la depresión y aumenta los niveles de felicidad (Wellenzohn, Proyer y Ruch 2016).

El sentido del humor también puede influir en el recuerdo de las experiencias pasadas. Hampes (2013) analizó diferentes investigaciones para determinar la relación que existe entre la forma de recordar dichas experiencias y el estilo de humor utilizado. Tras este análisis concluyó que las personas que utilizan el humor afiliativo y autoafirmante tienden a recordar experiencias del pasado de forma más positiva que las personas que utilizan el humor autodemoledor. Por tanto, es un factor que habrá que considerar a la hora de profundizar en las relaciones que se establecen entre las intervenciones realizadas, la recuperación de recuerdos específicos, la disminución de la depresión y el aumento del bienestar.

Una de las mayores aportaciones de nuestro programa de intervención ha sido el mantenimiento de los efectos producidos por el mismo a lo largo del tiempo. Tal y como sostienen Sutipan, Intarakamhang y Macaskill (2016) las intervenciones en psicología positiva con personas

mayores de 60 años son beneficiosas para aumentar el bienestar, la felicidad, la satisfacción con la vida y para disminuir la depresión, pero este beneficio se produce fundamentalmente a corto plazo. Este efecto suele ser encontrado en la mayoría de los estudios en los que se usa este tipo de actividades independientemente de la población con la que se trabaje (Bolier *et al.*, 2013; Seligman, Steen, Park y Petersen, 2005).

Las investigaciones desarrolladas en esta línea, han puesto de manifiesto que la Satisfacción con la vida aumenta conforme aumenta la edad pero hasta un determinado punto ya que en la etapa final de la vida se observa un marcado declive de la misma (Gerstorf *et al.*, 2010). Lo que concuerda con los datos obtenidos en este trabajo con respecto a los participantes de los grupos placebo y control en los que se ha observado una disminución a lo largo del tiempo de las diferentes medidas de bienestar. Con nuestra intervención se ha logrado mantener los aumentos conseguidos en satisfacción con la vida y bienestar lo que resulta especialmente importante en personas ancianas ya que esto se ha asociado con una mejor calidad de vida (Smith y Bryant, 2016).

En la actualidad se está investigado cuáles son los factores que pueden influir en la eficacia de las intervenciones basadas en la psicología positiva. Se han propuesto distintas variables (Lyubomirsky y Layous, 2013) que se relacionan tanto con las características de la actividad como con las características personales buscando a su vez un ajuste entre ambas. También se está discutiendo sobre cuáles pueden ser los mecanismos que hacen que las personas sean más felices y experimenten un mayor bienestar cuando realizan este tipo de actividades (Nelson *et al.*, 2016). Entre los mecanismos

propuestos se encuentra la satisfacción de necesidades psicológicas y el aumento de las emociones positivas (Lyubomirsky y Dickerhoof, 2011; Lyubomirsky y Layous, 2013). En nuestro programa de intervención incluimos, como factor novedoso, la realización de sesiones de repaso tras terminar la intervención ya que consideramos que podían mantener las emociones positivas producidas por las distintas actividades al ser más posible que los participantes las incluyeran en su vida cotidiana. Las emociones positivas, tal y como señalan Fredrickson, Brown, Cohn, Conway y Mikels (2005) pueden incidir directamente en la salud y en el bienestar. Los efectos de expansión y crecimiento que producen se acumulan e incluso pueden transformar a los individuos haciéndoles más saludables, más integrados a nivel social, más eficaces y resilientes. Las emociones positivas predicen incrementos en bienestar ampliando los recursos psicológicos. Sin duda, esto puede haber ayudado a las personas mayores, participantes en este estudio, a afrontar de un modo más positivo los acontecimientos aparecidos en su vida ya que las emociones positivas producidas por las actividades que han realizado pueden ser un componente del proceso de afrontamiento, considerando las situaciones como desafíos más que como amenazas (Folkman, 2008).

Sin duda, la aplicación del programa de intervención con las sesiones de repaso ha conseguido que los beneficios se mantengan incluso a los doce meses de terminarlo, lo que indica que los resultados obtenidos en nuestro trabajo son muy prometedores y proporcionan una nueva evidencia a favor de que las intervenciones positivas son eficaces en el ámbito de la psicogerontología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) si bien habrá que

determinar en investigaciones futuras cuales son los factores concretos que han producido dicho mantenimiento.

A pesar de los logros aportados, este trabajo presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, la selección de la muestra no se realizó de manera aleatoria por lo que podrían existir problemas a la hora de generalizar los resultados, si bien dicha muestra presenta las características demográficas de la población de ancianos españoles. En segundo lugar, solo se tomaron medidas de tipo subjetivo. En próximos estudios habría que incluir medidas objetivas tales como medidas conductuales, evaluación de expresiones faciales e incluso medidas objetivas de salud. En tercer lugar, la medida de recuerdos solo se evaluó tras la intervención y a los doce meses de la misma ya que debido a su complejidad los participantes manifestaron su reticencia a realizarla un número mayor de veces. No obstante, la intervención claramente se ha mostrado efectiva en esta medida. En cuarto lugar, los resultados han mostrado la eficacia de la intervención pero no podemos saber si unas actividades han producido más beneficios que otras. En el futuro habrá que investigarlo para conseguir un mejor ajuste con las características de la población empleada. Finalmente, no se han medido los posibles cambios que la intervención haya producido en perdón y sentido del humor. Las investigaciones avalan, al igual que en el caso de la gratitud, que el uso de estas fortalezas aumenta cuando se realizan intervenciones positivas. Por ello, dado que se ha trabajado con una muestra de personas de edad avanzada se optó por medir solo la gratitud ya que esta fortaleza se modifica con mayor facilidad y además está más relacionada con que la persona se centre en el presente y en el disfrute, lo que parece relevante en una población que se hace consciente de que el tiempo de vida es limitado.

Una cuestión importante a dilucidar sería conocer cuáles son los mecanismos que pueden mediar en el efecto de las distintas actividades realizadas. En este sentido habría que identificar en el futuro dichos mecanismos. Se ha propuesto que la rumiación puede estar mediando en el efecto que las intervenciones realizadas han producido en la depresión y en el aumento del bienestar a través del aumento de recuerdos específicos positivos. Cuando se realizan actividades de tipo positivo puede producirse un aumento en las emociones positivas que a su vez pueden modificar el estilo de pensamiento rumiativo que es un factor de riesgo para el desarrollo de patologías afectivas como es el caso de la depresión y para la disminución de estados afectivos de bienestar. En investigaciones futuras habrá que medir las emociones positivas antes y después de la intervención y comprobar si efectivamente aumentan y median el efecto que producen la gratitud, el perdón, el sentido del humor y la revisión de vida. También sería interesante determinar si factores de riesgo como la rumiación o la soledad se ven disminuidos.

Los estudios también sugieren (Nelson *et. al.*, 2016; Layous *et al.*, 2014) que las actividades positivas pueden mejorar el bienestar porque fomentan la satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas: la autonomía, la competencia y la afinidad. La autonomía nos permite experimentar satisfacción personal cuando somos los agentes de nuestra conducta, elegimos nuestras acciones, nos sentimos libres y con control. La competencia nos hace sentir eficaces al interaccionar con el ambiente ejerciendo nuestras mejores capacidades y dominando desafíos óptimos. Finalmente, la afinidad refleja el deseo de estar emocionalmente conectados con los demás, involucrados en relaciones óptimas. Cuando se incrementa la

satisfacción de las necesidades señaladas, por ejemplo, expresando gratitud, se incrementa el bienestar (Boehm *et al.*, 2011). Todos estos mecanismos tendrán que ser investigados ya que si bien es muy importante demostrar la eficacia de las intervenciones positivas en las personas mayores, también es fundamental determinar qué produce esa eficacia para intentar incrementarla todo lo que sea posible.

La intervención y las sesiones de repaso podrían realizarse en un futuro apoyándose en las nuevas tecnologías. De hecho, las denominadas tecnologías positivas se basan en ellas para mejorar la calidad de la experiencia personal con la meta de incrementar el bienestar y generar fortalezas y resiliencia en los individuos, las organizaciones y la sociedad (Drozdz, Mork, Nielsen, Raeder y Bjokli, 2014; Riva, Baños, Botella, Wiederhold y Gaggioli, 2012).

Otra línea interesante para considerar en el futuro, sería la combinación de intervenciones positivas, como la nuestra, con un entrenamiento en mindfulness. Niemiec (2013) vincula la práctica del mindfulness con el entrenamiento de fortalezas propuesto por Peterson y Seligman (2004). Se están empezando a integrar con mindfulness ejercicios de psicología positiva, tales como la apreciación del aquí y ahora, ejercicios de gratitud y de aprender a cuidarse en momentos de estrés. Concretamente en este último ejercicio se pide a las personas que realicen actividades placenteras de auto-cuidado, que proporcionen un sentido de dominio, satisfacción de logro y control y se les invita a realizarla de manera atenta (Williams y Penman, 2011). A pesar de que el mindfulness está considerado en muchos manuales de psicología positiva como una técnica “positiva”,

apenas se han desarrollado las implicaciones que tiene su uso ni se ha investigado su relación con el bienestar en gerontología (Cebolla, Enrique, Alvear, Soler y García-Campayo, 2017). Además de con mindfulness, las intervenciones positivas se podían integrar con otras terapias de tercera generación, como es el caso de la terapia de aceptación y compromiso (Kashdan y Ciarrochi, 2013) o con terapias cognitivo-conductuales (Wood y Tarrier, 2010; Schueller y Parks, 2014).

Los profesionales de la salud cada vez poseen más recursos para ayudar a las personas a construir su bienestar. Esto significa mejorar su calidad de vida, prevenir la aparición de psicopatologías, desarrollar competencias emocionales, en definitiva hacerlas más felices sin importar su edad y todo ello sin apartarse de la más rigurosa metodología científica.

En conclusión, el trabajo presentado pone de manifiesto que un entrenamiento en Memoria Autobiográfica, Gratitud, Perdón y Sentido del Humor produce un claro incremento en el bienestar de las personas mayores y un decremento de la depresión.

La intervención llevada a cabo ha supuesto un aumento significativo del propósito con la vida y del crecimiento personal, lo que resulta especialmente relevante ya que en estas dimensiones se produce un decremento a lo largo de los diferentes momentos vitales, siendo éste especialmente acusado en las personas mayores. Esto abre una nueva vía de trabajo al ayudar a los ancianos a marcarse nuevas metas y a considerar que aún pueden realizar proyectos logrando que se involucren en un proceso continuo de desarrollo personal.

Asimismo, en esta investigación se ha conseguido un aumento considerable de los recuerdos positivos específicos, los cuales se relacionan con una disminución de la depresión. Nuestro programa de intervención resulta innovador ya que puede potenciar la recuperación de dichos recuerdos al trabajar además de la memoria autobiográfica, la gratitud, el perdón y el sentido del humor, ya que estas intensifican los buenos recuerdos sobre el pasado.

Una de las mayores aportaciones de la presente tesis doctoral ha sido el mantenimiento de los efectos producidos a lo largo del tiempo. Las sesiones de repaso han conseguido que los beneficios se mantengan incluso durante doce meses, lo que proporciona una estrategia para evitar la desaparición de los efectos logrados. Esto es especialmente importante cuando se trabaja, como es el caso, con poblaciones que corren el riesgo de que su bienestar disminuya.

A pesar de la eficacia del programa de intervención propuesto, resulta necesario continuar investigando para determinar qué factores concretos pueden ser los responsables de producir dicho mantenimiento, así como los que mediarían la relación entre depresión, gratitud, perdón, sentido del humor y especificidad del recuerdo y descubrir en qué medida contribuyen cada uno de ellos a los efectos que se obtienen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Refrencias Bibliograficas.

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor–International Journal of Humor Research*, 15(4), 365-381. <https://doi.org/10.1515/humr.15.4.365>
- Acevedo Mejia, V., Estrada Walker, J., Gallego Yepes, C., Gaviria Giraldo, C. M., & Restrepo Moreno, M. (2013). *Efectos de la terapia de la risa en la enfermedad* (Tesis Doctoral).
- Adams, G. S., Zou, X., Inesi, M. E., & Pillutla, M. M. (2015). Forgiveness is not always divine: When expressing forgiveness makes others avoid you. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 126, 130-141. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2014.10.003>
- Aizpurua, A., & Koutstaal, W. (2015). A matter of focus: Detailed memory in the intentional autobiographical recall of older and younger adults. *Consciousness and Cognition*, 33, 145-155. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.12.006>
- Akhtar, S., & Barlow, J. (2016). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1524838016637079>
- Akhtar, S., Dolan, A., & Barlow, J. (2017). Understanding the Relationship Between State Forgiveness and Psychological Wellbeing: A Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 450-463. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0188-9>

- Alarcón, R., & Morales de Isasi, C. (2012). Relaciones entre gratitud y variables de personalidad. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(2), 699-712.
- Alemany, C., & Cabestrero, R. (2002). Humor, psicología y psicoterapia: estudios e investigaciones. *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Algoe, S. B., & Stanton, A. L. (2012). Gratitude when it is needed most: social functions of gratitude in women with metastatic breast cancer. *Emotion*, 12(1), 163. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024024>
- Algoe, S. B., Fredrickson, B. L., & Gable, S. L. (2013). The social functions of the emotion of gratitude via expression. *Emotion*, 13(4), 605. <https://doi.org/10.1037/a0032701>
- Algoe, S. B., Haidt, J., & Gable, S. L. (2008). Beyond reciprocity: gratitude and relationships in everyday life. *Emotion*, 8(3), 425. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.425>
- Allan, B. A., Steger, M. F., & Shin, J. Y. (2013). Thanks? Gratitude and well-being over the Thanksgiving holiday among college students. *The Journal of Positive Psychology*, 8(2), 91-102. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.776623>
- Allan, L. J., Johnson, J. A., & Emerson, S. D. (2014). The role of individual difference variables in ageism. *Personality and Individual Differences*, 59, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.10.027>
- Allemand, M. (2008). Age differences in forgivingness: The role of future time perspective. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1137-1147. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.02.009>

- Allemand, M., Amberg, I., Zimprich, D., & Fincham, F. D. (2007). The role of trait forgiveness and relationship satisfaction in episodic forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 199-217. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.2.199>
- Allemand, M., Hill, P. L., Ghaemmaghami, P., & Martin, M. (2012). Forgivingness and subjective well-being in adulthood: The moderating role of future time perspective. *Journal of Research in Personality*, 46(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.11.004>
- Allemand, M., Steiner, M., & Hill, P. L. (2013). Effects of a forgiveness intervention for older adults. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 279-286. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031839>
- Alverson, B. (2017). Seriously. Clowns. *Hospital Pediatrics*, 7(1), 57-58. <http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2016-0177>
- Andersson, G., Hesser, H., Cima, R. F., & Weise, C. (2013). Autobiographical memory specificity in patients with tinnitus versus patients with depression and normal controls. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(2), 116-126. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2013.792101>
- Andrews, M. (2000). Forgiveness in context. *Journal of Moral Education*, 29(1), 75-86. <http://dx.doi.org/10.1080/030572400102943>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.

- 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.
- Bains, G. S., Berk, L. S., Daher, N., Lohman, E., Schwab, E., Petrofsky, J., & Deshpande, P. (2014). The effect of humor on short-term memory in older adults: A new component for whole-person wellness. *Advances in Mind-Body Medicine*, 28(2), 16-24.
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99(2), 183-203. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9584-9>
- Barrett, F. S., Grimm, K. J., Robins, R. W., Wildschut, T., Sedikides, C., & Janata, P. (2010). Music-evoked nostalgia: affect, memory, and personality. *Emotion*, 10(3), 390. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019006>
- Barrett-Cheetham, E., Williams, L. A., & Bednall, T. C. (2016). A differentiated approach to the link between positive emotion, motivation, and eudaimonic well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 11 (6), 595-608. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2016.1152502>
- Baskin, T. W., & Enright, R. D. (2004). Intervention Studies on Forgiveness: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling and Development*, 82(1), 79-90.
- Baskin, T. W., Rhody, M., Schoolmeesters, S., & Ellingson, C. (2011). Supporting special-needs adoptive couples: Assessing an intervention to enhance forgiveness, increase marital satisfaction, and prevent depression. *The Counseling Psychologist*, 39(7), 933-955.

- Bauer, P. J. (2015). Development of episodic and autobiographical memory: The importance of remembering forgetting. *Developmental Review*, 38, 146-166. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.07.011>
- Baxter, H. J., Johnson, M. H., & Bean, D. (2012). Efficacy of a character strengths and gratitude intervention for people with chronic back pain. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 18(02), 135-147. <https://doi.org/10.1017/jrc.2012.14>
- Beléndez, M. (2011). Traducción y adaptación al castellano del cuestionario de Gratitude Disposicional (CG-6). Universidad de Alicante. Recuperado de: http://www.psy.miami.edu/faculty/mmccullough/GratitudeRelated%20tuff/Spanish_gratitude_scale_Belendez2011.pdf
- Belfi, A. M., Karlan, B., & Tranel, D. (2016). Music evokes vivid autobiographical memories. *Memory*, 24(7), 979-989. <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2015.1061012>
- Bender, M., Carrera, M., & Alonso-Arbiol, I. (2015). The relationship between autobiographical self-focus and memory specificity/overgenerality: Differences between Individuals with and without a diagnosis of depression. *Acción Psicológica*, 12(2), 109-122. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.15783>
- Benítez Ríos, M. C. & Domínguez Ortega, A. (2010). El bienestar subjetivo desde le proceso de longevidad satisfactoria: un reto en la educación del adulto mayor. En Contribuciones a las Ciencias Sociales. Recuperado el 21 de noviembre de 2013, de <http://www.eumed.net/rev/cccss/09/brdo.htm>

- Berk, L. S., Felten, D. L., Tan, S. A., Bittman, B. B., & Westengard, J. (2001). Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(2), 62-72.
- Bernabé-Valero, G., García-Alandete, J., & Gallego-Pérez, J. F. (2014). Construcción de un cuestionario para la evaluación de la gratitud: el Cuestionario de Gratitud-20 ítems (G-20). *Anales de Psicología*, 30(1), 278-286. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.135511>
- Berrios, M. M. P., Pulido, M. M., Augusto, L. J. M., & López, Z. E. (2012). La inteligencia emocional y el sentido del humor como variables predictoras del bienestar subjetivo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(1), 211-228.
- Berry, J. W., Worthington Jr, E. L., Parrott III, L., O'Connor, L. E., & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgivingness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(10), 1277-1290. <http://dx.doi.org/10.1177/01461672012710004>
- Berry, J. W., Worthington, E. L., O'Connor, L. E., Parrott, L., & Wade, N. G. (2005). Forgivingness, vengeful rumination, and affective traits. *Journal of Personality*, 73(1), 183-226. <http://dx.doi.org/10.1111/j.14676494.2004.00308.x>

- Bhullar, N., Surman, G., & Schutte, N. S. (2015). Dispositional gratitude mediates the relationship between a past-positive temporal frame and well-being. *Personality and Individual Differences*, 76, 52-55. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.025>
- Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, 25(7), 1263-1272. <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2010.541227>
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11(3), 291-300. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860600963547>
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health*, 9(4), 302-304. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860500089567>
- Bokarius, A., Ha, K., Poland, R., Bokarius, V., Rapaport, M. H., & IsHak, W. W. (2011). Attitude toward humor in patients experiencing depressive symptoms. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(9), 20-23.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119-119. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

- Bono, G., & McCullough, M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 147-158.
<https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.147>
- Bono, G., McCullough, M. E., & Root, L. M. (2008). Forgiveness, feeling connected to others, and well-being: Two longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(2), 182-195.
<http://dx.doi.org/10.1177/0146167207310025>
- Boyano, J. T., & Mora, J. A. (2015). Estado de ánimo y memoria autobiográfica: efectos sobre la intensidad de los recuerdos escolares. *Anales de Psicología*, 31(3), 1035-1043. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.155201>
- Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Fincham, F. D. (2011). Forgiveness and relationship satisfaction: mediating mechanisms. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 551. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024526>
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.58>
- Brown, D. S., Thompson, W. W., Zack, M. M., Arnold, S. E., & Barile, J. P. (2015). Associations between health-related quality of life and mortality in older adults. *Prevention Science*, 16(1), 21-30.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11121-013-0437-z>

- Brown, R. P. (2003). Measuring individual differences in the tendency to forgive: Construct validity and links with depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(6), 759-771. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167203029006008>
- Butler, A. C., Rice, H. J., Wooldridge, C. L., & Rubin, D. C. (2016). Visual imagery in autobiographical memory: The role of repeated retrieval in shifting perspective. *Consciousness and Cognition*, 42, 237-253. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.018>
- Cabaco, A. S. (2011). Memoria, identidad y sentido vital. Conferencia inaugural curso 2011-12. Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Caldwell, R. L. (2005). At the confluence of memory and meaning. Life review with older adults and families: Using narrative therapy and the expressive arts to re-member and re-author stories of resilience. *The Family Journal*, 13(2), 172-175.
- Campbell, L., & Moroz, S. (2014). Humour use between spouses and positive and negative interpersonal behaviours during conflict. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 532-542. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i3.763>
- Campos B. D., Cebolla M. A., & Mira P. A. (2015). Mindfulness como estrategia de regulación emocional. *Ágora del Salud*, 1, 127-138. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1>
- Cann, A., & Collette, C. (2014). Sense of humor, stable affect, and psychological well-being. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 464-479. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i3.746>

- Carbelo, B. (2006). Estudio del sentido del humor. Validación de un instrumento para medir el sentido del humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés (Tesis Doctoral). España, Universidad de Alcalá. Recuperado de <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/438>
- Carbelo, B., & Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 18-30.
- Carmel, S. (2015). The will-to live scale: development, validation and significance for elderly people. *Aging and Mental Health*, 1, 1-8.
- Carpenter, T. P., Tignor, S. M., Tsang, J. A., & Willett, A. (2016). Dispositional self-forgiveness, guilt-and shame-proneness, and the roles of motivational tendencies. *Personality and Individual Differences*, 98, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.017>
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 644-655. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.644>
- Caudill, A., & Woodzicka, J. (2016). Funny business: Using humor for good in the workplace. *International Journal of Humor Research* 1(30) 46-60. <https://doi.org/10.1515/humor-2016-0039>
- Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler, J., & García Campayo, J. (2017). Psicología positiva contemplativa: integrando mindfulness en la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 12-18.

- Cesetti, G., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). The Promotion of Well-Being in Aging Individuals Living in Nursing Homes: A Controlled Pilot Intervention with Narrative Strategies. *Clinical Gerontologist*, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2017.1292979>
- Champagne, K., Burkhouse, K. L., Woody, M. L., Feurer, C., Sosoo, E., & Gibb, B. E. (2016). Brief report: Overgeneral autobiographical memory in adolescent major depressive disorder. *Journal of Adolescence*, 52(7), 2e75. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.07.008>
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2009). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- Chen, L. H. (2013). Gratitude and adolescent athletes' well-being: The multiple mediating roles of perceived social support from coaches and teammates. *Social Indicators Research*, 114(2), 273-285. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-012-0145-2>
- Chen, L. H., Wu, C. H., & Chang, J. H. (2016). Gratitude and Athletes' Life Satisfaction: The Moderating Role of Mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-016-9764-7>
- Cheng, S. T., & Yim, Y. K. (2008). Age differences in forgiveness: the role of future time perspective. *Psychology and Aging*, 23(3), 676-680. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.23.3.676>

- Cheng, S. T., Tsui, P. K., & Lam, J. H. (2015). Improving mental health in health care practitioners: Randomized controlled trial of a gratitude intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 177. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037895>
- Chiang, K. J., Lu, R. B., Chu, H., Chang, Y. C., & Chou, K. R. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 7-10. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-18>
- Christian, R., Ramos, J., Susanibar, C., y Balarezo, G. (2004). Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 17(2), 57-64.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269>
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2001). Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. *Advances Mind Body Medicine*, 17(2), 129.
- Colom, G. G., Alcocer, C. T., Curto, C. S., & Osuna, J. Z. (2010). Estudio del efecto del humor positivo como variable reductora del estrés y la ansiedad. Relación del humor con variables de personalidad y rendimiento. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 143-163.
- Contreras, H., Garduño, J., y Carmona, D. C. (2011). Tesis Risoterapia alternativa para el control del dolor en niños con cáncer intervención de enfermería. Universidad Autónoma del Estado de México, México.

- Conway, M. A., Wang, Q., Hanyu, K., & Haque, S. (2005). A cross-cultural investigation of autobiographical memory on the universality and cultural variation of the reminiscence bump. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36(6), 739-749. <http://dx.doi.org/10.1177/0022022105280512>
- Cornish, M. A., & Wade, N. G. (2015). A therapeutic model of self-forgiveness with intervention strategies for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 96-104. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00185.x>
- Crespo, M.T. (2016). Aprendizaje a lo largo de la vida y envejecimiento activo. Herramientas para un cambio de mirada. Psicología y Educación: presente y futuro. Alicante ACIPE 2016.
- Cully, J. A., LaVoie, D., & Gfeller, J. D. (2001). Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *The Gerontologist*, 41(1), 89-95. <https://doi.org/10.1093/geront/41.1.89>
- De Pinho, V. D., & de Oliveira Falcone, E. M. (2015). Intervenciones para la promoción del perdón y la inserción de la empatía: revisión de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 111-120.
- Dean, R. A. K., & Major, J. E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1088-1095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02090.x>
- Della Porta, M. D., Jacobs Bao, K., & Lyubomirsky, S. (2012). Does supporting autonomy facilitate the pursuit of happiness? Results from an experimental longitudinal well-being intervention. *Manuscrito enviado para su publicación*.

- Demiray, B., & Janssen, S. M. (2015). The self-enhancement function of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, 29(1), 49-60. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.3074>
- Devitt, A. L., Tippet, L., Schacter, D. L., & Addis, D. R. (2016). Autobiographical memory conjunction errors in younger and older adults: Evidence for a role of inhibitory ability. *Psychology and Aging*, 31(8), 927. <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000129>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E. y Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-328.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Donaldson, S. I., Dollwet, M., & Rao, M. A. (2015). Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 185-195. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.943801>

- Drozd, F., Mork, L., Nielsen, B., Raeder, S., & Bjørkli, C. A. (2014). Better Days—A randomized controlled trial of an internet-based positive psychology intervention. *The Journal of Positive Psychology*, 9(5), 377-388. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.910822>
- Edwards, L. M., Lapp-Rincker, R. H., Magyar-Moe, J. L., Rehfeldt, J. D., Ryder, J. A., Brown, J. C., & Lopez, S. J. (2002). A positive relationship between religious faith and forgiveness: Faith in the absence of data?. *Pastoral Psychology*, 50(3), 147-152. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1012940402668>
- Ehrlich, B. S., & Isaacowitz, D. M. (2002). Does subjective well-being increase with age. *Perspectives in Psychology*, 5, 20-26.
- El Haj, M., Postal, V., & Allain, P. (2012). Music enhances autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Educational Gerontology*, 38(1), 30-41. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2010.515897>
- Elford, H., Wilson, F., McKee, K. J., Chung, M. C., Bolton, G., & Goudie, F. (2005). Psychosocial benefits of solitary reminiscence writing: An exploratory study. *Aging & Mental Health*, 9(4), 305-314. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860500131492>
- Elosúa, M. R. (2015). The Influence of Gratitude in Physical, Psychological, and Spiritual Well-Being. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17(2), 110-118. <http://dx.doi.org/10.1080/19349637.2015.957610>
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>

- Emmons, R. A., & Mishra, A. (2011). Why gratitude enhances well-being: What we know, what we need to know. En K.M. Sheldon, T.B. Kashdan & M.F. Sterger, (Eds.) *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward*, pp. 248-262. Oxford: Oxford University Press.
- Emmons, R. A., & Stern, R. (2013). Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 846-855. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22020>
- Enright, R. D. (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness. *Counseling and Values*, 40(2), 107-126. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-007X.1996.tb00844.x>
- Enright, R. D., & Coyle, C. T. (1998). Researching the process model of forgiveness within psychological interventions. En E.L. Worthington (Ed.) *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives*, 139-161. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10381-000>
- Erikson, E. H. (1996). The Galilean sayings and the sense of "I". *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 19, 291-338.
- Ermer, A. E., & Proulx, C. M. (2016). Unforgiveness, depression, and health in later life: the protective factor of forgivingness. *Aging & Mental Health*, 20(10), 1021-1034. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1060942>

- Esteban, M. N. B., Litago, J. D. U., Cabaco, A. S., & Zaballos, E. S. (2016). El perdón en la memoria autobiográfica: la reescritura de los acontecimientos vitales.. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 4(1), 103-112.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2014). The Subjective Happiness Scale: Translation and preliminary psychometric evaluation of a Spanish version. *Social Indicators Research*, 119(1), 473-481. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-013-0497-2>
- Falkenberg, I., Buchkremer, G., Bartels, M., & Wild, B. (2011). Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: A pilot study. *Psychiatry Research*, 186(2), 454-457. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.009>
- Falkenberg, I., Jarmuzek, J., Bartels, M., & Wild, B. (2011). Do depressed patients lose their sense of humor. *Psychopathology*, 44(2), 98-105. <https://doi.org/10.1159/000317778>
- Fayyaz, F., & Besharat, M. A. (2011). Comparison of forgiveness in clinical depressed, non-clinical depressed and normal people. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.018>
- Fehr, R., Gelfand, M. J., & Nag, M. (2010). The road to forgiveness: a meta-analytic synthesis of its situational and dispositional correlates. *Psychological Bulletin*, 136(5), 894-914. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019993>

- Fernández, J. M. M. (2015). La influencia de las emociones positivas en la relación terapéutica: el humor y la risa. *Enfermería, Fisioterapia y Podología*, 7(4) 1-34.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología: Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Pirámide.
- Ferrer, C. M. S. (2017). The relationship between Gratitude and Life Satisfaction in a sample of Spanish university students: the moderation role of gender. *Anales de Psicología*, 33(1), 114-119.
- Fife, S. T., Weeks, G. R., & Stellberg-Filbert, J. (2013). Facilitating forgiveness in the treatment of infidelity: An interpersonal model. *Journal of Family Therapy*, 35(4), 343-367. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00561.x>
- Fincham, F. D., Hall, J., & Beach, S. R. (2006). Forgiveness in marriage: Current status and future directions. *Family Relations*, 55(4), 415-427. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3729.2005.callf.x-i1>
- Fingerman, K. L., & Charles, S. T. (2010). It takes two to tango why older people have the best relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 172-176. <http://dx.doi.org/10.1177/0963721410370297>
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(1), 3-14.

- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Ford, J. H., Rubin, D. C., & Giovanello, K. S. (2016). The effects of song familiarity and age on phenomenological characteristics and neural recruitment during autobiographical memory retrieval. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*, 26(3), 199. <http://x.doi.org/10.1037/pmu0000152>
- Fredrickson, B. L., Brown, S., Cohn, M. A., Conway, A., & Mikels, J. (2005). Positive emotions build personal resources and predict future subjective well-being. En *Sixth Annual Meeting of the Society for Personality and Social Psychology, New Orleans, LA*.
- Freedman, S. R., & Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 983-992. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.64.5.983>
- Friedman, E. M., & Ryff, C. D. (2012). Living well with medical comorbidities: A biopsychosocial perspective. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 535-544. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr152>
- Frieswijk, N., Steverink, N., Buunk, B. P., & Slaets, J. P. (2006). The effectiveness of a bibliotherapy in increasing the self-management ability of slightly to moderately frail older people. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 219-227. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.03.011>

- Froh, J. J., Emmons, R. A., Card, N. A., Bono, G., & Wilson, J. A. (2011). Gratitude and the reduced costs of materialism in adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 12(2), 289-302. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9195-9>
- Froh, J. J., Sefick, W. J., & Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46(2), 213-233. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2007.03.005>
- Froh, J. J., Yurkewicz, C., & Kashdan, T. B. (2009). Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of Adolescence*, 32(3), 633-650. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.06.006>
- Gander, F., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2016). Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: a randomized, placebo-controlled online study. *Frontiers in psychology*, 7, 686-686. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00686>
- Gañán, A., y Villafruela, I. (2015). El ocio, tiempo libre y calidad de vida para un envejecimiento activo, el caso de la Universidad de Burgos. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 75-87.
- García, E.A.L. (2011) Risa y salud: abordajes terapéuticos. MedUNAB, 14(1). Disponible en:
<http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=1380>.

- García-Alandete, J. (2015). Does Meaning in Life Predict Psychological Well-Being?. *The European Journal of Counselling Psychology*, 3(2), 89. <https://doi.org/10.5964/ejcop.v3i2.27>
- García-Ballesteros, A., & Álvarez, M. I. O. (2011). El envejecimiento demográfico de las poblaciones. En R. Rodríguez & G. Lazcano (Eds.) *Práctica de la Geriatría*, 3ª ed., México: McGraw Hill.
- García-Larrauri, B., Monjas, I., Román, J. M., Cuetos, A., Polo, A., & Muñoz, M. I. (2005). CASH: Cuestionario de Autoevaluación del Sentido del Humor. Universidad de Valladolid: Departamento de Psicología
- Gelkopf, M. (2011). The Use of Humor in Serious Mental Illness: A Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011. <http://dx.doi.org/10.1093/ecam/nep106>
- Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G., & Schupp, J. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging*, 25(2), 477-485. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017543>
- Ghodsbin, F., Ahmadi, Z. S., Jahanbin, I., & Sharif, F. (2015). The effects of laughter therapy on general health of elderly people referring to jahandidegan community center in Shiraz, Iran, 2014: a randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(1), 31-38.

- Giffard, B., Viard, A., Dayan, J., Morel, N., Joly, F., & Eustache, F. (2013). Autobiographical memory, self, and stress-related psychiatric disorders: which implications in cancer patients?. *Neuropsychology Review*, 23(2), 157-168. <https://doi.org/10.1007/s11065-013-9233-6>
- Gillham, J. E., & Seligman, M. E. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00055-8)
- Glück, J., & Bluck, S. (2013). The more life experience model: A theory of the development of personal wisdom. En M. Ferrari, & N.M. Weststrate (Eds.), *The scientific study of personal wisdom* (pp. 75–97). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Godoy-Izquierdo, D., Martínez, A., & Godoy, J. F. (2009). Balance afectivo en hombres y mujeres: implicaciones de la edad y el sexo. *Psicología Conductual*, 17(2), 299-319.
- Godoy-Izquierdo, D., Lara, R., Vazquez, M.L., Araque, F., & Godoy, J. F. (2012). Correlates of happiness among older Spanish institutionalised and non-institutionalised adults. *Journal of Happiness Studies*, 14, 389-414. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9335-5>
- Golant, S. M. (2015). Residential Normalcy and the Enriched Coping Repertoires of Successfully Aging Older Adults. *The Gerontologist*, 55(1), 70-82.
- Goldman, D. B., & Wade, N. G. (2012). Comparison of forgiveness and anger-reduction group treatments: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 22(5), 604-620. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.692954>

- Goodenough, B., Low, L. F., Casey, A. N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P., ... & Brodaty, H. (2012). Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: the Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE). *International Psychogeriatrics*, 24(12), 2037-2044. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000683>
- Gordon, C. L., Arnette, R. A., & Smith, R. E. (2011). Have you thanked your spouse today?: Felt and expressed gratitude among married couples. *Personality and Individual Differences*, 50(3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.012>
- Gordon, K. C., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 213-231. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01235.x>
- Grases, G., Sánchez Curto, C., Rigo, E., & Adrover Roig, D. (2012). Relación entre el humor positivo y la Ansiedad Rasgo y Estado. *Ansiedad Estrés*, 18(1), 79-90.
- Gray, A. W., Parkinson, B., & Dunbar, R. I. (2015). Laughter's influence on the intimacy of self-disclosure. *Human Nature*, 26(1), 28-43. <https://doi.org/10.1007/s12110-015-9225-8>
- Green, M., DeCourville, N., & Sadava, S. (2012). Positive affect, negative affect, stress, and social support as mediators of the forgiveness-health relationship. *The Journal of Social Psychology*, 152(3), 288-307. <http://dx.doi.org/10.1080/00224545.2011.603767>

- Greengross, G. (2013). Humor and aging-a mini-review. *Gerontology*, 59(5), 448-453. <https://doi.org/10.1159/000351005>
- Guzmán, M. (2010). El perdón en relaciones cercanas: Conceptualización desde una perspectiva psicológica e implicancias para la práctica clínica. *Psykhé*, 19(1), 19-30. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282010000100002>
- Guzmán, M., Tapia, M. J., Tejada, M., & Valenzuela, K. (2014). Evaluación del perdón en relaciones de pareja: propiedades psicométricas del Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory (TRIM-18) en un contexto chileno. *Psykhé*, 23(2), 1-12. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.23.2.623>
- Haight, B.K., & Webster, J.D. (Eds.). (1995). *The art and science of reminiscing: Theory, research methods, and applications*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Hampes, W. (2013). A Pilot Study of the Relation between Humor Styles and the Past-Positive and Past-Negative Time Perspectives. *Psychological Reports*, 113(1), 345-351. <https://doi.org/10.2466/16.10.PR0.113x17z9>
- Hampes, W. (2016). The relationship between humor styles and forgiveness. *Europe's Journal of Psychology*, 12(3), 338-347. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i3.1012>
- Hansen, M. J., Enright, R. D., Baskin, T. W., & Klatt, J. (2009). A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 51-60.

- Hargrave, T. D., & Sells, J. N. (1997). The development of a forgiveness scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(1), 41-62. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1997.tb00230.x>
- Harm, J., Vieillard, S., & Didierjean, A. (2014). Using humour as an extrinsic source of emotion regulation in young and older adults. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 67(10), 1895-1909. <http://dx.doi.org/10.1080/17470218.2013.873474>
- Harrison, A., Al-Khairulla, H., & Kikoler, M. (2016). The feasibility, acceptability and possible benefit of a positive psychology intervention group in an adolescent inpatient eating disorder service. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 449-459. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1117125>
- Harrison, L., & Loui, P. (2013). Thrills, chills, frissons, and skin orgasms: toward an integrative model of transcendent psychophysiological experiences in music. *Frontiers in Psychology*, 5, 790-790. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00790>
- Hashimoto, H., Arai, K., Hayashi, S., Okamoto, H., Takahashi, J., & Chikuda, M. (2016). The effect of astaxanthin on vascular endothelial growth factor (VEGF) levels and peroxidation reactions in the aqueous humor. *Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition*, 59(1), 10-15. <http://doi.org/10.3164/jcbtn.15-137>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>

- Hill, P. L., & Allemand, M. (2011). Gratitude, forgivingness, and well-being in adulthood: Tests of moderation and incremental prediction. *The Journal of Positive Psychology*, 6(5), 397-407. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2011.602099>
- Hirsch, R.D., Junglas, K., Konradt, B., & Jonitz, M.F. (2010). Gerontology Geriatric, 43, 42-52.
- Hitchcock, C., Werner-Seidler, A., Blackwell, S. E., & Dalgleish, T. (2017). Autobiographical episodic memory-based training for the treatment of mood, anxiety and stress-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 92-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.12.003>
- Ho, H. C., Yeung, D. Y., & Kwok, S. Y. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187-197. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.888577>
- Ho, S. K. (2017). The relationship between teacher stress and burnout in Hong Kong: positive humour and gender as moderators. *Educational Psychology*, 37(3), 272-286. <http://dx.doi.org/10.1080/01443410.2015.1120859>
- Holden, N., Kelly, J., Welford, M., & Taylor, P. J. (2017). Emotional response to a therapeutic technique: The social Broad Minded Affective Coping. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 55-69. <https://doi.org/10.1111/papt.12095>

- Holland, C. A., Ridout, N., Walford, E., & Geraghty, J. (2012). Executive function and emotional focus in autobiographical memory specificity in older adults. *Memory*, 20(8), 779-793. <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2012.703210>
- Hone, L. S., Hurwitz, W., & Lieberman, D. (2015). Sex differences in preferences for humor: a replication, modification, and extension. *Evolutionary Psychology: An International Journal of Evolutionary Approaches to Psychology and Behavior*, 13(1), 167. <http://dx.doi.org/10.1177/147470491501300110>
- Hörder, H., Frändin, K., & Larsson, M. H. (2013). Self-respect through ability to keep fear of frailty at a distance: Successful ageing from the perspective of community-dwelling older people. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), 20194. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20194>
- Hsieh, C. J., Chang, C., Tsai, G., & Wu, H. F. (2015). Empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program on long-term care residents. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(2), 165-173. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12244>
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Healy, B. C., Boehm, J. K., Kashdan, T. B., Celano, C. M., ... & Lyubomirsky, S. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.10.006>

- Hull, R., Tosun, S., & Vaid, J. (2017). What's so funny? Modelling incongruity in humour production. *Cognition and Emotion*, 31(3), 484-499. <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2015.1129314>
- Jackowska, M., Brown, J., Ronaldson, A., & Steptoe, A. (2016). The impact of a brief gratitude intervention on subjective well-being, biology and sleep. *Journal of Health Psychology*, 21(10), 2207-2217. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105315572455>
- Jackson, H., & MacLeod, A. K. (2016). Well-being in Chronic Fatigue Syndrome: Relationship to Symptoms and Psychological Distress. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2051>
- Janata, P., Tomic, S. T., & Rakowski, S. K. (2007). Characterisation of music-evoked autobiographical memories. *Memory*, 15(8), 845-860. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210701734593>
- Janoff-Bulman, R. (2014). Shattered Assumptions. 1992. *New York: Free Press. Beck AT, Haigh EA. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Jiménez, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001>
- Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B., & Chandola, T. (2014). Aging and subjective well-being in later life. *The Journal Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(6), 930-941. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu006>

- Kaczmarek, L. D., Kashdan, T. B., Drazkowski, D., Enko, J., Kosakowski, M., Szäefer, A., & Bujacz, A. (2015). Why do people prefer gratitude journaling over gratitude letters? The influence of individual differences in motivation and personality on web-based interventions. *Personality and Individual Differences*, 75, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.004>
- Kanz, J. E. (2000). How do people conceptualize and use forgiveness? The Forgiveness Attitudes Questionnaire. *Counseling and Values*, 44(3), 174-188. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-007X.2000.tb00170.x>
- Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J. (Eds.). (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. New Harbinger Publications.
- Kashdan, T. B., Mishra, A., Breen, W. E., & Froh, J. J. (2009). Gender differences in gratitude: Examining appraisals, narratives, the willingness to express emotions, and changes in psychological needs. *Journal of Personality*, 77(3), 691-730. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00562.x>
- Kashdan, T. B., Uswatte, G., & Julian, T. (2006). Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam war veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 177-199. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.005>
- Kato, T. (2016). Effects of partner forgiveness on romantic break-ups in dating relationships: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 95, 185-189. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.050>
- Kenyon, G., Bohlmeijer, E., & Randall, W. L. (Eds.). (2010). *Storying later life: Issues, investigations, and interventions in narrative gerontology*. Oxford: Oxford University Press.

- Kerr, S. L., O'Donovan, A., & Pepping, C. A. (2015). Can gratitude and kindness interventions enhance well-being in a clinical sample?. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 17-36. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-013-9492-1>
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Kidd, S.A., Miller, R., Boyd, G.M., y Cardeña, I. (2009). Relationships between humor, subversion, and genuine connection among persons with severe mental illness. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1421-30.
- Killen, A., & Macaskill, A. (2015). Using a gratitude intervention to enhance well-being in older adults. *Journal of Happiness Studies*, 16(4), 947-964. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-014-9542-3>
- Kim, L. M., Johnson, J. L., & Ripley, J. (2011). A "Perfect" Storm: Perfectionism, Forgiveness, and Marital Satisfaction. *Individual Differences Research*, 9(4) 199-209.
- Kim, Y. H., Kim, H. J., Do Ahn, S., Seo, Y. J., & Kim, S. H. (2013). Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 379-387. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.06.005>
- König, S., & Glück, J. (2014). "Gratitude is with me all the time": How gratitude relates to wisdom. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(5), 655-666. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt123>

- Konradt, B., Hirsch, R. D., Jonitz, M. F., & Junglas, K. (2013). Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 850-857. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.3893>
- Kontos, P., Miller, K. L., Colobong, R., Lazgare, P., Luis, I., Binns, M., ... & Naglie, G. (2016). Elder-Clowning in Long-Term Dementia Care: Results of a Pilot Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 347-353. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13941>
- Kotradyová, K. (2016). The psychosocial aspects of the genesis of depression in old age and the possibilities of using group psychotherapy. *Kontakt*, 18(3), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.07.002>
- Kraft, T. L., & Pressman, S. D. (2012). Grin and bear it: The influence of manipulated facial expression on the stress response. *Psychological science*, 23(11), 1372-1378. <https://doi.org/10.1016/10.1177/0956797612445312>
- Krause, N. (2012). Feelings of gratitude toward God among older whites, older African Americans, and older Mexican Americans. *Research on Aging*, 34(2), 156-173. <http://dx.doi.org/10.1177/0164027511417884>
- Krejtz, I., Nezlek, J. B., Michnicka, A., Holas, P., & Rusanowska, M. (2016). Counting one's blessings can reduce the impact of daily stress. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 25-39. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-014-9578-4>

- Kubacka, K. E., Finkenauer, C., Rusbult, C. E., & Keijsers, L. (2011). Maintaining close relationships: Gratitude as a motivator and a detector of maintenance behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(10), 1362-1375. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167211412196>
- Kuiper, N. A. (2016). Psychological Investigations of Humor and Laughter: Honoring the Research Contributions of Professor Rod Martin: Opening Comments. *Europe's Journal of Psychology*, 12(3), 312-319. <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v12i3.1213>
- Kuiper, N. A., & McHale, N. (2009). Humor styles as mediators between self-evaluative standards and psychological well-being. *The Journal of Psychology*, 143(4), 359-376. <http://dx.doi.org/10.3200/JRLP.143.4.359-376>
- Kuiper, N. A., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor*, 17(1/2), 135-168. <https://doi.org/10.1515/humr.2004.002>
- Kuiper, N. A., Klein, D., Vertes, J., & Maiolino, N. B. (2014). Humor styles and the intolerance of uncertainty model of generalized anxiety. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 543-556.
- Lambert, N. M., Fincham, F. D., & Stillman, T. F. (2012). Gratitude and depressive symptoms: The role of positive reframing and positive emotion. *Cognition & Emotion*, 26(4), 615-633. <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2011.595393>

- Lambert, N. M., Fincham, F. D., Stillman, T. F., & Dean, L. R. (2009). More gratitude, less materialism: The mediating role of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 32-42. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760802216311>
- Lang, F. R., & Heckhausen, J. (2001). Perceived control over development and subjective well-being: Differential benefits across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3), 509. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.81.3.509>
- Lanham, M., Rye, M., Rimsky, L., & Weill, S. (2012). How gratitude relates to burnout and job satisfaction in mental health professionals. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(4), 341-354. <http://dx.doi.org/10.17744/mehc.34.4.w35q80w11kgpqn26>
- Latorre, J.M., Ricarte, J.J., Serrano, J.P., Ros, L., Navarro, B. y Aguilar, M.J. (2013). Performance in autobiographical memory of older adults with depression symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 27, 167-172.
- Latorre, J.M., Serrano, J.P., Ros, L., Aguilar, M.J., & Navarro, B. (2008). Memoria autobiográfica, revisión de vida y emociones positivas en la vejez. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 339–369). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Latorre, J.M., Serrano, J.P., & Ros, L. (2005). Autobiographical memory overgenerality in depressed older adults. *International Psychogeriatrics*, 17(Suppl. 2,1), 130.

- Lawler-Row, K. A., & Piferi, R. L. (2006). The forgiving personality: Describing a life well lived? *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1009-1020. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.007>
- Lawler-Row, K. A., Scott, C. A., Raines, R. L., Edlis-Matityahou, M., & Moore, E. W. (2007). The varieties of forgiveness experience: Working toward a comprehensive definition of forgiveness. *Journal of Religion and Health*, 46(2), 233-248. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-006-9077-y>
- Layous, K., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 3. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034709>
- Layous, K., Kurtz, J., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2017). Reframing the ordinary: Imagining time as scarce increases well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2017.1279210>
- Layous, K., Lee, H., Choi, I., & Lyubomirsky, S. (2013). Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(8), 1294-1303. <http://dx.doi.org/10.1177/0022022113487591>
- Lelkes, O. (2008). Happiness across the life cycle: Exploring age-specific preferences. *European Centre for Social Welfare Policy and Research Policy Brief*, 2, 1-16.
- LePort, A. K., Stark, S. M., McGaugh, J. L., & Stark, C. E. (2017). A cognitive assessment of highly superior autobiographical memory. *Memory*, 25(2), 276-288. <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2016.1160126>

- Liao, K. Y. H., & Wei, M. (2015). Insecure attachment and depressive symptoms: Forgiveness of self and others as moderators. *Personal Relationships*, 22(2), 216-229. <http://dx.doi.org/110.1111/pere.12075>
- Lies, J., Mellor, D., & Hong, R. Y. (2014). Gratitude and personal functioning among earthquake survivors in Indonesia. *The Journal of Positive Psychology*, 9(4), 295-305. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.902492>
- Lillo, P. (2006). *Validación del Cuestionario de estilos de humor en la provincia de Entre Ríos* (Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología, no publicada. Universidad Adventista del Plata-Argentina).
- Lin, W. F., Mack, D., Enright, R. D., Krahn, D., & Baskin, T. W. (2004). Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use among inpatient substance-dependent clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1114-1121. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1114>
- Lin, W. N., Enright, R. D., & Klatt, J. S. (2013). A forgiveness intervention for Taiwanese young adults with insecure attachment. *Contemporary Family Therapy*, 35(1), 105-120. <http://dx.doi.org/10.1007/s10591-012-9218-2>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Liptak, A., Tate, J., Flatt, J., Oakley, M. A., & Lingler, J. (2014). Humor and laughter in persons with cognitive impairment and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 32(1), 25-34. <https://doi.org/10.1177/0898010113500075>

- Liu, C. J., & Hao, F. (2017). Reciprocity belief and gratitude as moderators of the association between social status and charitable giving. *Personality and Individual Differences*, 111, 46-50. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.003>
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, B. F., Sala, J. M., & Seva, D. A. (1979). Cognocitive mini-test (a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients). *Actas Luso-Españolas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 7(3), 189.
- López-Fuentes, I., & Calvete, E. (2016). Desarrollo del Inventario de factores de resiliencia ante la adversidad. *Ansiedad y Estrés*, 22(2), 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.10.003>
- Ludvigsson, M., Marcusson, J., Wressle, E., & Milberg, A. (2016). Markers of subsyndromal depression in very old persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(6), 619-628. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4369>
- Lunenfeld, B. (2008). An aging world-demographics and challenges. *Gynecological Endocrinology*, 24(1), 1-3. <http://dx.doi.org/10.1080/09513590701718364>
- Luong, G., Charles, S. T., & Fingerman, K. L. (2011). Better with age: Social relationships across adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/0265407510391362>
- Lyubomirsky, S., & Dickerhoof, R. (2011). A Construal Approach to Increasing Happiness. En J. Tangney & J.F. Maddux (Eds) *Social psychological foundations of clinical psychology*, (pp. 229-244). New York. The Guilford Press.

- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being?. *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62. <https://doi.org/10.1177/0963721412469809>
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155. <https://doi.org/0.1023/A:1006824100041>
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: an experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11(2), 391-402. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022575>
- Ma, M., Kibler, J. L., & Sly, K. (2013). Gratitude is associated with greater levels of protective factors and lower levels of risks in African American adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(5), 983-991. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.07.012>
- Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2010). Evaluación del perdón: Diferencias generacionales y diferencias de sexo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(3), 391-403.
- Maiolino, N. B., & Kuiper, N. A. (2014). Integrating humor and positive psychology approaches to psychological well-being. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 557-570.
- Mann, N. B. (2012). *Signature strengths: Gender differences in creativity, persistence, prudence, gratitude, and hope*. Northcentral University. Prescott, Valley. Arizona: ProQuest.

- Manthey, L., Vehreschild, V., & Renner, K. H. (2016). Effectiveness of two cognitive interventions promoting happiness with video-based online instructions. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 319-339. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9596-2>
- Martin, R. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. San Diego: Elsevier.
- Martin, R. A., & Lefcourt, H. M. (1984). Situational Humor Response Questionnaire: Quantitative measure of sense of humor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(1), 145-155. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.47.1.145>
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2)
- Martínez de La Iglesia, J., Onís Vilches, M., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C., & Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medicina Familiar y Comunitaria*, 12(10), 26-40.
- Martínez Martí, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258.
- Marziali, E., McDonald, L., & Donahue, P. (2008). The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging and Mental Health*, 12(6), 713-718. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860802154374>

- Maske, U. E., Hapke, U., Riedel-Heller, S. G., Busch, M. A., & Kessler, R. C. (2017). Respondents' report of a clinician-diagnosed depression in health surveys: comparison with DSM-IV mental disorders in the general adult population in Germany. *BMC Psychiatry*, 17(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1203-8>
- Mauricio, H. C., Rivera, J. G., Arriaga, D. C. C., & Sánchez, G. V. (2011). La risoterapia como intervención de enfermería, para el control del dolor en niños en la aplicación de quimioterapia. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 3(3), 128-131.
- McCreaddie, M., & Wiggins, S. (2008). The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 584-595. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04548.x>
- McCreaddie, M., Payne, S., & Froggatt, K. (2010). Ensnared by positivity: A constructivist perspective on 'being positive' in cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 283-290. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.03.002>
- McCullough, M. E., & Worthington Jr, E. L. (1999). Religion and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 67(6), 1141-1164. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6494.00085>
- McCullough, M. E., Bono, G., & Root, L. M. (2005). Religion and forgiveness. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, 394-411.

- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112-127. [http:// dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112](http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112)
- McCullough, M. E., Kurzban, R., & Tabak, B. A. (2010). Evolved mechanisms for revenge and forgiveness. En P.R. Shaver, & M. Mikulincer (Eds.), *Understanding and reducing aggression, violence, and their consequences* (pp. 221-239). Washington, DC: American Psychological Association
- McCullough, M. E., Kurzban, R., & Tabak, B. A. (2013). Putting revenge and forgiveness in an evolutionary context. *Behavioral and Brain Sciences*, 36(01), 41-58. <https://doi.org/10.1017/S0140525X12001513>
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington Jr, E. L., Brown, S. W., & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1586-1603. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.75.6.1586>
- McCullough, M. E., Root, L. M., & Cohen, A. D. (2006). Writing about the benefits of an interpersonal transgression facilitates forgiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 887. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.887>
- McGhee, P.E. (1996). *Healt, healing and the amuse system: humor as survival training*. Kendall/Hunt Publishing Company, Dubuque, IA.
- McGhee, P.E. (2000). Humor as survival training for a stressed-out world: The 7 humor habits program. Bloomington, IN: AuthorHouse.

- McNulty, J. K., & Fincham, F. D. (2012). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67(2), 101-110. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024572>
- Meléndez Moral, J. C., Fortuna Terrero, F. B., Sales Galán, A., & Mayordomo Rodríguez, T. (2015). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 240-247. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.936968>
- Meléndez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., & Sales-Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), 319-323. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.253>
- Menahem, S., & Love, M. (2013). Forgiveness in psychotherapy: the key to healing. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 829-835. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22018>
- Méndez, A. G., Desfilis, E. S., Barradas, M. L. M., & Valero, M. G. B. (2014). Gratitude existencial y bienestar psicológico en personas mayores. *Psicología y Salud*, 24(2), 279-286.
- Mendiburo-Seguel, A., Páez, D., & Martínez-Sánchez, F. (2015). Humor styles and personality: A meta-analysis of the relation between humor styles and the Big Five personality traits. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(3), 335-340. <http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12209>

- Merrill, N., Waters, T. E., & Fivush, R. (2016). Connecting the self to traumatic and positive events: links to identity and well-being. *Memory*, 24(10), 1321-1328. <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2015.1104358>
- Mills, P. J., Redwine, L., Wilson, K., Pung, M. A., Chinh, K., Greenberg, B. H., ... & Chopra, D. (2015). The role of gratitude in spiritual well-being in asymptomatic heart failure patients. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(1), 5. <http://dx.doi.org/10.1037/scp0000050>
- Mobbs, D., Greicius, M. D., Abdel-Azim, E., Menon, V., & Reiss, A. L. (2003). Humor modulates the mesolimbic reward centers. *Neuron*, 40(5), 1041-1048. [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(03\)00751-7](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00751-7)
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al.(2005). *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 382. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21839>.
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al.(2005). *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 382. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21839>
- Morales, F. & Arias, C. J. (2014). Relaciones entre virtudes y fortalezas del carácter y empatía. Un estudio comparativo en adultos jóvenes, adultos de mediana edad y adultos mayores. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, 11, 704-709.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>

- Mullet, E., Girard, M., & Bakhshi, P. (2004). Conceptualizations of forgiveness. *European Psychologist*, 9(2), 78-86. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.9.2.78>
- Muñoz Sastre, M. T., Vinsonneau, G., Neto, F., Girard, M., & Mullet, E. (2003). Forgiveness and satisfaction with life. *Journal of Happiness Studies*, 4(3), 323-335. <http://dx.doi.org/1010.1023/A:1026251630478>
- Navarro Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., & Tomás Miguel, J. M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Gerokomos*, 19(2), 63-67.
- Navarro, B., Latorre, J.M., López-Torres, J., & Pretel, F. (2008). Memoria autobiográfica y entrenamiento en revisión de vida como método de mejora del estado de ánimo en la vejez. *Revista Clínica de Medicina de Familiar*, 2, 171-177.
- Nelson, S. K., Layous, K., Cole, S. W., & Lyubomirsky, S. (2016). Do unto others or treat yourself? The effects of prosocial and self-focused behavior on psychological flourishing. *Emotion*, 16(6), 850-861. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000178>
- Nezlek, J. B., Newman, D. B., & Thrash, T. M. (2017). A daily diary study of relationships between feelings of gratitude and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 12(4), 323-332. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2016.1198923>
- Niemiec, R. M. (2013). *Mindfulness and character strengths*. Hogrefe Publishing. Boston, MA: Hogrefe Publishing.

- Nimrod, G., & Ben-Shem, I. (2015). Successful aging as a lifelong process. *Educational Gerontology*, 41(11), 814-824. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2015.1050904>
- Nsamenang, S. A., Webb, J. R., Cukrowicz, K. C., & Hirsch, J. K. (2013). Depressive symptoms and interpersonal needs as mediators of forgiveness and suicidal behavior among rural primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 149(1), 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.042>
- O'Connell, B. H., O'Shea, D., & Gallagher, S. (2016). Enhancing social relationships through positive psychology activities: A randomised controlled trial. *The Journal of Positive Psychology*, 11(2), 149-162. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1037860>
- Old, N. (2012). Survival of the funniest-using therapeutic humour in nursing. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, 18(8), 17.
- Oliver, A., Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Galiana, L., & Sancho, P. (2016). Validación de un modelo explicativo del proceso de envejecer con éxito a partir de aspectos psicológicos, físicos, relacionales y de ocio. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(1), 47-56. <http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v6i1.148>
- Orcutt, H. K., Pickett, S. M., & Pope, E. B. (2005). Experiential avoidance and forgiveness as mediators in the relation between traumatic interpersonal events and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 1003-1029.

- Ortega, A. R., Ramírez, E., & Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 23-33. <http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v1i1.87>
- Otake, K. (2015). Subjective happiness and autobiographical memory: Differences in the ratio of positive events and transmission as emotional expression. *Personality and Individual Differences*, 72, 171-176. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.046>
- Ouweneel, E., Le Blanc, P., & Schaufeli, W. (2014). On being grateful and kind: Results of two randomized controlled trials on study-related emotions and academic achievement. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 148(1), 37-60. <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2012.742854>
- Owens, R. L., & Patterson, M. M. (2013). Positive psychological interventions for children: A comparison of gratitude and best possible selves approaches. *The Journal of Genetic Psychology*, 174(4), 403-428. <http://dx.doi.org/10.1080/00221325.2012.697496>
- Park, N., & Peterson, C. (2009). Character strengths: Research and practice. *Journal of College and Character*, 10(4), 1-10. <http://dx.doi.org/10.2202/1940-1639.1042>
- Parks, A. C., Della Porta, M. D., Pierce, R. S., Zilca, R., & Lyubomirsky, S. (2012). Pursuing happiness in everyday life: The characteristics and behaviors of online happiness seekers. *Emotion*, 12(6), 1222-1234. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028587>

- Pérez Fuentes, M. D. C., Gázquez, J. J., Molero, M. D. M., & Mercader, I. (2012). Un estudio de campo sobre el envejecimiento activo en función de la actividad física y ejercicio físico. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 3(1), 19-37.
- Peters, M. L., Meevissen, Y. M., & Hanssen, M. M. (2013). Specificity of the Best Possible Self intervention for increasing optimism: Comparison with a gratitude intervention. *Terapia Psicológica*, 31(1), 93-100.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford: Oxford University Press.
- Petrocchi, N., & Couyoumdjian, A. (2016). The impact of gratitude on depression and anxiety: the mediating role of criticizing, attacking, and reassuring the self. *Self and Identity*, 15(2), 191-205. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2015.1095794>
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging" how do they compare with researchers' definitions?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52056.x>
- Philippe, F.L., Koestner, R., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., & Bois, K. (2011). The role of autobiographical memory networks in the experience on negative emotions: How our remembered past elicits our current feelings. *Emotion*, 11, 1279-1290. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025848>
- Polak, E. L., & McCullough, M. E. (2006). Is gratitude an alternative to materialism?. *Journal of Happiness Studies*, 7(3), 343-360. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-005-3649-5>

- Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R. M., Alcañiz, M., ... & Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), 964-974. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.702726>
- Prieto-Ursúa, M., Galán, M. J. C., de Gregorio, V. C., Gismero, E., González, M., & San Roque, I. M. (2012). El Perdón como Herramienta Clínica en Terapia Individual y de Pareja. *Therapy Clínic*, 3(2), 121-134.
- Prince-Paul, M., & Exline, J. J. (2010). Personal relationships and communication messages at the end of life. *Nursing Clinics of North America*, 45(3), 449-463. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.03.008>
- Proyer, R. T. (2014). A psycho-linguistic approach for studying adult playfulness: A replication and extension toward relations with humor. *The Journal of Psychology*, 148(6), 717-735. <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2013.826165>
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50–79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.899978>

- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2016). Addressing the role of personality, ability, and positive and negative affect in positive psychology interventions: Findings from a randomized intervention based on the Authentic Happiness Theory and extensions. *The Journal of Positive Psychology, 11*(6), 609-621. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1137622>
- Proyer, R. T., Ruch, W., & Buschor, C. (2013). Testing strengths-based interventions: A preliminary study on the effectiveness of a program targeting curiosity, gratitude, hope, humor, and zest for enhancing life satisfaction. *Journal of Happiness Studies, 14*(1), 275-292. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9331-9>
- Proyer, R. T., Wellenzohn, S., Gander, F., & Ruch, W. (2015). Toward a Better Understanding of What Makes Positive Psychology Interventions Work: Predicting Happiness and Depression From the Person $\times$ Intervention Fit in a Follow-Up after 3.5 Years. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 7*(1), 108-128. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00456>
- Quintero, Á., Henao, M. E., Villamil, M. M., & León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica, 35*(1), 90-100.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Beyers, W., Eelen, P., & Brunfaut, E. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 699. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.699>

- Raes, F., Schoofs, H., Griffith, J. W., & Hermans, D. (2012). Rumination relates to reduced autobiographical memory specificity in formerly depressed patients following a self-discrepancy challenge: The case of autobiographical memory specificity reactivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1002-1007. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.03.003>
- Raes, F., Williams, J. M. G., & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.03.001>
- Raj, M., & Wiltermuth, S. S. (2016). Barriers to forgiveness. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(11), 679-690. <https://doi.org/10.1111/spc3.12290>
- Ramírez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health*, 18(4), 463-470. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.856858>
- Ramírez, E., Ortega, A., & Martos, R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 187-195. <http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.111>
- Ramsey, M. A., & Gentzler, A. L. (2014). Age differences in subjective well-being across adulthood: The roles of savoring and future time perspective. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(1), 3-22. <http://dx.doi.org/10.2190/AG.78.1.b>

- Ranzijn, R. (2002). The potential of older adults to enhance community quality of life: Links between positive psychology and productive aging. *Ageing International*, 27(2), 30-55. <http://dx.doi.org/10.1007/s12126-002-1001-5>
- Rasmussen, A. S., & Berntsen, D. (2009). Emotional valence and the functions. *Memory & Cognition*, 37(4), 477-492. <http://dx.doi.org/10.3758/MC.37.4.477>
- Rathbone, C. J., & Moulin, C. J. (2017). Switch costs in the self-memory system. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 70(6), 1063-1073. <http://dx.doi.org/10.1080/17470218.2015.1127398>
- Reed, G. L., & Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 920-929. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.920>
- Reiser, B. J., Black, J. B., & Abelson, R. P. (1985). Knowledge structures in the organization and retrieval of autobiographical memories. *Cognitive Psychology*, 17(1), 89-137. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(85\)90005-2](https://doi.org/10.1016/0010-0285(85)90005-2)
- Reker, G. T., Birren, J. E., & Svensson, C. (2014). Self-aspect reconstruction through guided autobiography: Exploring underlying processes. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, 2(1), 1-15.
- Rey, L., & Extremera, N. (2016). Agradabilidad y perdón interpersonal en adultos jóvenes: el papel moderador del género. *Terapia Psicológica*, 34(2), 103-110. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200003>

- Riaz, Z., & Khan, M. I. (2016). Impact of service failure severity and agreeableness on consumer switchover intention: Mediating role of consumer forgiveness. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 28(3), 420-434. <http://dx.doi.org/10.1108/APJML-07-2015-0106>
- Ricarte, J.J., Latorre, J.M., Ros, L. Navarro, B., Aguilar, M.J., & Serrano, J.P. (2011). Overgeneral autobiographical memory effect in older depressed adults. *Aging & Mental Health*, 15, 1028–1037.
- Ridout, N., Dritschel, B., Matthews, K., & O'Carroll, R. (2016). Autobiographical memory specificity in response to verbal and pictorial cues in clinical depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.01.002>
- Ripley, J. S., & Worthington Jr, E. L. (2002). Hope-focused and forgiveness-based group interventions to promote marital enrichment. *Journal of Counseling and Development* 80(4), 452-463. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00212.x>
- Ripoll, R. M. (2011). La risa como tratamiento médico: una opción complementaria/alternativa en educación y atención sanitarias. *Medicina clínica*, 136(3), 111-115.
- Ripoll, R. M., & Casado, I. Q. (2010). Risa y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 27-34. [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(10\)70006-9](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(10)70006-9)

- Riva, G., Baños, R. M., Botella, C., Wiederhold, B. K., & Gaggioli, A. (2012). Positive technology: using interactive technologies to promote positive functioning. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(2), 69-77. <https://doi.org/10.1089/cyber.2011.0139>
- Roberts, J. A., Tsang, J. A., & Manolis, C. (2015). Looking for happiness in all the wrong places: The moderating role of gratitude and affect in the materialism–life satisfaction relationship. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 489-498. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1004553>
- Rodríguez Idígoras A. (2002). *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Romero, C., & Mitchell, D. B. (2008). Forgiveness of interpersonal offenses in younger and older roman catholic women. *Journal of Adult Development*, 15(2), 55-61. <http://dx.doi.org/10.1007/s10804-007-9036-1>
- Ros, L., Latorre, J. M., & Serrano, J. P. (2006). La memoria de trabajo y su relación con la especificidad de los recuerdos autobiográficos en la vejez. In *VI Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*. Benidorm.
- Ros, L., Latorre, J.M., & Serrano, J.P. (2010). Working memory capacity and overgeneral autobiographical memory in young and older adults. *Neuropsychology, development, and cognition. Section B, Aging, Neuropsychology and Cognition*, 17, 89–107. <http://dx.doi.org/10.1080/13825580903042650>
- Rubin, D. C. (1996). *Remembering our past. Studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Ruch, W. (1992). Assessment of appreciation of humor: Studies with the 3 WD humor test. *Advances in Personality Assessment*, 9, 27-75.
- Ruch, W., & Hofmann, J. (2017). Fostering Humour. En Proctor, C. (Ed.) *Positive Psychology Interventions in Practice* (pp. 65-80). New York: Springer International Publishing.
- Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2010). Humor as a character strength among the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13-18. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0090-0>
- Ruini, C., & Vescovelli, F. (2013). The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 263-274. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9330-x>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Rye, M. S., & Pargament, K. I. (2002). Forgiveness and romantic relationships in college: Can it heal the wounded heart?. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 419-441. <https://doi.org/10.1002/jclp.1153>
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55. <http://dx.doi.org/10.1177/016502548901200102>

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Ryff, C., y Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press.
- Sadler, M. E., Miller, C. J., Christensen, K., & McGue, M. (2011). Subjective wellbeing and longevity: a co-twin control study. *Twin Research and Human Genetics*, 14(03), 249-256. <https://doi.org/10.1375/twin.14.3.249>
- Salameh, W. A., & Alemany, C. (2004). *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Sánchez, J. C., Echeverri, L. F., Londoño, M. J., Ochoa, S. A., Quiroz, A. F., Romero, C. R., & Ruiz, J. O. (2017). Effects of a Humor Therapy Program on Stress Levels in Pediatric Inpatients. *Hospital Pediatrics*, 7(1), 46-53. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0128>
- Sánchez, M. W., Cabaco, A. S., Litago, D. U., Iglesias, A. I. S., & Camarón, C. G. (2016). Intervencion optimizadora del bienestar cognitivo y emocional en mayores institucionalizados; un estudio piloto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(2), 195-206.
- Sandage, S. J., Hill, P. C., & Vaubel, D. C. (2011). Generativity, relational spirituality, gratitude, and mental health: Relationships and pathways. *International Journal for the Psychology of Religion*, 21(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/10508619.2011.532439>
- Sansone, R. A., Kelley, A. R., & Forbis, J. S. (2013). The relationship between forgiveness and history of suicide attempt. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(1), 31-37. <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2011.643860>
- Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional Aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(2), 135-144. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2011). Disseminating self-help: positive psychology exercises in an online trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), 63. <https://doi.org/10.2196/jmir.1850>

- Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2014). The science of self-help: Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European Psychologist*, 19(2), 145-155. <http://dx.doi.org/10.1027/016-9040/a000181>
- Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2014). The Science of Self-help. *European Psychologist*, 19(2), 145-155. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000181>
- Seitz, D., Purandare, N., & Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22(07), 1025-1039. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000608>
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-12). Londres: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. (2016). *Florece: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Editorial Oceano.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, 55(1), 5-183.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>

- Sell, A. J. (2016). Applying the intentional forgetting process to forgiveness. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 5(1), 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2015.10.003>
- Semkovska, M., Noone, M., Carton, M., & McLoughlin, D. M. (2012). Measuring consistency of autobiographical memory recall in depression. *Psychiatry Research*, 197(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.010>
- Senf, K., & Liao, A. K. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 591-612. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9344-4>
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 263-274. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035536>
- Serrano, J. P. (2002). Entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 40(4), 220-227. [https://doi.org/10.1016/S0211-39X\(05\)74858-7](https://doi.org/10.1016/S0211-39X(05)74858-7)
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M.J., Nieto, M., Ricarte, J.J., & Gatz M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24, 224-229.

- Shankar, A., Rafnsson, S. B., & Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology & Health*, 30(6), 686-698. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.979823>
- Shao, D., Gao, W., & Cao, F. L. (2016). Brief psychological intervention in patients with cervical cancer: A randomized controlled trial. *Health Psychology*, 35(12), 1383-1391. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000407>
- Sheldon, K. M., Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2012). Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention (HAP) model. *Oxford Handbook of happiness*, 901-914. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199557257.013.0067>
- Silton, N. R., Flannelly, K. J., & Lutjen, L. J. (2013). It pays to forgive! Aging, forgiveness, hostility, and health. *Journal of Adult Development*, 20(4), 222-231. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9173-7>
- Simon, P. (2016). An Exploratory Study About the Buffering Effect of Gratitude on the Relationship Between Neuroticism and Anhedonic Depression. *Psychological Studies*, 61(4) 340-347. <https://doi.org/10.1007/s12646-016-0377-3>
- 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>

- Sirois, F. M., & Wood, A. M. (2017). Gratitude uniquely predicts lower depression in chronic illness populations: A longitudinal study of inflammatory bowel disease and arthritis. *Health Psychology, 36*(2), 122. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000436>
- Smith, J. L., & Bryant, F. B. (2016). The Benefits of Savoring Life: Savoring as a Moderator of the Relationship Between Health and Life Satisfaction in Older Adults. *The International Journal of Aging and Human Development, 84*(1), 3-23. <https://doi.org/10.1177/0091415016669146>
- Snowdon, J. (2010). Depression in nursing homes. *International Psychogeriatrics, 22*(07), 1143-1148. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001602>
- Solom, R., Watkins, P. C., McCurrach, D., & Scheibe, D. (2017). Thieves of thankfulness: Traits that inhibit gratitude. *The Journal of Positive Psychology, 12*(2), 120-129. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2016.1163408>
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research, 35*(4), 1080-1102. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2005.07.004>
- Stackhouse, M. R. (2016). Paths to not forgiving: The roles of social isolation, retributive orientation, and moral emotions. *Personality and Individual Differences, 97*, 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.023>

- Stackhouse, M. R., Ross, R. J., & Boon, S. D. (2016). The devil in the details: Individual differences in unforgiveness and health correlates. *Personality and Individual Differences, 94*, 337-341. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.005>
- Steiner, M., Allemand, M., & McCullough, M. E. (2012). Do agreeableness and neuroticism explain age differences in the tendency to forgive others?. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*(4), 441-453. <https://doi.org/10.1177/0146167211427923>
- Stephens, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet, 385*(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stephens, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality, 77*(6), 1747-1776. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x>
- Stewart, W. C., Reynolds, K. E., Jones, L. J., Stewart, J. A., & Nelson, L. A. (2016). The Source and Impact of Specific Parameters that Enhance Well-Being in Daily Life. *Journal of Religion and Health, 55*(4), 1326-1335. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0076-8>
- Strelan, P., & Zdzienicka, A. (2015). Threatened state self-esteem reduces forgiveness. *Self and Identity, 14*(1), 16-32. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2014.889034>

- Stubber, M., Hilber, S. D., Mintzer, L. L., Castaneda, M., Glover, D., & Zeltzer, L. (2009). Laughter, humor and pain perception in children: A pilot study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 6(2), 271-276. <http://dx.doi.org/10.1093/ecam/nem097>
- Sumner, J. A., Mineka, S., & McAdams, D. P. (2013). Specificity in autobiographical memory narratives correlates with performance on the Autobiographical Memory Test and prospectively predicts depressive symptoms. *Memory*, 21(6), 646-656. <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2012.746372>
- Sun, P., & Kong, F. (2013). Affective mediators of the influence of gratitude on life satisfaction in late adolescence. *Social Indicators Research*, 114(3), 1361-1369. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-013-0333-8>
- Sun, P., Jiang, H., Chu, M., & Qian, F. (2014). Gratitude and school well-being among Chinese university students: Interpersonal relationships and social support as mediators. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 42(10), 1689-1698. <https://doi.org/10.2224/sbp.2014.42.10.1689>
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2016). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies*, 1-23. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>
- Talarowska, M., Berk, M., Maes, M., & Gałecki, P. (2016). Autobiographical memory dysfunctions in depressive disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(2), 100-108. <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12370>

- Taysi, E., & Vural, D. (2016). Forgiveness Education for Fourth Grade Students in Turkey. *Child Indicators Research*, 9(4), 1095-1115. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9364-9>
- Thompson, L. Y., & Snyder, C. R. (2003). Measuring forgiveness. En S. J. Lopez, & C. R. Snyder, (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 301-312). Washington DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10612-019>
- Thoresen, C. E., Harris, A. H., & Luskin, F. (2000). *Forgiveness and health: An unanswered question*. New York: Guilford Press.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1993). Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 13-23. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199301\)491<13::AID-JCLP2270490103>3.0.CO;2-S](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199301)491<13::AID-JCLP2270490103>3.0.CO;2-S)
- Timmons, L., Ekas, N. V., & Johnson, P. (2017). Thankful thinking: A thematic analysis of gratitude letters by mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 34, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.11.009>
- Toepfer, S. M., Cichy, K., & Peters, P. (2012). Letters of gratitude: Further evidence for author benefits. *Journal of Happiness Studies*, 13(1), 187-201. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9257-7>
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317-326. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.615737>

- Toussaint, L. L., Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2016). Forgiveness, stress, and health: A 5-week dynamic parallel process study. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5), 727-735. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-016-9796-6>
- Toussaint, L., Barry, M., Bornfriend, L., & Markman, M. (2014). Restore: The journey toward self-forgiveness: A randomized trial of patient education on self-forgiveness in cancer patients and caregivers. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(2), 54-74. <http://dx.doi.org/10.1080/08854726.2014.902714>
- Triadó, M. C. (2003). Envejecer en entornos rurales. *Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+ I*, 19.
- Tsang, J. A., McCullough, M. E., & Hoyt, W. T. (2005). Psychometric and rationalization accounts of the religion forgiveness discrepancy. *Journal of Social Issues*, 61(4), 785-805. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00432.x>
- Tse, M. M., Lo, A. P., Cheng, T. L., Chan, E. K., Chan, A. H., & Chung, H. S. (2010). Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*, 2010. <http://dx.doi.org/10.4061/2010/343574>
- Uriarte, J.D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 4(2), 67-77.
- Vadillo Larios, A. (2013). Fortalezas Personales, Inteligencia Emocional y Bienestar Psicológico en estudiantes de Grado de la UVA. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3900>

- Vaillant, G. E. (2013). Psychiatry, religion, positive emotions and spirituality. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 590-594. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.08.073>
- Valentine Arévalo, J. E., & Gómez Tuesta, K. (2012). *Efectividad de la risoterapia en la autoestima del adulto mayor, en el centro del adulto mayor de la red asistencial de Essalud-Tarapoto*. (Tesis doctoral) Tarapoto Perú.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Vaughan, J., Zeigler-Hill, V., & Arnau, R. C. (2014). Self-esteem instability and humor styles: Does the stability of self-esteem influence how people use humor?. *The Journal of Social Psychology*, 154(4), 299-310. <http://dx.doi.org/10.1080/00224545.2014.896773>
- Vázquez, C. (2013). Positive Psychology and its enemies: A reply based on scientific evidence. *Papeles del Psicólogo*, 34, 91-115
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2011). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Veenhoven, E. (2000). The four qualities of life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1-34.
- Vega, N. G., & Oros, L. B. (2013). El rol de las emociones positivas empáticas en el comportamiento social de adolescentes argentinos. *Psicodebate*, 13, 9-24.

- Velázquez, L. (2015). El poder terapéutico de la risa. *Bioethics Update*, 1(2), 130-142. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2015.12.005>
- Ventis, W. L., Higbee, G., & Murdock, S. A. (2001). Using humor in systematic desensitization to reduce fear. *The Journal of General Psychology*, 128(2), 241-253. <http://dx.doi.org/10.1080/00221300109598911>
- Von Humboldt, S., Leal, I. y Pimenta, F. (2014). Sense of coherence, sociodemographic, lifestyle and health-related factors in older adults subjective wellbeing. *International Journal of Gerontology*, 9, 15-19.
- Wade, N. G., & Worthington Jr, E. L. (2003). Overcoming interpersonal offenses: Is forgiveness the only way to deal with unforgiveness?. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 81(3), 343. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00261.x>
- Wammes, J. D., Good, T. J., & Fernandes, M. A. (2017). Autobiographical and episodic memory deficits in mild traumatic brain injury. *Brain and Cognition*, 111, 112-126. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.11.004>
- Wanzer, M. B., Sparks, L., & Frymier, A. B. (2009). Humorous communication within the lives of older adults: The relationships among humor, coping efficacy, age, and life satisfaction. *Health Communication*, 24(2), 128-136. <http://dx.doi.org/10.1080/10410230802676482>
- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2014). Personality, emotions, and the emotional disorders. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 422-442. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702614536162>

- Watson, H., Rapee, R., & Todorov, N. (2016). Imagery rescripting of revenge, avoidance, and forgiveness for past bullying experiences in young adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 73-89. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2015.1108360>
- Wellenzohn, S., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2016). Humor-based online positive psychology interventions: A randomized placebo-controlled long-term trial. *The Journal of Positive Psychology*, 11(6), 584-594. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1137624>
- Wilkins, J., & Eisenbraun, A. J. (2009). Humor theories and the physiological benefits of laughter. *Holistic nursing practice*, 23(6), 349-354. <http://dx.doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181bf37ad>
- Williams J. M. G., & Dritschel B. (1992). Categorical and extended autobiographical memories. In M.A. Conway, D.C. Rubin, H. Spinnler, & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (391–410). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic.
- Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.95.2.144>
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world*. London: Hachette UK.
- Williamson, I., & Gonzales, M. H. (2007). The subjective experience of forgiveness: Positive construals of the forgiveness experience. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(4), 407-446.

- Wittekind, C. E., Jelinek, L., Kleim, B., Muhtz, C., Moritz, S., & Berna, F. (2017). Age effect on autobiographical memory specificity: A study on autobiographical memory specificity in elderly survivors of childhood trauma. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.09.002>
- Witvliet, C. V. O., Ludwig, T. E., & Laan, K. L. V. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health. *Psychological Science*, 12(2), 117-123. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00320>
- Wobbeking, M, Muñoz, M., Torres,I., Cabaco, A.S. y Galindo, F. (2015). MAP@SMA. Programa de optimización de la memoria autobiográfica en mayores. Salamanca: Proyecto registrado del Club Universitario de Innovación de la UPSA.
- Wong, P. P. (2014). Positive aging in Canada. *BC Psychologist*, 3, 16-17.
- Wong, P. P. (2015). The positive psychology of aging: Character strengths or meaning making. *Psyccritiques*, 60(30). <http://dx.doi.org/10.1037/a0039376>
- Wong, Y. J., Gabana, N. T., Zounlome, N. O., Mitts, N. G., & Lucas, M. (2017). Cognitive correlates of gratitude among prison inmates. *Personality and Individual Differences*, 107, 208-211. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.043>
- Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical psychology review*, 30(7), 819-829. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>

- Wood, A. M., Froh, J. J., & Geraghty, A. W. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 890-905. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>
- Wood, A. M., Joseph, S., & Linley, P. A. (2007). Coping style as a psychological resource of grateful people. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(9), 1076-1093. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.9.1076>
- Wood, A. M., Joseph, S., Lloyd, J., & Atkins, S. (2009). Gratitude influences sleep through the mechanism of pre-sleep cognitions. *Journal of Psychosomatic Research, 66*(1), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.008.09.002>
- Worthington Jr, E. L., Hook, J. N., Utsey, S. O., Williams, J. K., & Neil, R. L. (2007). Decisional and emotional forgiveness. *International Positive Psychology Summit, Washington, DC.*
- Worthington, E. L. (2001). *Five steps to forgiveness: The art and science of forgiving*. New York: Crown Publishers.
- Worthington, E. L., & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review and hypotheses. *Psychology & Health, 19*(3), 385-405. <http://dx.doi.org/10.1080/0887044042000196674>
- Yárnoz-Yaben, S., Comino, P., & Garmendia, A. (2012). Ajuste al divorcio de los progenitores y problemas de conducta en hijos de familias separadas. *Infancia y Aprendizaje, 35*(1), 37-47.

- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yip, T. H., & Tse, W. S. (2009). Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 46(3), 365-368.
- Zamarrón, M. D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Informes Portal de Mayores*, 52, 1-19.

ANEXOS

7. Anexos.

Anexo I

INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

El estudio que se va a realizar tiene como objetivo comprobar la efectividad de una intervención basada en Memoria Autobiográfica, Gratitud, Perdón y Sentido del Humor y diseñada para mejorar el bienestar de las personas mayores.

Esta investigación está dirigida por las profesoras del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, Encarnación Ramírez Fernández (área de conocimiento de Psicología Básica), y Ana Raquel Ortega Martínez (área de conocimiento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento) con quienes puede contactar para plantear cualquier duda o sugerencia a través de los números de teléfono: 953212125 o 953212127, o bien utilizando los correos electrónicos: eramirez@ujaen.es y arortega@ujaen.es.

El trabajo lleva por título *Una intervención basada en la Psicología Positiva en personas mayores de 65 años*. La realización del mismo cuenta con el informe favorable del Comité de Bioética de la Universidad de Jaén y para llevarlo a cabo, se administrarán una serie de cuestionarios y de tareas. Su participación en este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para usted y podrá realizarlo en su lugar de residencia.

Los resultados que se deriven de esta investigación supondrán un avance importante en el conocimiento de los factores que ayudan a las personas a tener una mayor calidad de vida.

Los datos obtenidos serán totalmente confidenciales y en ningún momento aparecerá la identificación de los participantes. Estos datos se manejarán de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de diciembre, teniendo usted los derechos que la citada ley le reconoce de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos.

Para poder realizar este trabajo es necesario que usted nos dé su autorización si desea participar en él. Por supuesto, aunque inicie la intervención puede abandonarla en cualquier momento.

Fdo. Encarnación Ramírez Fernández

Fdo. Ana Raquel Ortega Martínez

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

Título del proyecto: Una intervención basada en la Psicología Positiva en personas mayores de 65 años.
Investigadores responsables: Encarnación Ramírez Fernández y Ana Raquel Ortega Martínez
Centro: Universidad de Jaén

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Apellidos: Chamorro Garrido
Nombre: Alberto
D.N.I. 77335334l

Datos del participante

Apellidos:
Nombre:
D.N.I.

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado que se me ha entregado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
3. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
4. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.
5. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mí.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

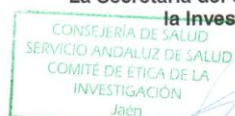
D^a. ELISA NIEVES GODOY, SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE JAÉN

CERTIFICA:

Que el Comité de Ética de la Investigación de Jaén ha considerado emitir **informe favorable**, según consta en el acta de la reunión celebrada el día 25 de septiembre de 2014, al proyecto de Investigación (tesis doctoral) titulado: **“Una intervención basada en la Psicología Positiva en personas mayores de 65 años”** presentado D. Alberto Chamorro Garrido, tutorizado por D^a. Encarnación Ramírez Fernández y D^a. Ana Raquel Ortega Martínez, ambas profesoras de la Universidad de Jaén.

Lo que firmo en Jaén a 25 de septiembre de 2014

La Secretaria del Comité de Ética de la Investigación



Elisa Nieves Godoy

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
Avda. Ejército Español, 10. 23007 – Jaén
Unidad de Investigación
Tel. 953 00 80 77. Fax. 953 00 80 77

ANEXO II

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables Depresión, Felicidad, Satisfacción con la vida y Gratitud en los tres grupos a lo largo del tiempo.

			PRE	POST	3	6	12
			MESES				
DEPRESIÓN	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	3.93	1.93	2.69	2.24	3.41
		<i>DT</i>	.65	.56	.62	.60	.66
	G. PLACEBO	<i>M</i>	3.41	4.25	5.00	4.56	5.92
		<i>DT</i>	.56	.48	.54	.52	.57
	G. CONTROL	<i>M</i>	4.72	4.55	5.03	5.86	5.69
		<i>DT</i>	.58	.50	.56	.54	.60
FELICIDAD	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	4.46	5.28	5.29	5.31	4.64
		<i>DT</i>	.24	.22	.25	.22	.28
	G. PLACEBO	<i>M</i>	4.56	4.53	4.50	4.36	3.94
		<i>DT</i>	.21	.19	.21	.18	.21
	G. CONTROL	<i>M</i>	4.32	4.14	4.00	4.03	3.85
		<i>DT</i>	.22	.19	.22	.19	.22
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	23.80	27.14	26.31	26.69	25.34
		<i>DT</i>	.99	.88	.96	.92	.96
	G. PLACEBO	<i>M</i>	24.82	22.02	23.20	22.15	20.10
		<i>DT</i>	.86	.76	.83	.79	.83
	G. CONTROL	<i>M</i>	23.94	23.39	22.64	22.36	21.50
		<i>DT</i>	.89	.79	.86	.83	.86
GRATITUD	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	28.17	34.21	33.45	32.83	32.14
		<i>DT</i>	.84	.57	.87	.82	.83
	G. PLACEBO	<i>M</i>	29.85	30.97	29.95	29.85	29.13
		<i>DT</i>	.73	.49	.75	.70	.72
	G. CONTROL	<i>M</i>	30.33	29.61	28.78	28.67	28.64
		<i>DT</i>	.76	.51	.78	.74	.75

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las seis dimensiones del cuestionario de Bienestar Psicológico en los tres grupos a lo largo del tiempo.

			PRE	POST	3 MESES	6 MESES	12 MESES
AUTOACEPTACIÓN	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	25.24	31.41	27.69	27.69	27.31
		<i>DT</i>	.90	.89	1.00	1.01	1.04
	G. PLACEBO	<i>M</i>	26.72	27.87	27.72	26.64	24.66
		<i>DT</i>	.77	.77	.87	.88	.90
	G. CONTROL	<i>M</i>	26.33	26.39	26.56	25.92	25.89
		<i>DT</i>	.80	.80	.90	.91	.94
DOMINIO DEL ENTORNO	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	26.27	30.83	28.83	29.52	27.93
		<i>DT</i>	.93	.79	1.01	1.01	1.09
	G. PLACEBO	<i>M</i>	27.56	26.36	25.49	26.00	24.02
		<i>DT</i>	.80	.68	.87	.87	.94
	G. CONTROL	<i>M</i>	27.03	26.05	25.31	26.47	25.33
		<i>DT</i>	.84	.70	.91	.91	.98
CRECIMIENTO PERSONAL	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	24.21	27.10	27.86	26.45	25.93
		<i>DT</i>	1.25	1.20	1.45	1.27	1.34
	G. PLACEBO	<i>M</i>	24.05	22.26	23.67	22.28	20.15
		<i>DT</i>	1.08	1.03	1.25	1.10	1.16
	G. CONTROL	<i>M</i>	22.97	22.44	21.86	20.06	21.55
		<i>DT</i>	1.12	1.07	1.30	1.14	1.21
PROPÓSITO	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	20.10	26.38	23.90	23.93	22.55
		<i>DT</i>	1.15	1.08	1.25	1.20	1.24
	G. PLACEBO	<i>M</i>	22.33	20.97	19.87	20.36	18.31
		<i>DT</i>	.99	.93	1.08	1.04	1.07
	G. CONTROL	<i>M</i>	20.25	20.53	18.80	19.78	18.06
		<i>DT</i>	1.03	.97	1.12	1.08	1.11

Tabla 2 (cont.). Estadísticos descriptivos de las seis dimensiones del cuestionario de Bienestar Psicológico en los tres grupos a lo largo del tiempo.

			PRE	POST	3 MESES	6 MESES	12 MESES
RELACIONES POSITIVAS	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	22.96	24.93	25.17	24.90	25.24
		<i>DT</i>	1.31	1.33	1.35	1.23	1.35
	G. PLACEBO	<i>M</i>	26.05	23.72	23.95	23.10	22.95
		<i>DT</i>	1.13	1.15	1.16	1.06	1.17
	G. CONTROL	<i>M</i>	22.50	22.11	21.22	21.33	20.58
		<i>DT</i>	1.18	1.19	1.21	1.10	1.21
AUTONOMÍA	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	30.93	31.76	34.00	32.45	32.45
		<i>DT</i>	1.31	1.41	1.28	1.45	1.53
	G. PLACEBO	<i>M</i>	33.15	33.56	34.87	31.92	32.92
		<i>DT</i>	1.13	1.25	1.10	1.25	1.32
	G. CONTROL	<i>M</i>	33.94	35.72	34.58	33.19	34.86
		<i>DT</i>	1.17	1.26	1.15	1.30	1.37

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de lo recuerdos generales, categóricos y específicos tanto positivos como negativos en los tres grupos a lo largo del tiempo.

			PRE	POST	12 MESES
RECUERDOS GENERALES POSITIVOS	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	1.47	2.44	1.00
		<i>DT</i>	.17	.24	.18
	G. PLACEBO	<i>M</i>	1.74	2.20	1.87
		<i>DT</i>	.16	.23	.17
	G. CONTROL	<i>M</i>	1.11	2.55	1.58
		<i>DT</i>	.17	.24	.18
RECUERDOS CATEGÓRICOS POSITIVOS	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	.42	1.00	1.11
		<i>DT</i>	.11	.16	.16
	G. PLACEBO	<i>M</i>	.49	1.13	.92
		<i>DT</i>	.11	.16	.15
	G. CONTROL	<i>M</i>	.55	1.25	1.00
		<i>DT</i>	.11	.16	.16
RECUERDOS ESPECÍFICOS POSITIVOS	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	1.83	2.68	2.89
		<i>DT</i>	.22	.22	.23
	G. PLACEBO	<i>M</i>	1.84	1.87	1.46
		<i>DT</i>	.21	.21	.22
	G. CONTROL	<i>M</i>	2.03	1.80	1.28
		<i>DT</i>	.22	.22	.23
RECUERDOS GENERALES NEGATIVOS	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	1.22	1.11	1.08
		<i>DT</i>	.17	.17	.18
	G. PLACEBO	<i>M</i>	1.03	.87	1.41
		<i>DT</i>	.16	.16	.17
	G. CONTROL	<i>M</i>	.97	1.53	1.42
		<i>DT</i>	.17	.17	.18
RECUERDOS CATEGÓRICOS NEGATIVOS	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	.89	.78	.81
		<i>DT</i>	.15	.13	.12
	G. PLACEBO	<i>M</i>	.87	.41	.33
		<i>DT</i>	.14	.13	.12
	G. CONTROL	<i>M</i>	.89	.61	.56
		<i>DT</i>	.15	.13	.12
RECUERDOS ESPECÍFICOS NEGATIVOS	G. EXPERIMENTAL	<i>M</i>	1.28	1.68	1.39
		<i>DT</i>	.16	.16	.16
	G. PLACEBO	<i>M</i>	1.28	1.31	1.26
		<i>DT</i>	.15	.16	.15
	G. CONTROL	<i>M</i>	1.17	1.17	.97
		<i>DT</i>	.16	.16	.16

Tabla 4. Coeficientes de correlación de Pearson entre las medidas de Depresión, Felicidad, Satisfacción con la vida, Gratitud y las seis dimensiones del Bienestar Psicológico

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEPRESIÓN (1)	-									
FELICIDAD (2)	-.752**	-								
SATISFACCIÓN CON LA VIDA (3)	-.749**	.713**	-							
AUTOACEPTACIÓN (4)	-.625**	.616**	.668**	-						
DOMINIO DEL ENTORNO (5)	-.653**	.578**	.525**	.641**	-					
CRECIMIENTO PERSONAL (6)	-.532**	.484**	.462**	.442**	.480**	-				
PROPÓSITO (7)	-.608**	.593**	.541**	.539**	.596**	.480**	-			
RELACIONES POSITIVAS (8)	-.385**	.310**	.405**	.428**	.426**	.481**	.437**	-		
AUTONOMÍA (9)	-.309**	.207*	.411**	.366**	.253**	.258**	.342**	.221*	-	
GRATITUD (10)	-.502**	.427**	.477**	.478**	.458**	.458**	.464**	.274**	.205*	-

* $p < .05$ ** $p < .01$